

# AMBULANT BEHANDLING

- fra ide til virkelighed

DANSKE  
REGIONER



# INDHOLD

<b>1. Introduktion til modelkataloget</b>	<b>5</b>
1.1. Baggrund	5
1.2. Hvad er kataloget – og hvordan kan det bruges?	5
1.3. Hvad viser eksemplerne?	6
1.4. Læsevejledning	7
<b>2. Eksempler på forskellige projekter/tiltag, der handler om tværfaglighed</b>	<b>8</b>
Projekt 2.1. Fejlbelastningstilstande i ben og ryg – opgaveflytning, Region Nordjylland.	9
Projekt 2.2 Alle behandlere baseret i distriktspsykiatrien, Region Sjælland	11
Projekt 2.3 Tværsektorielt samarbejde i belastet boligområde på Frederiksberg	13
Projekt 2.4 Tværspecialiseret og tværfagligt samarbejde om demens i København	15
Projekt 2.5 Ungdomspsykiatriske akutteams inddrager unges netværk. Augustenborg Sygehus	20
Projekt 2.6 Geriatrisk følge-hjem funktion, Århus Sygehus/Århus Universitetshospital	23
Projekt 2.7 Demenssamarbejdet i Roskilde – Samarbejdsmodel.	28
<b>3. Eksempler på forskellige projekter/tiltag, der handler om arbejdsgangsanalyser</b>	<b>32</b>
Projekt 3.1 Behandling af blødningsforstyrrelser - Optimeret visitation, Gentofte Hospital.	33
Projekt 3.2 Lean – strømligning af visitationsproceduren, Gentofte Hospital	38
Projekt 3.3 Optimerede ortopædkirurgiske patientforløb, Viborg	39
Projekt 3.4 Omstilling til ambulans behandling, øjenafdelingen, Århus Sygehus	41
Projekt 3.5 Sengebaseret ambulans behandling, Psykiatrisk Center Glostrup	42

<b>4. Eksempler på projekter/tiltag, der handler om anvendelse af nye metoder</b>	<b>45</b>
Projekt 4.1 Tidlig intervention for psykotiske patienter, Augustenborg.	46
Projekt 4.2 Aflastningsfamilier, Augustenborg	48
Projekt 4.3 Korsbåndskirurgi i DagKirurgisk Enhed, Herning	51
Projekt 4.4 Smidige ortopædkirurgiske patientforløbsbeskrivelser, Ringsted Sygehus.	54
Projekt 4.5 Behandling af anoreksi, Psykiatrisk Center, Gentofte	56
Projekt 4.6 Ambulant behandling af børn med epilepsi, Nordsjællands Hospital	58
Projekt 4.7 Telepsykiatri, Psykiatrisk Center, Bornholm	69
Projekt 4.8 Daghospital, Neurologisk afdeling, Bispebjerg Hospital	59
Projekt 4.9 Omlægning af kirurgi for galdesten til sammendagskirurgi, Hvidovre Hospital.	62
Projekt 4.10 Telemedicinsk behandling af diabetiske fodsår, Århus Sygehus.	63
Projekt 4.11 Børn med obstipation, Regionssygehuset i Randers	65
Projekt 4.12 Telemedicin på Ærø, Region Syddanmark	68

<b>5. Eksempler på projekter/tiltag, der handler om udlægning af opgaver</b>	<b>70</b>
Projekt 5.1 Specialfysioterapeut i ortopædkirurgien i Nordjylland	72
Projekt 5.2. Selvstændige sygeplejeambulatorier, Nordsjællands Hospital	74
Projekt 5.3 Syge børn i eget hjem, Nordsjællands Hospital	76
Projekt 5.4 Udredning af smertetilstande - opgaveflytning, Region Nordjylland	78
Projekt 5.5 Udadgående funktion – børnepsykiatriske patienter, Kolding Sygehus	79
Projekt 5.6 Forhindring af unødvendige indlæggelser på AMA, Frederiksberg Hospital	81
Projekt 5.7 Sygeplejedrevet hypertensionsklinik, Holbæk Sygehus	84
Projekt 5.8 Sygeplejebaseret diabetesbehandling, Region Sjælland	86

<b>Bilag</b>	<b>88</b>
--------------	-----------

# 1. INTRODUKTION TIL MODELKATALOGET

## 1.1. Baggrund

Ambulant behandling er en bredt anvendt behandlingsform i det danske sundhedsvæsen. Danske Regioner mener, at visioner om det danske sundhedsvæsen bør indeholde ideer til og ikke mindst planer for en fortsat udbygning af det ambulante område.

Generelt er målet med den ambulante behandling, at patienterne kan få en mindre indgribende og mere sammenhængende behandling - samtidig med at det er samfundsøkonomisk billigere. Udfordringen er så at finde de bedste modeller for en fortsat udbygning.

Danske Regioner igangsatte i november 2006 Projekt Ambulant Behandling omhandlende en kulegravning af det ambulante område. Indeholdt i dette er bl.a. en analyse af de potentialer, barrierer og processer, der kan identificeres i den interne struktur og organisering i det daglige arbejde med ambulant behandling. Desuden indeholder projektet, at der stilles spørgsmålstejn ved den gængse måde at tænke opgaveløsning på i sygehusregi, når det gælder den ambulante behandling.

Dette modelkatalog skal ses som en del af det samlede projekt om ambulantområdet. I forbindelse med opstart af projektet blev der i november måned 2006 afholdt en konference om ambulant behandling samtidig med lanceringen af debatoplægget "Ambulantområdet i fokus"; her sættes fokus på forskellige typer af udfordringer

og problemstillinger omkring ambulant behandling. Ud over debatoplægget og dette modelkatalog udarbejdes endvidere en analyse af de strukturer, der sætter rammerne for den ambulante behandling i forhold til f.eks. økonomi, incitamentsstruktur, ressourcer, personalevilkår etc.

Arbejdet med at afdække det ambulante område munder ud i et egentligt strategioplæg om ambulant behandling som lanceres i det sene efterår 2007.

## 1.2. Hvad er kataloget - og hvordan kan det bruges?

Dette modelkatalog er en eksempelsamling over projekter omhandlende omlægning fra stationær behandling til ambulant behandling i bred forstand. Eksemplerne er beskrevet af kliniske fagfolk, der har arbejdet med forandringer i forhold til ambulant behandling herunder ændrede arbejdsgange, processer og metoder for omlægning fra stationær behandling til ambulant behandling. Det primære formål med kataloget er videndeling, hvorfor kataloget skal ses som en mulig inspiration til at benytte metoder eller tage afsæt i konkrete afprøvede ideer til forandring i forhold til ambulant behandling.

Der ligger imidlertid en stor udfordring i at tage ved lære af projekterne, idet udfordringen ikke alene er at implementere projekterne, men også at forankre forandringerne på en måde, så opnåede gode resultater kan fastholdes og skabe grundlag for en videre udvikling.

I forbindelse med udarbejdelsen af dette katalog bad regionerne sygehusene om at indsende eksempler på projekter vedr. omlægning fra stationær behandling til ambulante behandling. Det var således en bred "invitation" til at byde ind med projekter eller tiltag, der havde fokus på ambulante behandling. I alt modtog Danske Regioner næsten 200 eksempler på omlægningsprojekter<sup>1</sup>. Det viser, at der arbejdes med mange forskellige facetter af omstilling til ambulante behandling.

Der er til brug for dette katalog udvalgt 32 eksempler, der illustrerer forskellige temaer. I udvælgelsen er lagt særlig vægt på eksempler, hvor udgangspunktet for forandringer har været en ny måde at løse en opgave på, og hvor der i den første beskrivelse var lagt særlig vægt på erfaringer og læring. Det er således processen, der er centrum for beskrivelserne og denne gennemgang, hvor imod selve specialet eller den konkrete ændring ikke i sig selv har været et kriterium i udvælgelsen.

Eksemplerne er meget forskellige i form og indhold – nogle er blevet til som særlige projekter med en egentlig projektorganisering, mens andre er "groet" mere ud af hverdagen, og har været styret på anden vis. Fælles for alle de valgte eksempler er, at de fokuserer på mulighederne for at ændre ved den gængse måde at gøre arbejdet på. Fokus for dette modelkatalog er således den daglige praksis, og hvordan der kan arbejdes med at forandre arbejdsrutiner, inddragelse af nye arbejdsmetoder, ny teknologi m.v. I et forsøg på at systematisere de udvalgte eksempler er disse inddelt i fire temaer:

- Tværfaglighed
- Arbejdsgangsanalyser
- Anvendelse af nye metoder
- Opgaveudlægning eller -flytning.

Sygehusene er ikke på forhånd anmodet om projekter eller eksempler med bestemte temaer, derfor er denne opdeling sket som en del af den udvælgelsesproces, der har været efterfølgende.

### 1.3. Hvad viser eksemplerne?

Nogle centrale konklusioner fra de udvalgte eksempler er blandt andet:

- At forandring tager tid
- At der skal være synlig ansvar for forandring
- At der er ledelsesopbakning - og en ledelse, der tør være kulturbrydende
- At der skal tænkes over hvem, der skal inddrages, og hvornår, det skal ske
- At motivation til forandringer og forankring af processer nødvendig
- At der kan være store kulturelle barrierer for ændringerne
- At det vedr. tværgående projekter er væsentligt mere konsekvent at inddrage eksterne parter som praktiserende læger m.m. eksempelvis i formulering af projektplanen.

Generelt fremgår det, at der ved mange af projekterne ikke er planlagt en egentlig evaluering. Det kan skyldes flere årsager, måske er forklaringen, at der er knappe ressourcer i systemet, og at evalueringen ikke synes nødvendig, når forandringerne er implementerede og virker i dagligdagen.

En meget vigtig brik i omlægningen af behandling fra stationær til ambulante - og i udviklingen af ambulante tilbud i øvrigt - er den måde, den daglige rutine gribes an på. Der kan udtænkes og planlægges megen forandring, men hvis processerne ikke forankres i den daglige praksis og implementeres i personalets rutiner, så virker de ønskede forandringer ikke optimalt. Det er derfor nødvendigt samtidig med fokus på forandringspotentialer også at have fokus på forandringsprocesser i arbejdet med at udvikle ambulante tilbud til gavn for patienter og personale.

---

<sup>1</sup> Bilag: Oversigt over de 200 indsendte eksempler på omlægning fra stationær behandling til ambulante behandling m.m.

## 1.4. Læsevejledning

De enkelte eksempler er beskrevet i en skabelon, som er udarbejdet til formålet. Det betyder, at alle eksemplerne er udarbejdet efter samme skabelon, og at der derfor for de enkelte projektere ikke har været fuld frihed til at beskrive eget indsendte projekt. Der vil derfor være aspekter, som efterfølgende kunne ønskes uddybet. For at have mulighed for uddybning er der ved hvert eksempel kontaktdata, så det fremgår hvilken afdeling og hvilket sygehus, der har leveret eksemplet. (Disse oplysninger påføres i sensommeren 2007).

Som tidligere nævnt er eksemplerne grupperet i fire temaer; tværfaglighed, arbejdsgangsanalyser, anvendelse af nye metoder og opgaveudlægning. For hvert tema er der udarbejdet en oversigt over, hvilke eksempler, der indgår, og endvidere en kort opsummering af erfaringer og den læring, der er formuleret af de enkelte afdelinger.

Det skal understreges, at de enkelte eksempler er formuleret af de enkelte afdelinger, men at der af hensyn til helheden i kataloget er foretaget en let sproglig redigering. Kataloget har været forelagt de enkelte afdelinger med henblik på en sikring af, at der ved redigering ikke er gået noget tabt i forhold til formidlingen af de enkelte eksempler.

Det er håbet, at denne samling – og i øvrigt oversigten over alle de indkomne eksempler – kan tjene som inspiration og bidrage til videndeling i forhold til en fortsat udvikling af den ambulante behandling i Danmark.

## 2. EKSEMPLER PÅ FORSKELLIGE PROJEKTER/TILTAG, DER HANDLER OM TVÆRFAGLIGHED

I det følgende er der sat fokus på tværfaglighed. Nedenfor er beskrevet 7 forskellige eksempler på, hvordan der i relation til udvikling af den ambulante behandling er taget udgangspunkt i en tværfaglig tilgang eller opgaveløsning. De 7 projekter er:

- 1 Fejlbelastningstilstande i ben og ryg - opgaveflytning, Region Nordjylland.
- 2 Alle behandlere baseret i distriktspsykiatrien, Region Sjælland.
- 3 Tværsektorielt samarbejde i belastet boligområde på Frederiksberg.
- 4 Tværspecialiseret og tværfagligt samarbejde om demens i København.
- 5 Ungdomspsykiatrisk akutteam med inddragelse af netværk, Augustenborg.
- 6 Geriatrisk følge-hjem-funktion, Region Midtjylland.
- 7 Demenssamarbejdet i Roskilde.

Tværfagligheden i disse projekter kommer til udtryk enten i forhold til at sikre opgaveflytning i et tværfagligt perspektiv eller ved at organisere opgaveløsningen tværsektorielt eller tværfagligt. De syv projekter er forskellige både i form og indhold - det gælder også for de to projekter, der handler om demens - men eksemplerne anviser hver på deres måde mulige metoder til at arbejde bevidst tværfagligt med forskellige udgangspunkter og forskellige mål.

Nogle af de potentialer og udfordringer, der peges på i relation til tværfaglighed, er:

- Tværfagligt engagement kan være vigtigt for inspiration til nytænkning og udvikling af nyt pædagogisk værktøj til patienter og fagfolk. Der peges på, at samarbejdet forbedres og oversete eller ukendte ressourcer kan blive synlige, men det er også vigtigt, at de nødvendige kompetencer er til stede, og der skal være kendskab til hinanden, kendskab til hvad man kan forvente af hinanden og vilje til dialog.
- S sammensætning af et tværfagligt team sker således bedst ved nøje afdækning af nødvendige kompetencer for opgaveløsningen, og der skal tænkes over, hvordan samarbejdspartnere involveres, og hvornår det sker. Endvidere er det nødvendigt, at der gives tid til at overvinde evt. modstand, og til at nye vaner kan udvikles.
- Arbejdsgrupper uden konkrete mål fungerer ikke, og motivation, ejerskab og ledelsesmæssig opbakning er vigtigt.
- En projektplan skal kunne justeres undervejs og styregruppen bør ikke være for stor. Endvidere er det vigtigt, at de økonomiske og fysiske rammer er tilstrækkelige.

## Projekt 2.1.

### Fejlbelastningstilstande i ben og ryg – opgaveflytning, Region Nordjylland

#### 1. Udgangspunkt for projektet

Belært af erfaringer fra eliteidrætten, er det nu velkendt, at mange smertetilstande i ben og ryg skyldes fejlbelastning på grund af forkert fodstilling, hvor forfodsnedsynkning, hulfod og platfod ved belastning (funktionel hyperpronation) er de hyppigste. Det er ligeledes velkendt blandt praktiserende læger, at mange af disse fejlbelastningstilstande kan behandles med stillingskorrigerende fodtræning og korrektion af fodtøj, herunder især individuelt fremstillede indlægssåler til sko.

Det er ikke veldefineret, hvem der har ekspertisen på dette område, men den praktiserende læge har traditionelt henvist patienter med smerter i bevægeapparatet til differential-diagnosticering og specialbehandling hos reumatologer og ortopædkirurger. Reumatologer er imidlertid i tiltagende grad beskæftiget med specialiseret medicinsk behandling af gigtsygdomme og har meget lang ventetid til den såkaldte *rheumatologia minor*.

Det fysiurgiske speciale er nedlagt i Danmark i modsætning til nabolandene, hvor opgaverne varetages af læger med specialuddannelse i *physical and rehabilitation medicine (PRM)*. Derfor henvises patienter med fejlbelastningssmerter i ben og ryg især til ortopædkirurgiske sygehusafdelinger eller speciallæger, der også har urimelig lang ventetid.

Hvis diagnosticering af fejlbelastningstilstande og instruktion i korrigerende træning samt ordinering af korrektion af fodtøj kan varetages

af andre, vil det derfor kunne resultere i en afgørende rationalisering i sundhedsvæsenet.

Projektet blev iværksat af lægerne på fod- og ankelområdet i ortopædkirurgien i det tidligere Nordjyllands Amt og havde til formål at instruere patienter, praktiserende læger, fysioterapeuter, fodterapeuter og kommunale myndigheder i, hvorledes ovennævnte opgaver kan varetages i den primære sundhedssektor og dermed reducere antallet af henvisninger til sygehusene med det formål at reducere ventelisterne til ortopædkirurgisk behandling.

#### 2. Projektbeskrivelse

##### Formålet med projektet

Projektets formål var at udarbejde informationsmateriale til patienter, praktiserende læger, fysioterapeuter og kommunale myndigheder samt informere via pressen, skriftlige henvendelser og ved møder.

Der blev nedsat en intern og en ekstern faglig arbejdsgruppe. I den interne arbejdsgruppe kaldet *Fod/ankelteamet*, som blev dannet ved invitation af alle, der var involverede i afdelingens fod- og ankelområde. I *Fod/ankelteamet* deltog sekretærer, fysioterapeuter, sygeplejersker og læger. I den eksterne arbejdsgruppe kaldet *Fodforum* deltog repræsentanter for alle faggrupper, der er involveret i behandling af fodlidelser: Fodterapeuter, bandagister, fysioterapeuter og læger. *Fodforum* blev dannet ved invitation til repræsentanter for de forskellige faggrupper i lokalområdet.

Ideer til informationsarbejdet blev udarbejdet i begge arbejdsgrupper.

I *Fod/ankelteamet* blev udarbejdet videoen "Foden" – en 20 minutter lang video, der underviser i fodtræning og gennemgår øvelserne i et tempo, der tillader patienter at følge med. Videoen blev gjort tilgængelig for patienter i

sygehusets patientbibliotek. Primo 2007 bliver videoen digitaliseret og lagt ud på sygehusets hjemmeside, således at læger, fysioterapeuter, fodterapeuter og andre fagpersoner samt patienter frit kan downloade den.

Endvidere blev der udarbejdet en række pjecer:

Fod/ankelortoser - vejledning for sygehuse og praktiserende læger. Pjecen informerer fagpersoner om, hvilke tekniske muligheder der er på området, og hvorledes der kan søges om kommunalt tilskud.

**Foden** - der informerer patienter og fagpersoner om sammenhængen mellem fodfejlstilling og overbelastningsskader i ben og ryg. Pjecen fortæller om, hvad man selv kan gøre i form af fodhygiejne, korrigerende træning og indlægssåler.

**Indlægssåler** - der fortæller fagpersoner og patienter om, hvilke muligheder der er for aflastende og stillingskorrigerende indlægssåler og fortæller detaljeret om, hvorledes indlægssåler skal bruges og eventuelt korrigeres.

Endvidere blev der udarbejdet skriftligt undervisningsmateriale til de kommunale myndigheder, der skal behandle ansøgninger fra praktiserende læger om tilskud til bandager, indlægssåler og anden korrektion af fodtøj.

En smidig sagsbehandling er ofte afhængig af en faglig indsigt hos de kommunale sagsbehandlere.

I projektperioden har medlemmerne af Fod/ankelteamet afholdt flere undervisningssessioner for kommunale sagsbehandlere.

Det første produkt i Fodforum var den enestående nyskabelse af hjemmesiden **www.foddoktor.dk**. På hjemmesiden gennemgås de fleste fod- og ankellidelser med

hovedvægt på, hvad patienten selv kan gøre, og hvad der kan gøres hos alle de forskellige fagpersoner, der er involveret i behandling af fodlidelser i såvel den primære som den sekundære sundhedssektor. Hjemmesiden har til formål at instruere patienter i, hvordan de kan hjælpes mest rationelt samt informere om, hvilke diagnostiske og behandlingsmæssige muligheder der er hos de enkelte fagpersoner.

I 2007 vil Fodforum tage initiativ til afholdelse af tværfaglige kongresser, hvor de forskellige faggrupper kan udveksle viden og opnå enighed om undersøgelses- og behandlingsstrategier med henblik på at rationalisere fagområdet mest muligt.

#### *Tidsforbrug og ressourceforbrug*

Fod/ankelteamets arbejde blev udført som interne personalemøder en gang hver anden måned og oftest afholdt i slutningen af arbejdsdagen, men ofte inddragende 1-2 timer efter almindelig arbejdstidsophør. Det har i meget begrænset omfang udløst afspadsring eller udbetaling af merarbejde.

Den praktiske udformning af informationsmaterialet har kunnet rummes inden for almindelig arbejdstid.

Arbejdet i Fodforum er udført udelukkende som ulønnet arbejde uden for almindelig arbejdstid. Timeforbruget til litteraturstudier og udformning af informationsmaterialet er ikke registreret.

#### *Implementering og forandringspotentiale*

Begge arbejdsgrupper nåede de fastsatte mål i de forløbne tre år og vil fortsætte som interne og eksterne arbejdsgrupper. Forandringsprocessen vil således fortsætte, og den har som langsigtet mål at lære alle aldersgrupper om fodens betydning for optimal funktion af bevægeapparatet. Foden er et dynamisk organ, der skal trænes og passes

på livslangt for at den kan udøve sin vigtige rolle som bevægeapparatets fundament, bevægelsesstyring og affjedring.

Nye forebyggelses-, undersøgelses- og behandlingsstrategier skal aftales tværfagligt, så de forskellige faggrupper kan samarbejde mest rationelt.

### 3. Læring, evaluering og erfaringer, evaluering og erfaringer

I begge arbejdsgrupper har projektet været vurderet som en succes, hvad angår personlig udvikling og inspiration samt faglig udvikling i de faggrupper, der har været involveret.

Projektets langsigtede effekt, der forventes at være en øget bevidsthed om forebyggelse og selvbehandling af fodlidelser og fejlbelastningstilstande i bevægeapparatet samt ændret adfærd i form af rationel udnyttelse af sundhedsvæsenet, er ikke planlagt evalueret.

Projektet har bidraget med den erfaring, at tværfagligt engagement er vigtigt for inspiration til nytænkning og udvikling af nyt pædagogisk værktøj til patienter og fagpersoner.

#### *Opfølgning og videre arbejde*

Ved hjælp af artikler i fagtidsskrifter og indlæg ved faglige møder, vil de enkelte fagpersoner i arbejdsgrupperne udbrede kendskabet til det nye sundhedspædagogiske materiale i håb om, at processen kan udvikle sig til andre fagområder og til at være landsdækkende.

## Projekt 2.2 Alle behandlere baseret i distriktspsykiatrien, Region Sjælland

### 1. Udgangspunkt for projektet

Udgangspunktet er et politisk ønske om

- at flytte hovedvægten fra behandling under indlæggelse til distriktspsykiatrisk behandling,
- at øge åbenhed, tilgængelighed, kontinuitet samt samarbejdet med alle parter, og
- at styrke den faglige kvalitet ved at specialisere distriktspsykiatrien.

### 2. Projektbeskrivelse

Målene med projektet var

- at flytte hovedfokus til distriktspsykiatrisk behandling i lokalområdet og øge antallet af patienter, som kunne opnå behandling ved at reducere antallet af indlæggelsesdage og flytte ressourcer fra stationær til ambulans behandling,
- at styrke den faglige kvalitet og kontinuitet ved at samle alle behandlere i de distriktspsykiatriske centre og lade patientens faste distriktspsykiatriske behandler/læge fortsat varetage behandlingen under evt. indlæggelse,
- at styrke ekspertisen ved at opdele de nu betydeligt flere distriktspsykiatriske medarbejdere i specialiserede Langtids- (fortrinsvis psykoser) og Akut-teams (fortrinsvis ikke-psykoser), og
- at styrke samarbejdet med brugerne og de pårørende ved hjælp af én fast primærbehandler (case manager) og én fast læge - samt at styrke samarbejdet med bl.a. socialpsykiatrien, kommunerne og praktiserende læger.

Ideen blev udviklet i den politisk ledede udarbejdelse af en ny psykiatriplan: Helhedsplanen.

### *Aktører/deltagere i projektet*

En ny psykiatriledelse og en ny afdeling (UUF: Uddannelse, Udvikling og Forskning) blev etableret til at stå for implementeringen og uddanne medarbejderne til de øgede og mere selvstændige distriktspsykiatriske opgaver. Både brugere, pårørende, medarbejdere, praktiserende læger, kommuner, socialpsykiatri og andre interessenter blev inddraget i udviklingen af den nye psykiatriplan.

Der var megen aktivitet med temadage, kurser og uddannelse. På et stort antal temadage med medarbejderne blev de ny arbejdsmåder drøftet og gennemgået. Mange læger, psykologer, socialrådgivere og andre blev inddraget i forbindelse med deres udflytning til de distriktspsykiatriske centre og fik i så høj grad som muligt valgfrihed til at afgøre, i hvilke team de følte, at deres kompetencer bedst blev anvendt. Fra sengeafsnittene fik sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter samt ergo- og fysioterapeuter mulighed for at vælge distriktspsykiatrisk placering og opgave inden for deres kompetencer.

### *Tidsforbrug og ressourceforbrug*

Den nye psykiatriledelse blev i det væsentlige finansieret inden for det eksisterende budget, men med en tilførsel på ca. 700.000 kr. UUF-funktionen er etableret for ca. 2,5 mio. kr. Den megen tid, der i den flerårige proces er anvendt af psykiatriledelsen, de kliniske ledelser, MED-udvalget og medarbejderne, er ikke gjort op.

### *Implementering og forandringspotentialer*

Det er lykkedes at øge antallet af patienter i ambulant behandling med over 50 pct. Desuden er antallet af patienter, som blev indlagt uden at blive behandlet i distriktspsykiatrien, næsten halveret. Reduktionen i antallet af sengedage er fortrinsvis opnået ved kortere indlæggelsestid

(det totale antal indlæggelser har stort set været uændret).

Opfyldelsen af de kvantitative mål er blandt andet opnået gennem et tæt samarbejde med medarbejderne.

### **3. Læring, evaluering og erfaringer**

Der er foretaget både ekstern og intern evaluering.

Der er opnået øget kontinuitet ved, at patienter havde samme behandlere i hele forløbet. Samarbejdet med socialpsykiatrien og kommunerne blev ganske væsentligt forbedret ved, at behandlingspsykiatrien var til stede i lokalområdet tæt på den sociale dagligdag og indgik i forskellige fælles formelle og uformelle samarbejdsfora, hvor også brugerne, de pårørende og praktiserende læger deltog.

Medarbejdernes tilfredshed med de nye arbejdsopgaver er øget. Patienterne har oplevet en større tilfredshed, mens det ikke har været muligt at måle ændringer i de pårørendes tilfredshed. Den er generelt så lav, at det ikke kan formodes, at den er forbedret, men den adskiller sig heller ikke væsentligt fra resultaterne i det øvrige land.

Der er generelt hos pårørende en manglende forståelse af, at psykiatrisk behandling i mange tilfælde udføres bedre ambulant end under indlæggelse, og at resultaterne på langt sigt er bedre. Den samme opfattelse findes omend i mindre grad blandt patienter og sjældent hos medarbejdere.

Erfaringen viser, at det er væsentligt at arbejde med alle interessenters opfattelse af, hvad psykiatrisk behandling kan yde, og at indlæggelse ikke på længere sigt altid er den bedste løsning, selv om den i den enkelte situation kan løse et problem (især for de pårørende).

Der skal yderligere informeres om, at ressourcerne anvendes bedre i brugernes eget miljø på at øge brugernes evne til selv at overvinde de mange vanskeligheder, som en psykisk lidelse forvolder.

Det kræver politisk opbakning og en langvarig, målrettet indsats at ændre fokus fra indlæggelse til ambulante behandling i distriktspsykiatrien. Resultaterne er indsatsen værd.

### *Opfølgning og videre arbejde*

Erfaringerne fra denne flerårige proces kan bruges i andre psykiatriske systemer, hvor man i højere grad vil reservere og specialisere den stationære behandling til skærmning og samtidig styrke kontinuiteten og samarbejdet med brugere, pårørende og andre interessenter gennem en øget distriktspsykiatrisk indsats.

## **Projekt 2.3 Tværsektorielt samarbejde i belastet boligområde på Frederiksberg**

### **1. Udgangspunkt for projektet**

En boliganalyse fra 2002 viste, at det vestlige Frederiksberg på en række sociale indikatorer adskilte sig fra det øvrige Frederiksberg, således at de mest belastede borgere boede her.

Boligselskaberne havde langt flere klager samt "opsigelsessager" i dette område. Der var blandt ejendomsfunktionærerne en klar opfattelse af, at der var en overvægt af psykisk syge, misbrugere og andre udsatte grupper i dette område.

Boligsociale medarbejdere ansat henholdsvis af boligselskaber og kommune gik derfor sammen om at skabe et netværk med de primært

offentlige aktører i området. De tog initiativ til dannelsen af Tværgruppe Vest Samarbejdet, hvis formål er at virke til gavn for den enkelte beboer såvel som for hele lokalmiljøet.

### **2. Projektbeskrivelse**

#### *Formålet med projektet*

Tværgruppe Vest Samarbejdet har som mål at styrke de lokale netværk og samarbejdet mellem boligselskaber og de kommunale repræsentanter, som har en berøringsflade med beboerne i de boligsociale områder. Tværgruppe Vest Samarbejdet handler således om videndeling og gensidig information om livet i lokalområderne og om de boligsociale problemstillinger.

Der blev indkaldt til første stormøde september 2005 med deltagelse af i alt 32 repræsentanter fra henholdsvis boligselskaber, psykiatri, kommune, misbrugsbehandlingstilbud, politi, kirke, herberger og socialpsykiatri. Formålet var at få "ansigter" på hinanden og større viden om de repræsenterede områder.

Der blev i forhold til de sociale problemstillinger efterlyst et bredere samarbejde, bl.a. for at kunne arbejde mere forebyggende f.eks. i forhold til "udsættelsessager" og evt. episoder med psykisk syge beboere.

Ejendomsfunktionærerne havde desuden behov for at vide, hvem de kunne kontakte, hvis de mente, at en beboer kunne have brug for en social indsats.

Politiet havde også et behov for at kende yderligere samarbejdspartnere i området. De følte ofte, at de blev tilkaldt til episoder, hvor de pågældende borgere mere havde brug for enten social og/eller psykiatrisk indsats.

Der blev indkredset fem fokusområder og nedsat respektive arbejdsgrupper. De fem fokusområder var:

- Gråzoner: Psykisk syge, alkohol og stoffer. Boligproblemer.
- Unge: Problemer med en specifik gruppe unge, der bliver tilbudt og/eller sælger hash/stoffer.
- Opgangsfællesskab: Etablering af nyt opgangsfællesskab for psykisk syge i boligområdet. Kan man forebygge evt. problemer?
- Ældre: Stor gruppe af ældre og megen ensomhed, kan der skabes netværk?
- Synligt misbrug: Voksne som "hænger ud" bestemte steder.

Det var planen, at arbejdsgrupperne skulle arbejde videre hver for sig, og at de boligsociale medarbejdere skulle være koordinatore.

Det blev besluttet at udarbejde en mappe med navne, adresser og tlf. nr. på kontaktpersoner fra de respektive afdelinger/organisationer m.v. samt med en beskrivelse af hvilket tilbud kontaktpersonerne repræsenterede.

De boligsociale medarbejders styring og tilbud om koordination, udarbejdelse af referater, udarbejdelse af mapper m.v. var afgørende for processen.

#### *Aktører/deltagere i projektet*

De boligsociale medarbejdere har drøftet projektet dels med egne bestyrelse m.v., men har også interviewet forskellige fagpersoner i diverse sektorer, der så har peget på yderligere relevante deltagere/samarbejdspartnere.

I Tværgruppe Vest Samarbejdet er organisationerne repræsenterede ved

kontaktpersonerne, som er en blanding af ledere og medarbejdere.

Fra psykiatrisk afdeling har deltagerne været fra henholdsvis opsøgende psykoseteam og distriktpsychiatrien.

Det har også undervejs været påpeget, at man kunne trække på hinandens ressourcer til f.eks.. undervisning af medarbejdere i egen organisation for yderligere videndeling om områdets tilbud til udsatte borgere.

#### *Tidsforbrug og ressourceforbrug*

De boligsociale medarbejdere har stillet ressourcerne til rådighed i form af lokaler, mødeforplejning samt tidsforbrug til planlægning, styring, referater og øvrig administration. Midlerne hertil kommer primært fra boligselskaberne. Øvrige deltagere har udelukkende haft tidsforbrug til møderne, som for de fleste har været 4-10 timer det første år og lidt mindre næste år.

#### *Implementering og forandringspotentiale*

Målet med projektet var dels at skabe lokale netværk særligt mellem ejendomsfunktionærer/ boligselskaber og lokale sociale aktører.

Set fra psykiatriens og socialpsykiatriens side har det været positivt at se ejendomsfunktionærerne som engagerede og relevante samarbejdspartnere i forhold til udsatte borgere og som en ressource, der kan benyttes bedre.

Der har været etableret to undervisnings- og debatmøder mellem grupper af ejendomsfunktionærer og repræsentanter fra distriktpsychiatrien, opsøgende psykoseteams og socialpsykiatrien. Udover gensidig information er tavshedspligt og udveksling af oplysninger ligeledes drøftet.

Mappen med relevante oplysninger om alle deltagere i Tværgruppe Vest er udarbejdet og sendt til alle, der så forpligter sig til at orientere

videre ud i respektive organisationer.

Af de fem arbejdsgrupper med hver deres fokusområde, er det gruppen omkring etableringen af et nyt opgangsfællesskab for psykisk syge i området, der har fungeret bedst. Der blev afholdt fire møder i arbejdsgruppen, afholdt åbent informationsmøde, udarbejdet en pjece med orientering til beboerne i området om opgangsfællesskabet og vicevært og formand for beboerforening medinddraget. Da bofællesskabet blev etableret og øvrige beboere var positive, blev arbejdsgruppen nedlagt.

De øvrige arbejdsgrupper kom ikke til at fungere. Der blev afholdt nogle enkelte møder, men da der ikke var konkrete projekter, ophørte arbejdsgrupperne.

Samarbejdet omkring enkelte beboere, herunder psykisk syge, er udviklet væsentligt i omfang på individplan.

### 3. Læring, evaluering og erfaringer, evaluering og erfaringer

Der er ikke blevet evalueret samlet på projektet endnu.

Erfaringen er, at det i arbejdet med udsatte grupper er en stærk ressource at kunne arbejde tværfagligt og tværsektorielt med forskellige indfaldsvinkler. Der kan i hver enkelt sektor være en tendens til udelukkende at se egen indsats og ikke benytte et bredere samarbejde.

Erfaringen er desuden, at boligfunktionærerne i forhold til gruppen af psykisk syge borgere er gode samarbejdspartnere, som ofte har et meget godt kendskab til nærmiljøet og en social indfaldsvinkel, der er en væsentlig ressource. Når ejendomsfunktionærerne ved, hvor de kan henvende sig ved problemer eller rådgive andre beboere om, hvor man kan henvende sig, bliver tolerancen "løftet" i nærmiljøet.

Arbejdsformen med "stormøder" én gang årligt, hvor man får ansigter på hinanden, fungerer positivt i forhold til samarbejdet fremover og er tilpas ikke-ressourcekrævende.

Projektet har vist, at arbejdsgrupper uden konkrete mål ikke fungerer.

Undervisning af boligmedarbejdere og ejendomsfunktionærer, omkring hvilke tilbud der er til f.eks. psykisk syge i området (også på døgnbasis), er en god tidsmæssig investering og kan virke forbyggende i forhold til evt. voldsomme indlæggelser og boligudsættelsessager.

#### *Opfølgning og videre arbejde*

Medarbejdere i psykiatrien, her primært distriktskykiatri og opsøgende psykoseteams, undervises i netværksarbejdets metoder evt. sammen med kommunens socialpsykiatri.

Frederiksberg Kommune er på mange måder en ressourcestærk kommune med et i forvejen ret udviklet samarbejdsnet, men modellen med at samle de sociale aktører i et lokalområde, gensidigt at informere om sektorernes tilbud og drøfte fælles problemstillinger og løsning heraf, vil være brugbar inden for mange felter.

### Projekt 2.4 Tværspecialiseret og tværfagligt samarbejde om demens i København

## 1. Udgangspunkt for projektet

I 2003 blev der i Københavns Amt udarbejdet en demensplan ved en lokal arbejdsgruppe, der var oprettet på frivilligt initiativ med repræsentanter fra alle amtets sygehuse samt fra primærsektoren. Arbejdet førte til en ansøgning om økonomisk tilskud fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets pulje vedr. øget kapacitet i amterne og H:S til etablering af pilotprojektet *"Pilotprojekt til afprøvning af model for implementering af Sundhedsstyrelsens anbefaling af tværspecialiserede udgående demensteam ved amtssygehusene i Københavns Amt"*.

Ved iværksættelse af projektet, ønskede man at imødegå den manglende koordinering af demensudredningen i amtet, som foregik i henholdsvis neurologisk, geriatrisk og psykiatrisk regi:

- Der forelå ikke ensartede regelsæt for visitation og undersøgelser.
- Der var ikke etableret hensigtsmæssige og ensartede patientforløb.
- Udredningskapaciteten var begrænset og varierende.
- Der var flere "flaskehalse" i den daværende organisering.
- Der var ingen sikre tal for antallet af udredninger.
- Patientventetiden varierede meget, og patientforløbene var i flere tilfælde ineffektive og langvarige.

## 2. Projektbeskrivelse

### *Formålet med projektet*

Overordnet mål: Etablering af et velfungerende og velbeskrevet tværspecialiseret, tværfagligt samarbejde omkring demensudredning, demensbehandling og opfølgning heraf.  
Delmål: Etablering af samarbejde med primærsektoren med særligt fokus på fælles standarder for henvisning og opfølgning af demente.

Det var afgørende for projektet, at alle tre sygehuse skulle have ambition om at bidrage med personale til gennemførelse af projektet og vilje til at ændre vedtagne procedurer og arbejdsgange i henhold til projektbeskrivelsen.

I initieringsfasen planlagde og beskrev arbejdsgruppen pilotprojektet i detaljer. Der blev afholdt gentagne møder med projektlæge og alle interessenter, såvel lokalt som samlet. Disse møder dannede udgangspunkt for den endelige udfærdigelse af en detaljeret beskrivelse af retningslinier for visitation, patientforløb, registreringsark, samarbejdsrelationer og forpligtigelser såvel internt i hospitalssektoren som i primærsektoren.

### Projektets formål

- At etablere et velfungerende og velbeskrevet tværfagligt og tværspecialiseret samarbejde omkring demensudredning, behandling og opfølgning i henhold til Sundhedsstyrelsens retningslinier.
- At øge antallet af demensudredninger.
- At afkorte ventelisterne.
- At afkorte de enkelte patienters udredningsforløb.
- At sikre hurtigere iværksættelse af relevante behandlinger.
- At få høj visitationskvalitet, og dermed få fejlvisiterede.
- At få stor hyppighed af korrekt diagnose.
- At få en kapacitetsudjævning og dermed ens ventetid ved de tre demensteam.
- At etablere et tværspecialiseret, tværfagligt visiterende demensteam ved hvert af amtssygehusene.

### *Aktører/deltagere i projektet*

I statusbeskrivelsesfasen blev nedsat en egentlig styregruppe bestående af projektlæge (Glostrup), neurologisk overlæge (Glostrup), psykiatrisk overlæge (Ballerup), geriatrisk overlæge (Herlev), praksiskoordinator

(Glostrup) samt administrativ koordinator fra sundhedsforvaltningen i Københavns Amt.

**I initieringsfasen** lå ansvaret for projektbeskrivelsen primært hos projektlægen og de tilknyttede læger fra Neurologisk afdeling på Glostrup, men med kontinuerlig inddragelse af de øvrige interessenter inden for såvel hospitalssektor som primærsektoren.

**I modelafprøvningsfasen (implementering)**, som strakte sig over 12 måneder, blev omdrejningspunktet de Visiterende Dementeams og etablering af samarbejdsrelationer til alle de personalegrupper, læger, sygeplejersker og ergoterapeuter, som varetog demensudredning. Der blev i den indledende fase afholdt møder for de Visiterende Dementeams for at sikre fælles standarder for visitation, hvilket gav anledning til at udfærdige fælles visitationskriterier og funktionsbeskrivelser.

Etablering af fastlagte eksterne demenskonferencer forpligtigede alle interessenter i hele forløbet og sikrede kortest mulig afstand til adgang til vurdering ved andet speciale end det behandlingsansvarlige.

Der blev iværksat orienteringsmøder og undervisningsseancer for primærsektoren og kommunale medarbejdere, og i fællesskab med styregruppen blev der udarbejdet regelsæt for henvisningsindhold og kvalitet, som efterfølgende blev publiceret i KLINIK-NYT (kommunikations organ for praktiserende læger).

De Visiterende Dementeams blev endvidere den umiddelbare kontakt til primærsektoren, således at man i hele perioden tog kontakt til henvisende læge, såfremt henvisningerne ikke levede op til de fastlagte krav eller ved behov for supplerende oplysninger.

**Hovedmålet** har været at sikre ligeværdigt henvisnings- og udredningsforløb og behandlingstilbud til den enkelte patient med fokus på individuelle behov, styrket ved tværfagligt og tværspecialiseret samarbejde og etablering af standarder for samarbejde med primærsektoren.

**I formidlingsfasen** fortsatte man med princippet om tværspecialisering og tværfaglighed. Rapporten blev udfærdiget som et fællesanliggende ved samarbejde mellem projektlæge (neurologi, Glostrup), afdelingslæge (psykiatri, Ballerup), ergoterapeut (geriatri, Herlev) og én sygeplejerske (geriatri, Glostrup) – de to sidstnævnte begge med supplerende diplomuddannelse i demens.

#### *Tidsforbrug og ressourceforbrug*

Indledningsvis må siges, at der ikke er blevet investeret lige mange ressourcer i projektet fra de tre sygehuse og de tre psykiatriske centres side, selvom viljen formentlig har været til det oprindeligt.

Ressourceforbruget er nedenfor beskrevet i henhold til projektets faser:

**Initieringsfasen:** Fuldtidsansat projektlæge med ansvar for den koordinerede indsats og udarbejdelse af patientforløbsbeskrivelse samt relevante bilag, sikret ved løbende kontakt til samarbejdsrelationer og styregruppe.

**Modelafprøvningsfasen:** Der blev bevilliget en halv lægestilling og en halv ergoterapeut/sygeplejerskestilling til de Visiterende Dementeams ved hvert af de tre amtssygehuse i 12 måneder; heraf indgik projektlægen som del af Visiterende Dementeam i Glostrup.

Der blev afviklet eksterne demenskonferencer hver 14. dag af 1-2 timers varighed på de tre sygehuse med tværspecialiseret og tværfaglig deltagelse. Herudover blev der afholdt møder i styregruppen, som blev udvidet med

repræsentanter fra de Visiterende Demensteams ca. hver 3. måned af 2 timers varighed, såkaldte demenskvartalsmøder, og kvartalsmæssigt blev der frem til afrapportering af demensprojektet sommeren 2006 afholdt møder i den oprindelige demensgruppe med repræsentation fra såvel primærsektoren som hospitalssektoren med henblik på fortløbende gensidig orientering om projektforsløb for at sikre og styrke de nye samarbejdsrelationer.

**Formidlingsfasen:** Der var planlagt en fuldtidsansat projektlæge og ergoterapeut/sygeplejerske. Man valgte dog at fordele ressourcerne anderledes for at opretholde den tværfaglige og tværspecialiserede repræsentation og opnåede at få gennemført en aftale med de berørte afdelingsledelser om omfordeling af de økonomiske ressourcer og frikøb fra vanlig arbejde i denne del af projektfasen. Der blev frikøbt 3/4 lægestilling i neurologi, 1/4 lægestilling i psykiatri, 1/2 ergoterapeutstilling i geriatri og 1/2 sygeplejerskestilling i geriatri. Arbejdet krævede dog tillige en væsentlig indsats uden for planlagt arbejdstid.

Implementering og forandringspotentiale  
Gennem projektforsløbet er der opnået både kvalitative og kvantitative resultater:

- Etablering af samarbejde mellem de tre specialer, neurologi, geriatri og psykiatri, fast forankret i eksterne tværfaglige og tværspecialiserede demensteam-konferencer og med tæt kontakt til primærsektoren ved afholdelse af kvartalsvise møder i "den store demensgruppe".
- Registrering af antal demensudredninger på i alt 1.095 patienter, men uden tidligere tal til sammenligning kan der ikke dokumenteres en øgning.
- Registrering af antal henvisninger med demografisk fordeling, som et eventuelt udgangspunkt for fremtidige indsatsområder for mere målrettede undervisningstilbud til primærsektor.

- Udarbejdelse af funktionsbeskrivelser og etablering af fælles visitationskriterier for de Visiterende Demensteams.
- At sikre patientbehov bedst muligt bedømt ved tværfaglig og tværspecialiseret repræsentation i visitationen og dermed opnå høj visitationskvalitet, forebygge fejlvisitationer og uhensigtsmæssige lange udredningsforsløb.
- At sikre patientbehov bedst muligt bedømt ved at drøfte vanskelige patientforhold ved eksterne demensteam-konferencer med tilstedeværelse af alle tre specialer og dermed forebygge uhensigtsmæssige udredningsforsløb.
- Etablering af fælles visitationskriterier og standarder for kontakt til henvisende læge for på sigt at højne kvaliteten af henvisninger.
- Udligning af ventetider til gennemsnitligt 2-3 uger og fjernelse af ventelister og dermed opfyldelse af Københavns Amts servicemål med første kontakt inden for 2 måneder.
- Etablering af udredende demensteams med faste kontaktpersoner og faste rutiner, som sikrer målrettede og kortere udredningsforsløb.
- Etablering af et forum, hvor regelmæssig kontakt og faglig diskussion af patientforsløb er med til at udvikle og fastholde fælles standarder for udredningsforsløb.
- Etablering af et forum, hvor regelmæssig kontakt og faglig diskussion af patientforsløb er med til at sikre korrekt diagnosticering og iværksættelse af relevant behandling.
- Etablering af et forum, hvor den regelmæssige kontakt sikrer, at en patient kan vurderes af en speciallæge ved et af de andre specialer uden væsentlig forsinkelse i det planlagte udredningsforsløb.
- Etablering af et forum, hvor regelmæssig kontakt danner et solidt grundlag for at udvikle og videreføre ensartede tiltag inden for behandling og opfølgning til primærsektoren.
- Gennemførelse af journalaudit, hvor materialet var med til at sikre, at fremtidig patientkontakt, kommunikation og handling kan leve op til de amtslige standarder, uanset speciale.
- Gennemførelse af pårørendetilfredshedsundersøgelse, hvor materialet var med

til at sikre, at fremtidig patientkontakt, kommunikation og handling kan leve op til de amtslige standarder, uanset speciale.

Samarbejdet har givet mulighed for at analysere arbejdsmetoder, anvendelse af parakliniske undersøgelser og diagnostiske redskaber samt valg af diagnoser. Der har været en generel positiv holdning til at udarbejde fælles standarder for demensudredning og diagnosekodning, og udover de eksterne demensteamkonferencer hver 14. dag på hvert af de tre amtspsygehuse, har kvartalsmøderne haft stor betydning for at udvikle et ensartet fagligt niveau og overvinde de vanskeligheder, der måtte opstå i forbindelse med ændring af tidligere arbejdsgange.

Der har været udvist et til tider lidt ujævnt ressourceforbrug, hvilket vanskeliggjorde indrapportering af data, og det var en ikke uvæsentligt forsinkende faktor for rapportgenerering.

Der viste sig en forskel på implementeringen i de tre Visiterende Demensteam. Den blev mindre i procesforløbet.

Sammenfattende er det lykkedes at nå de planlagte projektmål og derigennem ved analyse af arbejdsmetoder og etablering af fællesstandarder at have forbedret indsatsen på demensområdet i Københavns Amt såvel kvalitativt som kvantitativt.

De etablerede samarbejdsrelationer og de Visiterende Demensteam er i uændret form videreført frem til, at etablering og placering af demensudredning besluttes i den nye region.

### 3. Læring, evaluering og erfaringer, evaluering og erfaringer

Der er udformet en rapport, som evaluering af projektet. I den er beskrevet, at der er gennemført journalaudit og pårørendetilfredshedsundersøgelse.

**Journalaudit** blev gennemført med fokus på henvisningskvalitet i henhold til amtslige standarder og henvisningskvalitet i henhold til etablerede aftaler mellem primærsektor og hospitalssektoren, beskrevet i KlinikNyt januar 2005. Endvidere blev der gennemført journalaudit på journalføring i henhold til amtslige standarder og i henhold til "good clinical practice" ved demensudredning.

**Pårørendetilfredshedsundersøgelse** blev gennemført med fokus på de pårørendes holdning til og tilfredshed med fælles visitation. Der synes ikke at være opstået nogen væsentlig usikkerhed hos de pårørende ved etablering af en fællesvisitation, og generelt gav de pårørende udtryk for at være tilfredse med sygehusenes og de psykiatriske centres behandling af patienterne. Dog blev der lokalt efterspurgt optimering af kontakt, især ved svar på undersøgelser.

I projektforløbet har der været opsamlet mange data som i forbindelse med bearbejdning er anonymiserede. Hvis projektet skulle videreføres i en eller anden form, bør der med tilladelse fra Datatilsynet oprettes en database, da en så stor pool af data kan være uvurderlig til fremtidig forskning i demenssygdomme.

Erfaringen er, at data har givet et bedre grundlag for fremover at estimere antallet af henvisninger og ressourcebehovet. Hospitalerne i Herlev og Glostrup har fortsat registreringen.

Analysen af arbejdsgange har optimeret udredningsforløbene, mens analysen af metodevalg og diagnosebrug har ført til "Retningslinier for demensudredning i Københavns Amt"

De etablerede tværfaglige og tværspecialiserede samarbejdsrelationer har formået at sætte patienten i fokus. De etablerede samarbejdsrelationer er som de Visiterende Demensteam fortsat efter projektophør.

Arbejdet med projektet har desuden givet den erfaring, at der under processen trods kontinuerlig opfølgning er behov for en stram styring af indrapportering. Der bør afsættes ressourcer til dette med henblik på at kontrollere den kvantitative målopfyldelse, at undgå dataspild, og at undgå unødigt forsinkelse af rapportgenerering.

### *Opfølgning og videre arbejde*

Projektbeskrivelsen dannede grundlaget for beskrivelse af hospitalssektorens indsats i Københavns Amts Samarbejdsmodel, som blev formuleret sideløbende med projektets afvikling.

Ideen kan overføres til andre specialer, hvor der kan etableres tværfaglige og tværspecialiserede samarbejdsrelationer med patienten som fokus. Særligt iøjnefaldende er muligheden for overførsel til cancerpatientforløb i tværspecialiseret og tværfagligt regi.

## **Projekt 2.5 Ungdomspsykiatriske akutteams inddrager unges netværk - Augustenborg Sygehus**

### **1. Udgangspunkt for projektet**

Da det nye ungdomspsykiatriske sengeafsnit åbnede på Augustenborg Sygehus i 2000, blev afsnittets 8 senge hurtigt fyldt op. De fleste indlæggelser var akutte og skete i aften og nattetimerne. Der opstod venteliste, og antallet af genindlæggelser var stigende. De problemstillinger, der havde medført indlæggelse, kunne dårligt løses i indlæggelseskontekst. Den unge blev revet

ud af den hverdag, som ofte havde tæt forbindelse til problemstillingen, og som også indebar løsninger, der ikke var tilgængelige i sengeafsnittet. Dertil kom, at familien ofte mistede tilliden til egen formåen, når den unge havde været indlagt. Og de unge blev stemplet som psykisk syge, selv om det ofte ikke var tilfældet.

Det teoretiske udgangspunkt for projektet var systemisk. Via netværksarbejde ville vi mobilisere ressourcer i de unges nærmiljø, som understøttede løsninger, der var bedre end indlæggelse. Hurtig indsats i forhold til den psykiatriske krisesituation sikrede en behandlingsindsats, når motivationen for forandring var størst og dermed det bedste grundlag for optimale løsninger. Ved at mødes med familie og netværk i den unges hjem eller nærmiljø kunne teamet i højere grad være konsulenter for den unge og de mennesker, der omgav ham/hende, og som kendte bedst til situationen.

Erfaring fra bl.a. Lapland viste, at uhensigtsmæssige indlæggelser kan forebygges ved en kriseteamfunktion med fokus på netværksinddragelse og ressourcekoordination.

Afdelingsledelsen søgte derfor Indenrigs- og Sundhedsministeriet om projektmidler til etablering af "psykiatriske kriseteams".

### **2. Projektbeskrivelse**

Formålet med projektet var

- at etablere et udadgående ungdomspsykiatrisk kriseteam med kort responstid og fokus på mobilisering af netværksressourcer,
- at udrede alle krisesager efter princippet om mindst mulig indgriben, og
- at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser og at planlægge nødvendige indlæggelser.

### *Aktører/deltagere i projektet*

Et kriseteam består af to behandlere med forskellig faglig baggrund: Distriktsygeplejerske, psykolog, socialrådgiver og læge. Behandlerne har mulighed for akut telefonisk kontakt med en speciallæge. Da akutteamet skal kunne finde holdbare løsninger i patienternes og deres familiers nærmiljø, har behandlerne kompetence til at handle selvstændigt.

Samarbejdet med miljøpersonalet på sengeafsnittet blev en vigtig faktor i det akutte arbejde. Aflastningsfunktionen i forhold til indlæggelse var betinget af, at medarbejderne "i marken" kunne iværksætte en akut indlæggelse ved behov. Dette krævede en ledig seng i afdelingen.

Henviser og samarbejdspartnere (praktiserende læger, skolepsykologer, sagsbehandlere i socialforvaltningen) blev informeret og medinddraget via brev, presse og spørgeskemaundersøgelse ved afslutning af projektet.

Hovedmålet for forandringen var relationen mellem den unge, familie, netværk og os - "eksperterne" i det ungdomspsykiatriske behandlingssystem. Vi ønskede, at de unge og deres netværk skulle forblive aktive og kompetente i forhold til den unges problemstilling. I stedet for at få overdraget et problem, vi skulle løse, ønskede vi i højere grad at samarbejde med den unge og netværket, om at løse problemet.

### *Tidsforbrug og ressourceforbrug*

Siden projektstart er der løbende blev afholdt møder om organisatoriske ændringer og justeringer og metodeimplementering (åben dialog, netværksinddragelse). Medarbejderne har været på flerårige systemiske uddannelsesforløb.

Ved daglige visitations- og koordinationsmøder er der mulighed for sparring med det samlede

behandlerteam. Der er mulighed for supervision med reflekterende team, ved medarbejderne, overlæge og ledelsen én gang om ugen.

Projektfasen har været på 2 år, fra 2000 til 2002, med økonomisk støtte fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet til 2 1/2 medarbejdere. Efterfølgende blev kriseteamet gjort permanent og yderligere udbygget.

### *Implementering og forandringspotentialer*

I dag er der oprettet to udadgående ungdomspsykiatriske kriseteams. De metoder, der blev udviklet i det akutte arbejde, har haft afsmittende effekt på sengeafsnittet, på det ikke-akutte ambulante arbejde samt på organiseringen af behandlingen.

På sengeafsnittet er der fortsat opmærksomhed på planlægning af indlæggelse, inddragelse af pårørende og betydningsfulde personer, koordinering af udskrivning i samarbejde med de ambulante behandlere.

I den ikke-akutte behandling indgår om muligt et hjemmebesøg og der er fokus på netværksinddragelse og koordinering af ressourcer.

Det har været betydningsfuldt for medarbejderne, at de selv har været med til at udvikle en ny måde at løse behandlingsopgaverne på.

Ledelsen har haft fokus på kontinuerlig metodeudvikling og justering af organisatoriske rammer.

Snitfladerne til både henviser og samarbejdspartnere i det kommunale system har været komplicerede. Det var ofte svært for henviser at acceptere, at det ungdomspsykiatriske kriseteam ville undersøge mulighederne med netværket, men at vi ikke kunne love indlæggelse.

Sagsbehandlere i det sociale system havde ofte svært ved at skulle deltage i akutte netværksmøder.

Henvisningstallet er vokset markant. I det første år af projektperioden, blev der foretaget 83 akutte besøg i hjemmet mod forventede 25 besøg. Misforholdet mellem kapacitet og efterspørgsel har siden været betydeligt, hvilket gjorde det svært at bevare en kort responstid og stor tilgængelighed.

Det blev derfor nødvendigt at skelne mellem akutte og ikke-akutte problemstillinger og at præcisere visitationskriterierne.

### 3. Læring, evaluering og erfaringer, evaluering og erfaringer

Der er foretaget en ekstern evaluering af projektet (Jensen, Morten Kjær & Jensen, Anne Flemmer: "At hjælpe og møde mennesker, hvor de er," en evaluering af ungdomspsykiatrisk kriseteam i Sønderjyllands Amt, april 2001).

Rapportens hovedkonklusioner er:

- De vigtigste parametre for de unge og deres familier er hurtig respons, og at behandlerne kommer til dem. Lettelse uden unødigt indgriben i hverdagslivet har vist sig at være afgørende.
- Der er et behov for en mere formaliseret opfølgning.
- Henviser og samarbejdspartnere vurderede, at kriseteamet var i stand til at udrede den unges situation og at skabe den bedste løsning efter princippet om mindst mulig indgriben, at kriseteamet var i stand til at yde hurtig hjælp, at oprettelse af kriseteamet har gjort det nemmere at henvise unge med psykiske problemer, og at oprettelsen af kriseteamet betyder, at unge med psykiske problemer hurtigere henvises til psykiatrien. Henviser og

samarbejdspartnere havde behov for en intensiv informationsindsats om formål og ydelse. Vurderingen var, at kriseteamet ikke inddrog samarbejdspartnere og henviser tilstrækkeligt i beslutningerne.

- Medarbejderne vurderede, at arbejdsmetoden øgede kvaliteten af den psykiatriske indsats markant, og at projektets centrale målsætninger blev indfriet.
- Medarbejderne og ledelsen vurderede arbejdsmetoden til at være så effektiv, at den blev udbredt til også at omfatte ikke-akutte sager. Det viste sig at være nemmere at kontrollere ventelisten til ambulans behandling. Belægningsprocenten på sengeafsnittet kunne reduceres. Der var ikke længere behov for en større sengekapacitet.

Hvis vi skulle starte forfra, ville vi:

- implementere forskning, evaluering og kvalitetssikring som permanente funktioner i de akutte udadgående teams,
- involvere samarbejdspartnere (læger, kommunale medarbejdere, institutionsledere) mere konsekvent, eksempelvis i formulering af projektplanen,
- informere bedre om vores arbejds-metoder.

### Erfaringer

Overordnet set er de centrale målsætninger opnået. Den metode, der blev udviklet i det akutte kriseteam, har haft indflydelse på organisering af behandlingsindsatsen i hele den ungdomspsykiatriske afdeling.

I takt med at tilgængeligheden blev øget, steg henvisningstallet. Det har ført til en konsekvent visitationsprocedure med klarere kriterier for akutte og ikke-akutte problemstillinger. Der er

fortsat behov for forbedring af samarbejdet med de andre sektorer: Socialvæsen, skolevæsen, misbrugsafdeling m.v.

Succes for ambulant udadgående ungdomspsykiatrisk arbejde kræver, at medarbejderne er veluddannede med hensyn til netværksinddragelse og koordinering af ressourcer.

Behandlingsformen er dialogbaseret og forudsætter anerkendelse af, at patienter og deres familier er eksperter, hvad angår deres eget liv.

Indsatsen er behovsjusteret, dvs. at behandlingsplanen aftales med alle involverede parter ud fra en fælles vurdering af de unges problemstillinger, behov og deres relation til en psykiatrisk diagnose. "Akut" indsats betyder kort responstid og at møde de unge og deres netværk, når motivationen for forandring er størst.

Når netværket inddrages og indsatsen koordineres, får alle parter mulighed for at se sammenhæng og mening med de aftalte hjælpeforanstaltninger og behandlingsaktiviteter. Den unge oplever, at de forskellige aktører og instanser "trækker på samme hammel".

## Projekt 2.6. Geriatrisk følge-hjem funktion - Århus Sygehus/Århus Universitetshospital

### 1. Udgangspunkt for projektet

Det akutte vagtberedskab på Marselisborg Hospital lukkede den 31-12-2000. Der var overbelægning på de medicinske afdelinger på Århus Amtssygehus. Det subakutte medicinsk-geriatrike sengeafsnit skulle flyttes fra Marselisborg Hospital til Århus Amtssygehus. For at skaffe plads til det geriatrike afsnit, var det nødvendigt at lukke et medicinsk sengeafsnit på Århus Amtssygehus. Dvs. nedlukning af den samlede medicinske sengemasse svarende til 20 senge, trods overbelægning på de medicinske afdelinger på Århus Amtssygehus.

Projektet igangsattes som et fælles projekt mellem medicinsk kardiologisk afdelingsledelse, som havde ledelsen af Medicinsk Visitations Afsnit (MVA) og geriatrik afdelingsledelse, støttet af afdelingsledelsen på medicinsk endokrinologisk afdeling, Århus Amtssygehus, som er medansvarlig for MVA samt sygehusledelsen.

Geriatrik afdeling havde i 1998-2000 som et forsøg kørt et projekt, hvor en erfaren og visionær fysioterapeut med en geriatrik læge som backup, fulgte patienter med hoftebrud hjem fra ortopædkirurgisk afsnit. Resultatet var en reduktion af antal patienter, der udviklede forvirringstilstand pga. indlæggelsen og en reduktion i sengedagsforbruget. Årsagen var sandsynligvis en tidlig geriatrik vurdering, der skete parallelt med den kirurgiske intervention, og en mere præcis visitation til tilbud efter operation.

Erfaringerne derfra afprøvede geriatrik afdeling kort på medicinsk kardiologisk afdeling på Århus Amtssygehus, som et tilbud i forbindelse med visitation til geriatrik afsnit for at løse et overbelægningsproblem - og med succes.

Det var derefter interessant, om tilbuddet kunne anvendes til at følge ældre medicinske patienter hjem direkte fra MVA.

## 2. Projektbeskrivelse (konkret indhold og metode)

### Formålet med projektet

Det overordnede formål var at øge antallet af ældre patienter, der udskrives direkte fra Medicinsk Visitations Afsnit (MVA) og "indlægge" disse patienter i hjemmet i stedet for på sygehuset - samtidig med en forbedret kvalitet i patientforløbet

Derudover var der følgende delmål:

- 1 at reducere antal sengedage,
- 2 at reducere antal genindlæggelser,
- 3 at tilbyde den ældre medicinske patient en geriatrisk vurdering,
- 4 at reducere antallet af ældre, der bliver forvirrede af at blive flyttet rundt i sygehuset,
- 5 at reducere patientens oplevelse af to sektorer i forbindelse med udskrivning fra hospital.

Der blev ikke udarbejdet en projektplan.

Detastede med at finde en løsning på overbelægningen, så projektet startede med få ugers varsel. Projektet blev startet af den fysioterapeut, som havde kørt projektet på ortopædkirurgisk afdeling sammen med en erfaren sygeplejerske fra distriktsgeriatrisk team og den ledende overlæge. Da der efter 3 måneder ikke var overbelægning på medicinsk afdeling - trods lukning af et sengeafsnit, blev projektet forlænget 1 år, og da der efter et år var stor tilfredshed fra alle sider, blev projektet gjort permanent. Der blev arbejdet med udvikling af form, målgruppe og samarbejde internt imellem afdelinger og eksternt med primærsektor det første år.

Kort beskrivelse af følge-hjem funktionen (eller bedre kaldet: "hospital-i-hjemmet"):

Patienter indlagt akut på MVA visiteres følgende morgen ved en fælles visitation. Personale fra MVA, læger fra de involverede afdelinger inkl. følge-hjem-teamet (alle faggrupper) deltager aktivt i at vurdere og beslutte, hvad der på det

tidspunkt må formodes at være det bedste tilbud. Der tages både et fagligt hensyn til patienten og et hensyn til kapacitet. Følge-hjem-teamet byder selv ind/får tildelt ældre patienter, som synes relevante. De får oftest tildelt mellem 5 og 9 patienter på en dag. Efterfølgende foretager følge-hjem-teamet tværfagligt en vurdering. Den geriatriske speciallæge påtager sig det endelige ansvar for, hvad der skal ske med patienten. Hvis patienten selv er med på det, kommer patienten hjem igen samme dag eller evt. dagen efter (hvis dette vurderes mest hensigtsmæssigt i forhold til undersøgelser, sociale problemer eller andet). Efter udskrivelsen kan følge-hjem-teamet foretage yderligere udredning ambulantly (eks. røntgenundersøgelser, skopier) og behandling (antibiotika, transfusion, justering af medicin). Dette foregår i et samarbejde med egen læge og efter aftale om, hvem der gør hvad. Pårørende kontaktes før udskrivelse med henblik på yderligere information og aftaler vedrørende udskrivelse.

Patienten følges oftest fysisk hjem af enten sygeplejerske eller terapeut fra følge-hjem-teamet, som også aftaler opfølgende kontakt. Hvis det ikke er muligt at udskrive patienten inden for 1-2 døgn, overføres patienten til et geriatrisk sengeafsnit. Hvis der ikke er plads på geriatrisk afdeling, overføres patienten til medicinsk sengeafsnit, hvor patienten oprindeligt skulle være flyttet ud på.

### Aktører/deltagere i projektet

Aktørerne har været ildsjæle, som troede på ideen. Projektet blev båret af et godt samarbejde mellem involverede afdelinger, specielt afdelingsledelserne, som havde et fælles mål. Afdelingssygeplejerskerne i MVA og i Geriatrisk Team spillede en helt afgørende rolle. Begge ville have projektet til at fungere. Begge så, at det var et tiltag til stor gavn for de gamle patienter. Det smittede af på lægerne, som arbejdede godt sammen med respekt for hverandres faglige indsigt. Der var stor

opbakning og interesse fra sygehusledelsen. Godt samarbejde med praksissektor, specielt en god praksiskonsulent og et godt samarbejde med hjemmeplejen.

Følge-hjem teamet holdt møder med hjemmeplejen. Praksiskonsulenten orienterede i sit system.

Undervejs det første år blev der holdt mange møder mellem følge-hjem-teamet og personalet i MVA. Her blev praktiske problemer og samarbejdsproblemer vendt, og fordi der ikke lå en projektplan, var det muligt løbende at ændre strategi for samarbejde, dokumentation m.v. Det var også muligt ved læring at arbejde sig hen imod, hvilke patientgrupper der havde mest gavn af følge-hjem-funktionen.

En af fordelene var, at følge-hjem teamet hellere blev bedt om at se på en patient for meget end en for lidt. Alle i følge-hjem-teamet, uanset faggruppe, blev inddraget i beslutningerne af den overlæge fra kardiologisk eller endokrinologisk afdeling, der stod for visitationen. Teamet følte sig værdsat. Hvis teamet derefter vurderede, at det var en specialespecifik patient - f.eks. en patient mistænkt for at have en blodprop i hjertet - gik patienten tilbage til kardiologisk afdeling. Det samarbejde fungerede fuldstændig optimalt.

I starten var det vanskeligt at få en patient, som følge-hjem-teamet havde fået overdraget, til at forblive på MVA et ekstra døgn (buffer patient). Men i løbet af det første 1-2 år fandt personalet på MVA ud af, at et eller to ekstra døgn på MVA og direkte udskrivelse derfra, kunne "redde" flere patienter fra yderligere konfusion og spare sengedage ved en udflytning ud i et sengeafsnit.

Det kunne f.eks. være en patient, hvor hjemmeplejen skulle have tid til at iværksætte maksimal hjælp, skaffe en aflastningsplads eller patienten skulle have mere end medicinsk udredning/behandling, som med fordel kunne

foregå hurtigt og før udskrivelse. Desværre er pladsen på MVA ofte ikke til det, men i dag gør personalet på MVA deres bedste for at finde løsninger.

### *Tidsforbrug og ressourceforbrug*

De første 3 måneder kørte som forsøg finansieret af geriatrisk afdeling. Da der ikke var overbelægning på medicinsk afdeling, trods lukning af et sengeafsnit efter 3 måneder, finansierede sygehusledelsen projektet med tilbagevirkende kraft. Beløbet bestod af løn til en afdelingslæge, en terapeut og en sygeplejerske - begge med specialstillæg, alle tre med ferieafløsning, samt et beløb til leasing af en bil. Finansiering blev efter et år lagt ind permanent i geriatrisk afdelings budget.

Der blev ikke givet ekstra til overarbejde, møder etc. I starten var der meget overarbejde. Det blev siden afspadseret og andre fra Distriktsgeriatrisk team afløste.

### *Implementering og forandringspotentialer*

Målet nåedes så rigeligt. Det lykkedes at undgå overbelægning trods lukning af et sengeafsnit. Den procentvise andel af ældre over 80 år udskrevet direkte fra MVA steg. Patienterne var tilfredse.

De store barrierer i starten var det personale (sygeplejersker), som i forvejen arbejdede i MVA. De følte, at der kom nogen og forstyrrede dem i deres arbejde. Hvem gjorde hvad? Dertil kom de fysiske rammer. Følge-hjem-teamet bruger meget telefon og PC for at indhente ekstra information og koordinere med pårørende, hjemmepleje og praktiserende læge. De "fylder og støjer". Der blev afholdt samarbejds møder og en fysisk mindre ombygning, hvor teamet fik deres eget "bur" med PC og telefon, hjælp. Den største hjælp var afdelingssygeplejersken i MVA, som fuldt og helt gik ind for projektet og sendte flere af sygeplejerskerne på geriatrisk kursus i geriatrisk afdeling - "fælles skolebænk" sammen med personale fra primærsektoren. Det øgede

meget forståelsen for de ældre patienters problemer og behov. Allerede efter et år gik det langt bedre, og i dag kan MVA slet ikke undvære følge-hjem-teamet.

En anden barriere i starten var hjemmeplejen, som fik patienterne hurtigt hjem. Hjemmeplejen var i den hurtige startfase ikke blevet orienteret gennem ledelsessystemet. Teamet selv deltog på orienteringsmøder for områdelederne. Det hjalp.

Hovedparten af de praktiserende læger var meget tilfredse med ordningen, nogle accepterede ordningen, men enkelte var direkte imod. En opfølgende evaluering, som praksiskonsulenten var hovedaktør i, var et rigtig godt tiltag.

Århus Amt søgte Indenrigs- og Sundhedsministeriets pulje om midler til at oprette et tilsvarende følge-hjem-team på MVA, Nørrebrogade. Teamet startede den 01-09-2005. Der blev lavet projektplan, som bl.a. indebar et lodtrækningsprojekt. Teamet bestod af et meget rutineret hold, som havde fungeret som følge-hjem team i lang tid på MVA, Århus Sygehus, THG.. Vi forsøgte at tage højde for alle de barrierer, vi havde lært af forløbet på THG.

Projektet var trods det svært at implementere. Projektplanen gjorde udvikling og dermed tilpasning rigid. Følge-hjem-teamet var vant til en helt anden tværfaglig samarbejdsform fra THG og oplevede derfor modstanden i MVA, NBG, større end forventet.

Da bevillingen fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets pulje udløb efter et år, sluttede projektet.

### 3. Læring, evaluering og erfaringer, evaluering og erfaringer

#### *Evaluering*

Følge-hjem-funktionen på MVA, THG blev evalueret i 2002. Alle +65-årige patienter konsekutivt indlagt over en 14 ugers periode blev registreret af en udenforstående projektsygeplejerske. Der var ingen randomisering. Der blev udsendt spørgeskemaer til hjemmeplejen og de praktiserende læger og enkelte patienter blev interviewet.

Den gruppe, som blev fulgt hjem af geriatrisk team var dårligere og ældre end de patienter, som blev udskrevet direkte fra MVA uden følge-hjem-teamet. Antal genindlæggelser var trods det ikke højere. Mortaliteten i følge-hjem-teamet var højere, men betinget af, at der indgik terminale patienter fulgt hjem med ønsket om at ville dø hjemme.

Procentdelen af returnerede spørgeskemaer var ikke optimalt, men besvarelsene viste generelt en høj tilfredshed både blandt praktiserende læger og hjemmeplejen. De interviewede patienter var meget tilfredse.

Til at følge MVA-projektet på NBG blev nedsat en stor styregruppe med deltagelse fra alle involverede medicinske afdelinger, hospitalsledelsen og primærsektor. Der blev udarbejdet en omfattende projektplan. MVA projektet på NBG er evalueret i et lodtrækningsprojekt fra starten og indtil der var randomiseret 100 patienter til hver gruppe.

Resultatet bærer præg af, at projektet blev udført samtidig med, at indkøringsproblemerne skulle tackles, at grupperne viste sig at være for små til at sige noget konklusivt, at projektplanen gjorde visitationen for rigid, og at de læger, der skulle tage sig af kontrolgruppen, ændrede adfærd.

Således blev der i kontrolgruppen langt hyppigere end tidligere bestilt et tilsyn fra den øvrige geriatriske afdeling med henblik på at få patienten fulgt hjem. Følge-hjem-teamet kunne ikke i projektperioden returnere en "fejlviseret" patient (en ikke-geriatrisk patient) til den relevante afdeling, fordi lodtrækningen bandt patienten til en bestemt gruppe.

Omvendt var der i en tredjedel af tilfældene, hvor følge-hjem-teamet havde behov derfor, ikke plads på geriatrisk afdeling, når patienten skulle indlægges. Det betød, at teamet ikke havde samme mulighed for at følge patienten. Mortaliteten var den samme i de to grupper. Genindlæggelsesfrekvensen ikke signifikant forskellig. Følge-hjem-teamet tenderede til at udskrive lidt flere i de ældste aldersklasser direkte fra MVA, selvom følge-hjem-gruppens patienter havde et lavere funktionsniveau, men forskellen var ikke signifikant. Patientinterviews viste, at patienterne var yderst tilfredse i gruppen, der blev fulgt hjem.

#### *Erfaringer vedrørende teamets sammensætning*

Vi har undervejs arbejdet med forskellige modeller for teamets sammensætning. For alle tre faggruppers vedkommende er de personlige kompetencer vigtige. Men de faglige er ikke mindre.

Sygeplejersken skal gerne have kendskab til både geriatri, sygehusvæsen og hjemmeplejen og have prøvet at arbejde i et distriktsgeriatrisk team.

Terapeuten kan både være en fysioterapeut og en ergoterapeut. Det afhænger af geriatrisk erfaring og erfaring fra begge sektorer.

Lægen skal være speciallæge i geriatri eller tilsvarende kompetencer. Det har været forsøgt med en almenmediciner uden langvarig geriatrisk uddannelse og med introduktionslæge. Begge dele måtte opgives.

Speciallægen skal have arbejdet med geriatri i længere tid og have arbejdet i distriktsgeriatrisk team, så lægen har erfaring med, hvad der kan lade sig gøre i hjemmet og ved, hvordan de ældre patienter reagerer både inden for og uden for hospital.

Lægen skal også have så meget erfaring, at vedkommende kan overskue hele patienten med det komplicerede sygdomsbillede, de mange slags medicin og have erfaring med den gamle patients atypiske måde at reagere på. Ellers flyttes der ingen patienter hjem, men blot ud i sengeafdelingen som ellers.

#### *Erfaringer vedrørende samarbejde med primærsektor*

Det er vigtigt, at der tages kontakt til både hjemmepleje og praktiserende læger i god tid.

#### *Erfaringer vedrørende udvælgelse af patienter til et geriatrisk følge-hjem-team i MVA*

Det kan være vanskeligt ud fra en rapport fra vagten at vurdere, om en patient er velegnet til det geriatriske følge-hjem-team. Patienterne fremtræder ofte med et helt andet billede nogle timer efter indlæggelsen. Det betyder meget, om patienten kommer op i tøjet og bliver udstyret med diverse hjælpemidler. Nogle patienter, som er vurderet til at skulle forblive indlagt, viser sig at kunne følges hjem og omvendt. Det er derfor vigtigt, at det geriatriske team har set patienten før endelig stillingtagen.

#### *Erfaringer vedrørende projektudvikling*

Nedsæt ikke en stor styregruppe, der først skal blive enig.

Følge-hjem-funktionen var aldrig blevet til noget, hvis der skulle have været en projektplan. Det var før 2001 forsøgt at starte et projekt som et randomiseret projekt, men det måtte opgives, da der var modstand uden for sygehuset. Projekt nr. 2 (MVA, NBG), som indebar en stor projektorganisation og en projektplan, blev meget tung at arbejde med. Projektet stoppede, da bevillingen udløb efter et år.

Vigtigt at lederne på alle niveauer er med på ideen og kan se fordele for patienterne og for organisationen.

Der skal gives tid nok til at overvinde evt. modstand og til, at nye vaner kan udvikles.

De fysiske og de økonomiske rammer skal være tilstrækkelige, medmindre der er en afdeling, der tør vove forsøget.

En evt. projektplan skal indeholde mulighed for vide justeringer undervejs.

Mulighed for at beholde en patient i MVA i et par døgn kan øge følge-hjem-teamets effektivitet, bedre kvaliteten for den ældre patient, som så kan undgå et flyt.

Følge-hjem-teamet skal have let og hurtig adgang til undersøgelser, både røntgenundersøgelser og skopier samt tilsyn fra andre afdelinger. Det skal gælde både i den korte tid, patienten er på akut modtageafsnit og efter udskrivelse til hjemmet. Ellers "tør" patienterne ikke tage hjem, da de er bange for at komme bagest i køen.

En geriatrisk følge-hjem-funktion skal have mulighed for at indlægge en patient i en geriatrisk seng, hvis det viser sig, at patienten alligevel har brug for indlæggelse ud over 3 døgn.

### *Opfølgning og videre arbejde*

En geriatrisk følge-hjem-funktion ser ud til at virke bedst på patienter over 75-80 år med et geriatrisk sygdomsbillede eller på få udvalgte yngre med et geriatrisk billede. Det bør dog undersøges under kontrollerede omstændigheder.

Geriatrisk følge-hjem-funktion er også anvendt på gamle ortopædkirurgiske patienter og på et ortopædkirurgisk akut visitationsafsnit. Det er med succes anvendt som apopleksiteam på det

akutte neurologiske afsnit, hvor apopleksiteamet følger op efter udskrivelse til hjemmet med træning og behandling.

Geriatrisk følge-hjem-funktion kan også anvendes fra sengeafdelinger. Kan anvendes på alle afdelinger, hvor der ligger ældre patienter med et geriatrisk billede, f.eks. organkirurgisk afdeling, onkologisk afdeling.

Principperne kan anvendes af andre typer af teams inden for andre specialer, hvor yngre patienter hyppigt genindlægges, eks. KOL.

## **Projekt 2.7 Demenssamarbejdet i Roskilde – Samarbejdsmodel**

### **1. Udgangspunkt for projektet**

En del års øget fokus på demens og et ønsket om en samlet indsats vedrørende både udredning, behandling, pleje og omsorg var baggrunden for, at det tidligere Roskilde Amt og 11 kommuner indgik en aftale om et projekt for at udvikle samarbejdet på demensområdet.

Der opstår nemt problemer i forhold til den samlede indsats, når en aktørs opgave ophører og en anden aktør tager over. Det kan også være vanskeligt for både den demente borger og pårørende at overskue den mangfoldighed af tilbud der er, og hvor man kan henvende sig med et givent problem.

Med en "skræddersyet" samarbejdsmodel ønskede man at forbedre samarbejdet mellem kommunen, den praktiserende læge og sygehuset, som alle har kontakt med borgere med demens. Samarbejdsmodellen skal øge

koordinationen og informationsniveauet mellem aktørerne, så der for borgere med demens kan skabes et bedre forløb i forbindelse med udredning og behandling af sygdommen. Samtidig skal samarbejdsmodellen give kommunen bedre mulighed for at tilbyde borgere med demens og deres pårørende relevante tilbud om for eksempel rådgivning, aflastning eller botilbud.

## 2. Projektbeskrivelse

### *(konkret indhold og metode)*

Der blev taget udgangspunkt i en generel samarbejdsmodel på demensområdet (udviklet af bl.a. Socialministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet). Denne rent praktiske model for, hvordan det optimale forløb for opsporing, udredning og behandling af medicinske og sociale problemer i forbindelse med demens skal forløbe, blev udviklet til de lokale forhold og aktører.

Konkret blev der taget fat på en løse en lang række problemstillinger i amtet (regionen) og kommunerne:

- Der mangler botilbud, viden, konsulentbistand og samarbejde omkring borgere med svær demens, som er udadreagerende.
- Forbedring af samarbejdet med de pårørende.
- Der foregår en utilstrækkelig koordinering og samordning af opsporing, udredning, behandling og opfølgning af demens.
- Demensudredning på sygehus. Der er behov for at fokusere på hele patientforløbet og at sikre en effektiv udnyttelse af speciallægenes ressourcer inden for geriatri, neurologi og psykiatri.
- Demensudredning i almen praksis. De praktiserende læger har behov for mere viden.
- Der mangler støttetilbud i kommunerne til yngre personer med demens (ca. 45-65 år), samt til personer med demens, som er tidligt diagnosticeret og deres pårørende.

### *Aktører i projektet*

Projektet har mange aktører, der skal spille sammen omkring det enkelte patientforløb. Det var derfor vigtigt at inddrage alle parter mest muligt, så de følte medejerskab til projektet. Det har været meget tidskrævende, men allerede nu, inden projektet er afsluttet, har det haft positive konsekvenser for samarbejdet - og der har været stor opbakning.

En af barriererne i projektet har været de praktiserende lægers rolle. Det har været hensigten at få de praktiserende læger til i højere grad at gennemføre forundersøgelser korrekt før demensudredning ved speciallæger samt at foretage opfølgning på den medicinske behandling.

Samtidig har der været fokus på at forbedre samarbejdet i primærsektoren mellem de praktiserende læger og demenskoordinatorerne. Det er dog vanskeligt at få alle (flere) praktiserende læger til at interessere sig for og have tid nok til dette fagområde og dermed vanskeligt at få dem til at deltage i møder, kurser m.v. Det skyldes til dels deres ansættelsesforhold.

De praktiserende lægers praksisudvalg og kvalitetsudviklingsudvalg har været inddraget i arbejdet og deltager i planlægning af kursus for praktiserende læger.

### *Tidsforbrug og ressourceforbrug*

Socialministeriet bevilgede i 2004 1,5 mio.kr. fordelt over 3 år til at indføre samarbejdsmodellen for en koordineret indsats på demensområdet. Amt, kommuner og sygehus aftalte at tilstræbe følgende organisation af arbejdet:

Der er ingen krav om kommunal medfinansiering af projektet, men kommunerne har dog forpligtet sig til:

- at deltage i den fælles styregruppe, der etableres omkring projektet,
- at afsætte personaleressourcer til møder anden aktivitet i anledning af projektet. For eksempel er det nødvendigt at finde den nødvendige information til projektlederen, og
- at deltage i evaluering af projektet og de resultater, der er opnået gennem indførelse af samarbejdsmodellen.

Desuden ansættes en i høj grad arbejdende projektleder som samlingspunktet for hele projektet. Der nedsættes en styregruppe på tværs af sektorer og organisatoriske skel og med repræsentation fra de frivillige organisationer. Styregruppen støtter projektlederen og er kontakten til direktioner i kommuner, amt og sygehus med henblik på at opnå en så kort vej som muligt til at få gennemført tiltag, som iværksættes af styregruppen.

### *Implementering*

I foråret 2005 gennemførte projektlederen en dialogrunde med alle aktører om samarbejdet, en spørgeskemaundersøgelse om kommunernes tilbud til borgere med demens og deres pårørende samt en interviewundersøgelse blandt demensramte og pårørende. I efteråret blev en statusrapport (udarbejdet af to arbejdsgrupper) for området udsendt til høring blandt aktørerne. Statusrapporten indeholder bl.a. en oversigt over eksisterende ydelser til borgere med demens, og en forløbsanalyse af det eksisterende samarbejde om opsporing, udredning, behandling og opfølgning af demens. Indholdet af statusrapporten blev formidlet til aktørerne skriftligt og ved afholdelse af netværksmøder, fyraftensmøder, temadag m.v. Formålet med statusrapporten var at sikre medejerskab og medinddragelse af alle aktører.

På baggrund af høringssvar og statusrapportens anbefalinger udarbejdede en arbejdsgruppe en model for det fremtidige samarbejde: "Forslag

til Samarbejdsmodel på demensområdet mellem amt, kommuner, praktiserende læger og frivillige, Del 1 og 2", som blev sendt til politisk godkendelse i foråret 2006.

Indholdet er primo 2007 godkendt af alle parter og videreføres med henvisning til sikker drift inden for rammerne af de seks nye kommuner, Region Sjælland, Sygehus Øst og Psykiatrien i Roskilde samt de praktiserende læger i området.

En arbejdsgruppe har udarbejdet en rapport, hvor det er beskrevet, hvilke kompetencer der bør være til stede blandt aktørerne i relation til udførelsen af opgaverne, som er beskrevet i samarbejdsmodellen. I implementeringsfasen gennemføres informationsmøder og kompetenceudvikling målrettet de enkelte aktører, og der holdes temadage, hvor det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde drøftes.

Samarbejdsaftalen kan ses på [www.demensdoeren.dk/Roskilde](http://www.demensdoeren.dk/Roskilde), hvor der er oplysninger for både borgere og fagpersoner.

### **3. Læring, evaluering og erfaringer, evaluering og erfaringer**

#### *Forandringspotentialer*

Kommunalreformen forsinkede projektet, som dog har sat fokus på demensområdet i de nye storkommuner fra starten. Vigtigheden af, at alle kommuner sørger for tilstrækkelig kapacitet og kvalitet til borgere med demens er blevet tydeligt. For eksempel indeholder aftalen en målsætning om, at alle kommuner fremover har en demenskoordinatorfunktion.

Projektet har ført til et tættere samarbejde mellem kommunernes demenskoordinatorer og medarbejderne på hukommelsesklinikken – bl.a. gennem et velfungerende netværk, som mødes to gange om året samt samarbejde om rådgivning og undervisning af demensramte og pårørende.

### *Erfaringer*

Det kræver motivation at tage ejerskab for en instruks. Motivation opstår, når man har forståelse for problemområder, og indsigt i "den gode praksis" og forståelse for, hvilken betydning det kan have for borgeren, at der er en rød tråd og en god kvalitet i et patientforløb.

At opnå ejerskab kræver også dialog parterne imellem om de forskellige kulturer. Det er vigtigt at skabe forståelse for de forskellige arbejdsforhold og betingelser for det faglige arbejde. Samarbejde skabes ikke alene ved hjælp af "opskrifter" - men de kan være et udgangspunkt for at afstemme forventninger. Det kræver også ledelsesmæssig opbakning og at parterne prioriterer tidsmæssige ressourcer. Konstruktivt samarbejde opstår, når man har kendskab til hinanden, ved hvem hinanden er, og hvad man kan forvente af hinanden, og når man har vilje til dialog. Og sidst men ikke mindst, har de nødvendige kompetencer.

### *Opfølgning og videre arbejde*

Vi mener, at modellen også vil kunne anvendes inden for andre sygdomsområder. Især i relation til kroniske patienter.

### 3. EKSEMPLER PÅ FORSKELLIGE PROJEKTER/TILTAG, DER HANDLER OM ARBEJDSGANGSANALYSER

De følgende fire projekter fokuserer på analyser af arbejdsgange og efterfølgende ændring med henblik på omstilling til ambulante behandling eller optimering af arbejdsgange i eksisterende ambulante behandling. De fire projekter er:

- 1 Behandling af blødningsforstyrrelser - Optimeret visitation, Gentofte Hospital.
- 2 LEAN - strømligning af visitationsproceduren, Kardiologisk afdeling, Gentofte Hospital.
- 3 Optimerede ortopædkirurgiske patientforløb, Viborg Sygehus.
- 4 Omstilling til ambulante behandling, Øjenafdelingen, Århus Sygehus.
- 5 Sengebaseret ambulante behandling, Psykiatrisk Center, Glostrup Hospital.

Der er i disse projekter taget udgangspunkt i forløbsstrukturer - herunder også flaskehalse - bl.a. i forsøget på at undgå dobbeltundersøgelser, og at optimere henvisningsprocedurer og arbejdstilrettelæggelsen, så behandlingen kan blive mere strømlinet til gavn for patienter og personale. Der er eksempler på arbejde med arbejdsgangsanalyser både i projektor organiseret form og i en mere "løs" struktureret proces, hvor processen er foregået i det daglige arbejde i forhold til at ændre vaner og måder at arbejde på.

Erfaringerne viser bl.a.:

- Der peges bl.a. på behovet for at overkomme modstand mod forandringer - både den faglige og den organisatoriske modstand. Det kan ske både gennem motivation - eller som i projektet om blødningsforstyrrelser ved at gøre forandringerne lette for de grupper, man gerne vil ændre adfærd hos - men også som en uundgåelig følge af, at andre faggrupper lægger deres arbejde om med konsekvenser for hele teamet omkring patienten, som eksemplet i øjenafdelingen viser.
- Eksemplerne viser samtidig, at det kan være vanskeligt at opnå forandringer gennem ændrede arbejdsgange, fordi arbejdsgange i sundhedsvæsenet hænger sammen. Disse sammenhænge aktualiseres nogle gange først, når selve forandringsprocessen starter. Dette peger på et behov for at skabe overblik over arbejdsgange i bredere perspektiv end blot lige det aspekt, der ønskes ændret.
- Det er svært at ændre adfærd, og eksemplerne synes at pege på, at der skal gives tid til at afprøve og implementere nye arbejdsgange. Endvidere kan det måske også være relevant at overveje, hvordan forandringer fastholdes i et længere perspektiv.
- Sektorgrænser kan være en udfordring. Når der ændres på behandlingsformen og indlæggelsestiden, så skal det "system", som skal "overtage" patienten, også geares om. Det handler f.eks. om afgrænsning af, hvad der er psykiatrisk behandling og hvad der er kommunal opfølgning.

## Projekt 3.1 Behandling af blødningsforstyrrelser - Optimeret visitation, Gentofte Hospital

### 1. Udgangspunkt for projektet

Det har gennem mange år været almindelig kendt, at de undersøgelser og prøver, der blev foretaget hos praktiserende læger og speciallæger "alligevel" blev gentaget ved henvisning til hospitalssektoren. En ressourcekrævende omstændighed - ikke mindst for patienten. Samtidig er henvisninger til hospitalsafdelingers ambulatorier ofte af svingende karakter - mangel på oplysninger, divergerende information eller direkte misinformation af patienterne m.v. præger ofte disse. Behandlingsgarantien på 8 uger kan i visse tilfælde overskrides, hvis der yderligere tillægges ventetid på forundersøgelse i ambulatoriet - en ikke ubetydelig flaskehals.

Under mit arbejde som nyansat overlæge med ansvarsområde inden for blødningsforstyrrelser og kikkertkirurgi i livmoderhulen, ønskede jeg at bryde med disse uhensigtsmæssigheder, og i forbindelse med den samtidige etablering, optimering og antalsforøgelse af mere skånsomme og mikro-invasive operationsteknikker foretaget i dagkirurgisk regi, fandt jeg tiden rede til forandring og tog derfor initiativ til en nytænkning.

Samtidig var muligheden/viljen til forandring i afdelingens ambulatorium ikke til stede. Dvs. at en udvidelse/kapacitetsforøgelse var ikke relevant bl.a. på grund af personalemangel i ambulatoriet.

Selve forandningsprocessen blev til løbende på selve afdelingen og under de allerede etablerede halvårslige møder med områdets

praktiserende speciallæger i gynækologi. Vi diskuterede nye behandlingsteknikker og herunder tog princippet om direkte henvisning til operation form.

Udviklingen gik dermed i retning af:

*Kommunikation via afkrydsningsjournal med henvisning til operation og indkaldelse direkte til dette uden om ambulatoriet samt ensrettet information af patienten.*

### 2. Projektbeskrivelse (konkret indhold og metode)

*Formålet med projektet*

Formålet med projektet er at optimere patientens vej gennem systemet fra praktiserende speciallæge til hospitalssektoren (til et operativt indgreb), at optimere kommunikationen mellem henvisende instans og afdelingen samt at optimere informationen af patienten på trods af overspringelse af et traditionelt led i systemet - forundersøgelse i ambulatoriet. Som sidegevinst blev afdelingens ambulatorium ikke belastet yderligere, til trods for et øget antal henviste patienter, og behandlingsgarantien ville ikke overskrides på grund af ventetid til ambulatoriet.

Første led i udviklingen var en standardiseret henvisningsblanket, hvor den henvisende praktiserende speciallæge i gynækologi blev afkrævet relevante oplysninger om patienten - også oplysninger af relevans for anæstesiologen med henblik på fuld bedøvelse. De praktiserende speciallæger accepterede denne anmodning om en mere styret anamnese/objektiv undersøgelse og kunne enten hente dette ark på min hjemmeside eller fik prints til kopiering tilsendt.

Der foregik en polemik om honorarydelse i denne forbindelse, men primært var de praktiserende speciallæger mest interesseret i at kunne få deres patienter til operation så hurtigt som muligt.

På afdelingen fik jeg tilpasset vores egen standardafkrydsningsjournal, og dernæst var tanken om at lade *denne* standardjournal ligge på hjemmesiden nærliggende. Via forklaringer og argumentation sendt på e-mail til de praktiserende speciallæger samt ved vores møder, introducerede jeg dernæst hele pakken. På **www.clevin.dk** kunne den praktiserende speciallæge downloade vores standardjournal og samtlige patientinformationer om de aktuelle indgreb.

Efterhånden vidste de praktiserende speciallæger, at patienterne blev sparet for et besøg i ambulatoriet. Patienterne kom hurtigere til operation. Informationen var enslydende og patienterne var tilfredse.

Samtidig med denne udvikling, som varede ca. 3/4 år, blev vores operationsteknikker optimeret og andelen af operationer i lokalbedøvelse steg fra ca. 25 til 75 pct. Dette medførte, at Dagkirurgisk afsnit kunne spare en anæstesipersonale en hel dag til 6-7 operationer (ét leje). Dette faktum medførte igen, at kravet om decideret journaloptagelse med lunge- og hjertestetoskopi m.m. faldt fra, hvilket gjorde processen lettere håndterbar for de praktiserende speciallæger (se nedenfor med hensyn til honorar for journaloptagelse).

#### *Aktører/deltagere i projektet*

Involverede personalegrupper i såvel projektfasen som i implementeringsfasen: Områdeansvarlig overlæge, praktiserende speciallæger, lægekolleger, sekretærer, og sygeplejersker.

Områdeansvarlig overlæges arbejde har bestået i:

- Udarbejdelse af standardafkrydsningsjournal (1 ark til anamnese og obj. undersøgelse - 1 ark. til operativt indgreb, udskrivelse og epikrise).
- Udarbejdelse af patientinformationer og spørgeskemaer til patienten om tilfredshed og effekt af behandling. Udarbejdelse af standard-afkrydsningsepikrise og administrative vejledninger.
- Placering af standardjournal og patientinformationer på hjemmesiden.
- Kommunikation med og inspiration af praktiserende speciallæger, egne lægekolleger, sekretærer, sygeplejersker.
- Løbende visitation af således henviste patienter direkte til operation (checke standardjournal, udfylde operationsbooking til Dagkirurgisk afsnit.).

Praktiserende speciallæger downloader og printer standardjournalen, udfylder den og sender henvisning, egne notater samt UL-billede til afdelingens sekretariat.

Sekretærer lægger ovenstående henvisning til visitation hos mig, opretter patienten i det Grønne System i gynækologisk regi og "modtager" dernæst patienten i det Grønne System på Dagkirurgisk afsnit.

Dagkirurgisk afsnits sekretærer og sygeplejersker (booking-funktionen) booker ud fra papirerne operationstid til patienten og indkalder til og informerer patienten om operationstidspunkt.

Opererende læger læser standardjournal og henvisende læges notater (altså ikke sædvanlig continuation), informerer patienten inden operation, udfylder standard-operationsjournal, og når mikroskopisvar foreligger tillige standard-afkrydsningsepikrise.

Sekretærer på Dagkirurgisk afsnit checker standardjournal og operationsjournal,

registrerer koder og afslutter patienten, når mikroskopisvar er set og epikrisen afsendt.

Det vil sige, at hovedmålet for forandringen er patientens (papirernes) vej gennem systemet fra henvisende læge til operation. Forandringen bygger således på en procesanalyse i stil med LEAN-principperne.

Aktørerne er inddraget ved kommunikation og information om, hvorledes forandringen ville kunne lette patientens vej gennem systemet samt mindske belastningen for systemet. Da alle involverede grupper på hospitalet har fået mindsket arbejdsbyrden, har motivationen for forandring været meget stor her. De praktiserende speciallæger arbejder fortsat på at få honorar for at skrive vores journal og få etableret en § 3 aftale med sygesikringen – men på trods af at dette ikke er gennemført endnu, har motivationen også fra denne gruppe været overvældende.

#### *Tidsforbrug og ressourceforbrug*

Ressourceforbruget for de praktiserende speciallæger kendes ikke - men da vi overgik til at foretage det operative indgreb i lokalbedøvelse, frafaldt behovet/kravet om udvidet anamnese samt lunge- og hjertestetoskopi.

Ressourceforbruget på afdelingen har primært været investeret i samtale og diskussion samt information af involverede parter (se ovenstående personalegrupper). Tidsmæssigt er det ikke muligt at angive forbrug, idet forandring og ledelse jo er en løbende proces, der aldrig er tilendebragt, men kræver en kontinuerlig evaluering og justering. Kommunikationen med de praktiserende speciallæger er foregået dels via mail og dels ved de allerede eksisterende møder med afdelingens læger og området speciallæger.

Konkrete arbejdsopgaver har været udarbejdelse af standardjournal,

standardoperationsbeskrivelse, standardbrevsvar og epikriser samt patientinformationer og administrative vejledninger - et arbejde som langt hen ad vejen ligeledes indgår i almindelig kvalitetssikring. Skønsmæssigt har jeg brugt ca. 40 timer på dette samt et par timer på hjemmesiden. Undervejs i forløbet har sekretæren fået udarbejdet et stempel, ligeledes med henblik på afkrydsning ved min visitation, hvorvidt patienten kan gå direkte til operation eller skal via ambulatoriet med henblik på anæsthesitilsyn. Et sådant stempel står skønsmæssigt i 75 kr.

Fordi det endnu ikke er muligt at sende epikriser elektronisk til alle praktiserende speciallæger eller svar til patienten om mikroskopireultatet f.eks. via mail, forbruges formentlig mere papir til print/fotokopi af breve og epikriser.

Samtidig med denne forandring i processerne er der bevilget ressourcer til optimering af operationsudstyr - en udgift som har animeret alle involverede parter til at arbejde mere energisk med forandringen, men ikke en udgift som har været en fordring.

Som anført har forandringen som sidegevinst givet en besparelse på 1-2 anæstesipersonaler pr. uge.

#### *Implementering og forandringspotentiale*

Da denne forandring og optimering af patientens vej gennem systemet ikke er beskrevet i et decideret projekt med defineret end-point, kan det ikke beskrives, hvorvidt et objektivt mål er nået, men gennemsnitligt modtages 6 ekstra operationspatienter pr. uge - ventelisten til ambulant undersøgelse er ikke øget - tværtimod er ventetiden til ambulatoriet nedsat.

Succes avler desværre ikke succes i vort sundhedssystem, idet denne populære proces nu har medført, at flere og flere patienter henvises på denne vis (altså ikke

kun fra vores optageområde - men også fra praktiserende speciallæger i andre områder af hovedstedsregionen) - operationskapaciteten er ikke sideløbende opgraderet, dvs. at vi nu overskrider de 8 ugers behandlingsgaranti og må sende patienterne til andre hospitaler/ private hospitaler. Pga. dette paradoks, arbejdes der nu på yderligere forandringer: De indgreb, som foretages med mikrokikkert og dermed uden bedøvelse, søger jeg nu at få overført til ambulatoriet (se mere under punktet om "det videre arbejde").

Patienter, der skal i fuld bedøvelse, indkaldes nu til ambulatoriet primært med henblik på anæsthesitilsyn, idet denne procedure ikke endnu er effektiviseret. Det er fortsat således, at anæstesilægerne gerne vil se patienten "face to face" - og det har ikke kunnet organiseres, at patienten ses umiddelbart inden operation.

Ud over det tidskrævende i information, motivation og forklaring, har det ikke været vanskeligt at iværksætte denne optimerede visitation. De speciallæger, som ikke har kunnet/villet/haft mulighed for at udfylde standardjournal og sende UL-billede m.m., har blot ikke kunnet få deres patienter direkte, og dermed så hurtigt, til operation - så velviljen til at ændre arbejdsgang har nærmest været på en betinget reflektorisk baggrund. Jeg har dog sideløbende meldt ud, at vi arbejder på sagen med at få § 3 aftaler i stand til alle speciallæger - i samarbejde med et par meget dedikerede praktiserende speciallæger.

Den mest iøjnefaldende barriere har været det underudviklede digitale system det offentlige hospitalsvæsen kører med. De henvisende speciallæger og vi selv ønsker selvfølgelig mulighed for on-line henvisning, on-line udfyldelse af en standardjournal, som vedbliver med at være digital - også i hospitalsregiet. Endvidere har der været barrierer i forhold til, at mange speciallæger ønsker mulighed for at kunne sende UL-billeder digitalt og selvfølgelig

at kunne modtage vores epikriser pr. mail.

En obligat nødvendighed for den videre udvikling af dette tiltag er, at de praktiserende speciallæger får honoraraftale for det at skrive hospitalets journaler (f.eks. en § 3 aftale).

### 3. Læring, evaluering og erfaringer, evaluering og erfaringer

Der har ikke været planlagt en decideret evaluering - men denne nye visitationsmåde evalueres løbende (det øgede antal patienter - også fra yderområderne, der er henvist på denne vis, tolkes som positiv feedback) og ved næste halvårige møde med de praktiserende speciallæger drøfter vi metoden igen og finjusterer processen.

Det havde været optimalt, hvis der fra start kunnet have været etableret en honoraraftale for speciallægerne - men den store motivation for at følge proceduren har formentlig været fordi, den er til fordel for alle - såvel patient som praktiserende speciallæge og hospitalsafdelingen. Det vil sige, at der forhåbentlig nu vil være større "impact" bag ansøgning om og argumentation for indgåelse af honoraraftaler for de praktiserende speciallæger

#### *Erfaringer*

Hvis der er processer og arbejdsgange, som fremstår unødvendige, bør det tunge offentlige system vi arbejder i ikke afskrække personalet fra at søge at ændre det. Personligt har mit eget engagement i et LEAN-projekt inspireret til denne procesanalyse og givet redskaber og ideer til, hvordan en forandring kunne iværksættes. Tålmodighed, engagement og megen information er kodeordene. I visse tilfælde kan en god portion af lobbyisme være nødvendig for at påvirke ledelsen til at turde rykke. Ofte kan forandringer lettere accepteres af ledelsesniveauer højere i systemet, og alternative veje til at påvirke egen ledelse må da søges.

Samarbejdet med praksissektoren bør bygge på accept og forståelse af, at det er et liberalt erhverv - det vil sige ydelser skal honoreres.

Når processer i et stort system som hospitalssektoren effektiviseres, er balancen mellem succes og fiasko vanskelig. Processerne skal konstant finjusteres, og alle implicerede personaler skal jævnligt opdateres om kommandoveje. Det er vigtigt at udarbejde entydige administrative vejledninger. Specielt booking af operationerne er afhængige af, at en erfaren operatør har hånd i hanke med indikationer og indgrebstyper. Grundig information og kommunikation med henvisende læger er ligeledes uhyre vigtig. Aktuelle visitationsprincipper bygger jo på en blind tiltro til undersøgelse og udredning foretaget af den henvisende praktiserende speciallæge.

#### *Opfølgning og videre arbejde*

Generelt vil en ændring af ambulatoriers traditionelle funktion kunne flytte en stor arbejdsbyrde fra hospitalssektoren ud i praksis.

Større medinddragelse af praksissektoren i en kommunikation omkring patient og dennes vej igennem systemet vil kunne effektivisere processerne.

Opgradering af IT-systemet ikke kun på selve hospitalet, med på tværs af primær, sekundær og tertiærtjenesten haster - men vil til gengæld kunne effektivisere uendelig mange tunge eksisterende processer.

Mulighed for, at patienten selv kan gå på nettet med en digital signatur og selv supplere med oplysninger til sin egen journal, kunne give samarbejdet med hospital, patient og praksis en ekstra dimension.

Et brud med den traditionelle opfattelse af hvem og hvor mange, der skal/må indhente samme oplysninger på en patient.

Ved fortsat at arbejde med forbedring af operationsteknikker og stile mod mikro-invasiv kirurgi, kan flere og flere operationer foretages i lokalbedøvelse og dermed i ambulatoriet. Dette fører direkte videre til en opgaveglidning over mod oplæring af sygeplejersker med henblik på diagnostiske procedurer og mindre invasive procedurer.

Der kan endvidere spares mange unødige ressourcer ved at udvide brugen af moderne teknologi ved f.eks. større anvendelse af telefonbaseret stuegang, web-baseret stuegang (web-kamera) via nettet - "det udgående hospital".

Ved opgradering af apparatur og instrumenter mod mikroinvasive procedurer, vil besparelserne, som opnås ved at gå mod ambulans behandling, give mulighed for løbende optimering af apparatur og oplæring af personaler.

Metoden til at ændre vores traditionelle system kunne bl.a. være en LEAN-baseret proces-analyse, hvor det er de implicerede personalegrupper, der selv vurderer processer og løsningsmodeller.

#### **Det danske sundhedsvæsen mangler opdateret IT-teknik!**

Brugerne (patienterne, praktiserende almenmedicinere og speciallæger, hospitalspersonale) er/bør være i stand til at anvende computer/Internet m.m. Når teknikken nu er til stede, bør der ikke sættes en kæp i hjulene for udvikling af EPJ, on-line booking, fremsendelse af digitalt billedmateriale, journaloplysninger, epikriser osv.

Web-baseret kommunikation med patienter og andre relevante personer/instanser kunne give et højere informationsniveau og dermed større compliance hos patienterne, men kræver en dedikeret, uddannet person til at varetage

den løbende redigering af websiden. On-line kommunikation med patienterne ville ligeledes kunne eliminere mange besøg på hospitalet/i ambulatoriet. Patienter, som ikke har mulighed for PC-adgang, skal selvfølgelig have anden kommunikationsvej, men udviklingen i befolkningens IT-beredskab er i en rivende udvikling, og det bør ikke være mindste fællesnævner, der sætter normen.

## Projekt 3.2 Lean – strømligning af visitationsproceduren, Gentofte Hospital

### 1. Udgangspunkt for projektet

Afdelingsledelsen ønskede at arbejde med LEAN for at få kigget på nogle u hensigtsmæssige arbejdsgange i afdelingen. Den samlede ledergruppe støttede op om den beslutning.

Efter et kursus for ledergruppen, blev tre spildområder identificeret, hvoraf visitationsproceduren var den ene.

For visitationsproceduren var der flere problemer:

- Henvisninger kunne komme ind i afdelingen på mange forskellige måder – flere forskellige adresser og til lægerne personligt. Konklusion: For mange veje ind i afdelingen.
- Visitationen forløb forskelligt for de 4 afsnit/sub-specialer i afdelingen - der var mange forskellige og delvist usynlige systemer for visitation. Det skete ikke sjældent, at en henvisning blev væk eller var meget lang tid om at nå fra modtagelse/ registrering i afdelingen til udsendelse af brev til patient.

**Konklusion: System anarki (uden hensyn til andre funktioner), hvor ingen reelt havde et samlet overblik.**

- Visitation og booking skete ad hoc, når det passede den enkelte læge, sygeplejerske eller sekretær, hvilket betød, at amtets krav om 8 hverdage fra modtaget henvisning til patienten har fået brev, ikke blev overholdt.

**Konklusion: System anarki (uden hensyn til andre funktioner) og manglende patienttilfredshed.**

### 2. Projektbeskrivelse (konkret indhold og metode)

*Formålet med projektet*

Målet var en ensrettet visitationsprocedure for alle afsnit/ sub-specialer i afdelingen, der gav overblik for alle, hurtig gennemløbstid og større patienttilfredshed.

Der blev arbejdet med ideen i et forløb over 31/2 måned, hvor en projektgruppe med repræsentanter for samtlige involverede faggrupper arbejdede med problemet ud fra LEAN principperne og med assistance fra LEAN konsulenterne. Startede med et flowchart for at få et overblik over problemstillingens omfang, efterfulgt af en analyse og uformning af løsningsforslag. Løsningsforslaget blev præsenteret for resten af afdelingen ved en høring, hvor det var muligt at komme med kommentarer og byde ind med forslag. Løsningsforslaget blev rettet til, de nødvendige instrukser udarbejdet, det nye kontor indrettet, alle involverede informeret og en startdato fastsat.

Til den praktiske indretning af det nye visitationskontor blev der hentet flere medlemmer ind til projektgruppen fra basispersonalet, så ændringen fik en større forankring blandt dem.

### *Aktører/deltagere i projektet*

Repræsentanter fra samtlige faggrupper, der var involverede i visitationsproceduren, både basispersonale og ledere. Der var læger, sekretærer og sygeplejersker, samt en LEAN konsulent fra et eksternt firma.

Hovedmålgruppen for forandringen er patienterne - en større patienttilfredshed.

Dernæst har det været væsentligt, at selve proceduren blev ensrettet og mere synlig i afdelingen, således at alle kunne få et hurtigt overblik. Og at det blev synligt, hvem der var ansvarlig for de enkelte dele i visitationsproceduren.

Alle, der havde med proceduren at gøre, er blevet hørt, informeret ugentligt under hele projektet og involveret i den endelige beslutning ved høringen, hvor de havde mulighed for at komme med indsigelser.

### *Tidsforbrug og ressourceforbrug*

Mange timer, både for sygeplejersker, læger og sekretærer.

6 personer á 16 dage á 8 timer.

Ressourcerne var delvist tænkt ind fra starten, men det tog mere tid end først antaget, og det var ikke altid, at det lykkedes at få alle med i projektgruppen hver gang.

### *Implementering og forandringspotentialer*

De fastlagte mål blev stor set nået.

Det sværeste har været at få enkelte personalegrupper til at ændre adfærd. En del skyldes angst for "det nye", stædighed og så at processen gik lidt for hurtigt.

Det er meget vigtigt for processen, at der lyttes, forklares, medinddrages og igen... lyttes, forklares, medinddrages.

I sidste instans kan det være nødvendigt at

udstikke en arbejdsmæssig ordre, men det er bedre at medinddrage.

## **3. Læring, evaluering og erfaringer, evaluering og erfaringer**

Hele projektet blev evalueret på en fælles tværfaglig temadag, og den var overraskende positiv fra alle personalegrupper.

Hvis man skulle starte forfra med projektet, skulle der planlægges bedre tid til projektgruppernes arbejde - og så måske lidt længere tid til implementering.

## **Projekt 3.3 Optimerede ortopædkirurgiske patientforløb, Viborg Sygehus**

### **1. Udgangspunkt for projektet**

Det er ikke et egentligt projekt, men en kontinuerlig arbejdsproces med henblik på at skabe et optimeret patientforløb, hvor nøgleord har været *højest muligt kvalitet på kortest mulig tid med mindst mulig træk på de økonomiske ressourcer*.

"Projektet" er ikke forankret i en enkelt geografisk arbejdsplads, men er udviklet gennem flere år under diverse ansættelser. Det har dog primært fået lov til at udvikles under min ansættelse på ortopædkirurgisk afdeling, Viborg Sygehus, hvor der har været det rette miljø (vilje og forståelse) for at arbejde hen imod et optimeret patientforløb.

### **2. Projektbeskrivelse (konkret indhold og metode)**

#### *Formålet med projektet*

Målet med "projektet" var at give patienterne et optimeret forløb, set ud fra patienternes vinkel. De mange konsultationer (ca. 3.000

årlige) har givet en vis indsigt i de behov, vores patientkategori ønsker dækket under deres besøg. Arbejdet har primært bestået i at beskrive patientforløb inden for skulder-albue-kirurgien.

Målet har primært været fokuseret på at tilbyde patienterne en samlet undersøgelsespakke, således at 90-95 pct. af alle ville kunne få en diagnose og et planlagt behandlingsforløb i forbindelse med 1. konsultation. Et andet mål har tillige været at tilbyde et fast starttidspunkt for behandlingen, uanset at der kunne være tale om optræning eller operation. Et tredje mål har været at arbejde i team og tilbyde patienterne et gennemgående behandlerteam (en læge-en sygeplejeske-en fysioterapeut) i hele forløbet.

#### *Aktører/deltagere i projektet*

Aktørerne i "projektet" har været 2 sub-specialiserede skulderkirurger, et team af skulderfysioterapeuter og ambulatorie- og dagkirurgiske sygeplejersker.

Hovedformålet har været at tilbyde et optimeret patientforløb, dels ved at fjerne flaskehalse og dels igennem etablering af nye forløbsstrukturer.

Inddragelsen er sket gennem adskillige møder og undervisningsforløb med de relevante personalegrupper. Specielt er der etableret et mødeforum for skulderteamet, som omfatter sub-specialiserede læger og fysioterapeuter. (Det har ikke været muligt at etablere et sygeplejeteam).

#### *Tidsforbrug og ressourceforbrug*

Ressourcerne er fundet inden for de givne rammer. Processen har strakt sig over ca. 2 år, og der er sket en løbende udvikling og implementering.

#### *Implementering og forandringspotentialer*

Hovedformålet er blevet nået. Der er stadig delmål der ikke er nået, og som der arbejdes videre med.

Det svære har været at motivere til de organisatoriske forandringer, hvorimod det har været nemt at motivere de involverede faggrupper.

Det er stadig nødvendigt med organisatoriske forandringer for at projektet bliver "fuldendt", og vi KÆMPER stadig en kamp herfor. Specielt opstår problemerne, når opgaverne går på tværs af afdelingerne. Der er stor forskel på forandringsvillighed og evne til at tænke innovativt i de forskellige afdelinger.

Desuden kræver projektet investering i apparatur, hvor vi har mødt meget stor velvillighed, så længe dette har kunnet anskaffes inden for afdelingen. Aktuelt oplever vi en barriere med nyinvestering i en MR-scanner, som skal anskaffes i billeddiagnostisk afdeling.

### **3. Læring, evaluering og erfaringer, evaluering og erfaringer**

Processen bliver løbende evalueret i vores teammøder, men der bliver ikke lavet et regulært bogholderi. Hvis man skulle gøre noget anderledes, skulle det være at starte det som et regulært projekt

Der er absolut potentiale for videre arbejde med optimeret patientforløb. Man skal samle interessenterne i dette forløb og beskrive aktuelle forløb og arbejdsgange. Man skal beskrive hvordan et optimal forløb for en patient ville være eventuelt med inddragelse af brugerne.

Man skal være villig til organisatoriske forandringer og opgaveglidning

Der er mange detaljer i denne proces, der ikke er beskrevet. Er "projektet" interessant, kan en mere udførlig beskrivelse udarbejdes

## Projekt 3.4 Omstilling til ambulante behandling, øjenafdelingen, Århus Sygehus

### 1. Udgangspunkt for projektet

Øjenfaget har gennem en årrække været i voldsom dynamisk udvikling, hvilket har haft afsmittende virkning på de organisatoriske forudsætninger for udøvelsen af faget. De hyppige øjenkirurgiske indgreb er blevet mere sikre, nye teknologiske landvindinger inden for materialeforskning, lasere og informationsteknologi har desuden medført en række nye behandlingstilbud. En af de udviklingstræk, som var i gang længe, var reducerede liggetider, som ud over en rent medicinsk begrundelse også bundede i forventninger fra befolkningen om at blive så lidt institutionaliseret, som muligt.

Endelig har øjenafdelingen en ledelsesmæssig tradition for udvikling, godt båret af en kritisk masse af læger med udviklingsorientering inden for teknologi, IT og organisation.

Initiativet blev taget af afdelingsledelsen i et samspil med enkelte udviklingsorienterede overlæger.

### 2. Projektbeskrivelse (konkret indhold og metode)

Formålet med projektet  
Man ønskede at arbejde med

- 1 at forkorte patientforløbene,
- 2 at effektivisere driften og skabe plads til en øget ambulante aktivitet, og
- 3 at foretage opgaveglidning således, at plejepersonalet overtog en række opgaver inden for apparaturbetjening i diagnostikken.

Ideen blev udviklet ved møder i overlægegruppen, hvor de overlæger, der var ansvarlige for patientforløb, som krævede indlæggelse, var særligt aktive.

Der var betydelig modvilje i plejegruppen på sengeafsnittet. Overlægerne modificerede derfor patientforløbene i deres tværfaglige teams, så patienterne blev sendt hjem efter operationen. Det resulterede i gradvis tømning af sengeafsnittet for patienter, hvilket overbeviste plejepersonalet om, at der måtte ske ændringer.

#### *Tidsforbrug og ressourceforbrug*

Der har ikke umiddelbart været indtænkt eller anvendt ressourcer i projektet. Projektet betød imidlertid, at øjenafdelingens sengeafsnit måtte ændres til ambulatorium, hvilket var medvirkende til, at øjenafdelingen kom til at stå for tur i hospitalets løbende renovering af afdelingerne.

#### *Implementering og forandringspotentiale*

Det lykkedes ikke helt at undvære indlæggelsessenge, idet øjenafdelingen har behov for i gennemsnit 1,5 seng i døgnet. Dette lånes på neurologisk afdeling.

Det var i starten svært at overbevise plejepersonalet på sengeafsnittet om, at rationalet for at bevare dette, ikke længere var til stede. Dette håndteredes som beskrevet ovenfor ved at tømme sengeafsnittet for patienter. Ellers er processen forløbet glat.

### 3. Læring, evaluering og erfaringer, evaluering og erfaringer

#### *Evaluering*

Der er ikke blevet evalueret systematisk på projektet. Projektet ville formentlig ikke være blevet gennemført på nogen anden måde, såfremt vi skulle starte forfra.

### *Erfaringer*

Man kan ikke ændre en enkelt organisatorisk parameter, uden at der ændres på en række andre parametre, som udtrykt i Leavitt's model. Aktuelt førte en ændring til ambulante kirurgiske forløb til en fuldstændig ændring af øjenafdelingens fysiske rammer, normeringen, og særligt for plejepersonalet en ændring af arbejdsopgaverne.

Når der er modstand mod en ændring, kan vigtigheden af denne anskueliggøres ved at skabe en situation, hvor den gamle tilstand bliver umulig, in casu at der blev skabt et sengeafsnit uden patienter.

En organisation i konstant udvikling er også en organisation i konstant forandring, og dette bør være en normaltilstand.

Opfølgning og videre arbejde  
Nedlæggelse af sengeafsnittet er en ændring, som er forløbet til enden. Der arbejdes imidlertid med konstant udvikling - og forandring - på øjenafdelingen.

## **Projekt 3.5 Sengebaseret ambulante behandling, Psykiatrisk Center Glostrup**

### **1. Udgangspunkt for projektet**

Projektet blev igangsat på grund af et ønske om at spare 1,5 mio. kr. ved nedlukning af sengepladser i åben Gerontopsykiatrisk afdeling. Initiativtagere til projektet var centerledelsen, Psykiatrisk Center Glostrup.

Udfordringen i projektet var at nedsætte senedagsforbruget på åben Gerontopsykiatrisk afdeling. Dette mål blev søgt opnået dels ved et forkortet indlæggelsesforløb for den enkelte patient og dels ved at kunne forebygge indlæggelser. Udfordringer i forbindelse med projektet har bl.a. været at undgå indlæggelser, der alene begrundes i manglende kommunale tilbud til de ældre patienter, og ligeledes at sikre, at patientens hjemkommune var i stand til at stille med relevante og nødvendige tilbud, når patienten ikke længere havde behov for at være døgnindlagt.

### **2. Projektbeskrivelse (konkret indhold og metode)**

#### *Formålet med projektet*

I maj 2006 reduceredes antallet af gerontopsykiatriske senge fra 13 på åbent afsnit og 13 på lukket afsnit til 7 på åbent afsnit og 13 på lukket afsnit. Samtidig hermed oprettedes der 6 dagpatientspladser på åbent afsnit. Afgørende for projektet har været ønsket om besparelser på lønninger og de fysiske rammer på det åbne afsnit.

I forbindelse med forberedelserne til omstruktureringen, blev der holdt personaletræning for det involverede personale med deltagelse af klinikchefen samt undertegnede som afdelingens overlæge.

#### *Aktører/deltagere i projektet*

I projektfasen var afdelingens tidligere overlæge (Majken Kristensen), Centerledelsen ved Psykiatrisk Center Glostrup, og afsnitsledelsen ved afdelingssygeplejerske og overlæge.

Hovedmålet for forandringen har været at undgå kvalitetsforringelser i den psykiatriske behandling og i nogle tilfælde ligefrem at kunne opnå en bedre behandling, idet der for nogle patienters vedkommende kan være tale om en passiviserende virkning af en døgnindlæggelse.

### *Tidsforbrug og ressourceforbrug*

Der har været holdt et antal møder med nævnte aktører, alle inden for arbejdstiden, og ressourceforbruget har været en besparelse på Centrets budget på ca. 1,5 mio. kr.

### *Implementering og forandringspotentiale*

Der har ikke været planlagt en evaluering af målopfyldelse, men det daglige indtryk er, at vi i perioder med spidsbelastning må benytte almen psykiatriske senge til gerontopsykiatriske patienter. Dette er uhensigtsmæssigt.

Det har været en udfordring at omstille plejepersonale mentalt til kortere indlæggelsestider og til, at en del af behandlingen efter omstruktureringen har skullet foregå i det ambulante efterforløb i daghospitalet. Det har endvidere været lidt vanskeligt for patienter, der tidligere har været indlagt på afsnittet at acceptere, at indlæggelserne i dag er kortere end tidligere, og i den forbindelse har det også været en vanskelig udfordring at få den kommunale service til at reagere tilstrækkelig hurtigt på, at en patient stod for udskrivelse, idet man i kommunerne formentlig har vænnet sig til at have en længere responstid på udskrivelse af kommunens borgere. Tidligere var det ikke ualmindeligt, at en patient måtte forblive indlagt, skønt psykiatrisk færdigbehandlet, fordi det varede en uge eller to, før hjemkommunen kunne stille til et statusmøde med henblik på at visitere til plejehjem eller vurdere behovet for hjemmehjælp. Disse tidsfrister kan selvfølgelig ikke længere tilgodeses.

Der har fra socialrådgiverside været lagt et øget pres på kommunerne for at prioritere modtagelse af egne borgere, der var psykiatrisk færdigbehandlet.

### **3. Læring, evaluering og erfaringer, evaluering og erfaringer**

Der er ikke planlagt nogen formel evaluering, men det indgår i den daglige drift at holde

øje med, om de ændrede arbejdsvilkår kan gennemføres.

Såfremt man skulle starte projektet i dag, ville det have været en fordel, hvis vi havde skrevet til de 8 involverede kommuner, at vi forventede, at de med kort varsel var i stand til at servicere deres egne borgere, når de blev udskrevet. Desuden ville en opgradering af det eksisterende Gerontopsykiatriske Team have medført, at der var mulighed for akutte tider, således at man kunne besøge udskrevne patienter få dage efter udskrivelsen for at sikre, at de var kommet godt hjem og tage stilling til evt. behandlingsmæssige ændringer. Nødvendigt ressourceforbrug ved en sådan opgradering ville typisk være en ekstra sygeplejerske i Gerontopsykiatrisk Team.

### *Erfaringer*

Det involverede personale skal orienteres om betydningen af det accelererede patientforløb, kommunerne skal orienteres om vores forventninger til, at de har en nedsat responstid med henblik på at yde kommunal service straks efter, at patienterne bliver udskrevet fra døgnindlæggelse.

Det har vist sig, at efterbehandlingen i dagpatientsregi har virket som en blød landing for mange patienter og dermed efter hensigten.

### *Opfølgning og videre arbejde*

Der er i projektet det potentiale, at såfremt kommunerne vænner sig til at prioritere og nedsætte responstiden i forhold til de udskrevne patienter samt hvis Gerontopsykiatrisk Team får tildelt ressourcer, så de kan besøge de netop udskrevne patienter inden for få dage, vil der muligvis kunne spares yderligere plejepersonale på grund af kortere liggetider og færre indlæggelser/genindlæggelser. Denne forandring vil ikke kunne gennemføres uden ressourcetilførsel til Gerontopsykiatrisk Team.

Mere generelt kan man sige, at der er sket en skarpere opdeling mellem den psykiatriske

behandlingsindsats og den kommunale efterbehandling. Et bærende princip har været, at såvel sengeafdelinger som daghospital og Gerontopsykiatrisk Team kun skulle tage sig af behandlingsmæssige opgaver, som ikke kunne løses i primærsektoren. Man kan sige, at sengeafdelingerne og Gerontopsykiatrisk Team bevidst har satset på at tilbyde en specialentreprise, nemlig vedrørende det rent psykiatriske, og overlade øvrig behandling og social støtte til andre aktører i primærsektoren. Dette princip kan sidestilles med begrebet Lean kendt fra fremstillingsvirksomheder.

Undertegnede vil mene, at f.eks. distriktskykiatrien med stor fordel vil kunne implementere disse principper. Det er desuden min opfattelse, at Lean-princippet, som ovenfor skitseret, vil kunne medføre såvel besparelser og en mere effektiv udnyttelse af den sparsomme psykiatriske speciallægetid. Identifikation af de psykiatriske såvel som gerontopsykiatriske enheder inden for regionen, hvor der er rum for optimering, kunne ske ved fremstilling af nøgletal, f.eks. husleje + lønudgifter pr. år divideret med antallet af henviste patienter pr. år og for sengepsykiatrien udgifter pr. år divideret med antal af indlæggelser pr. år.

## 4. EKSEMPLER PÅ PROJEKTER/TILTAG, DER HANDLER OM ANVENDELSE AF NYE METODER

I det følgende er beskrevet 12 projekter, som alle beskæftiger sig med indførelse af nye metoder i udredning og behandling af patienter. Nye metoder forstået bredest muligt, både som anvendelse af ny teknologi, men også som nye måder at gå til opgaven på. De 12 projekter er:

- 1 Tidlig intervention for psykotiske patienter, Augustenborg.
- 2 Aflastningsfamilier, Augustenborg.
- 3 Korsbåndskirurgi i DagKirurgisk Enhed, Herning.
- 4 Smidige ortopædkirurgiske patientforløbsbeskrivelser, Ringsted Sygehus.
- 5 Behandling af anoreksi, Psykiatrisk center Gentofte.
- 6 Ambulant behandling af børn med epilepsi, Nordsjællands Hospital.
- 7 Telepsykiatri, Psykiatrisk Center, Bornholm.
- 8 Daghospital Neurologisk afdeling, Bispebjerg Hospital.
- 9 Omlægning af kirurgi for galdesten til sammendagskirurgi, Hvidovre Hospital.
- 10 Telemedicinsk behandling af diabetiske fodsår, Århus Sygehus.
- 11 Børn med obstipation, Randers.
- 12 Telemedicin på Ærø, Region Syddanmark.

Det er meget forskellige projekter, og der er en del forskelligartede erfaringer at drage.

- Der peges bl.a. på den evige kamp om ressourcer - det er svært at få lov at fokusere og anvende ressourcer på udvalgte funktioner eller opgaver, og endvidere er det ressourcekrævende i sig selv at ændre vedvarende måder at arbejde på. Tid er i den sammenhæng en vigtig ressource.
- Der peges på behovet for at være fagligt parat til forandring, og vigtigheden af, at der er en faglig tovholder i en proces - og i det hele taget, at der tages et ansvar for at ændre ting. Der peges på nødvendig ledelsesforankring, og at der er en ledelse, der tør gå foran og være "kulturbyder". Det stiller derfor krav, når forandringer strækker sig over flere enheder, idet der så kan opstå tvivl om, hvem der bestemmer og beslutter i processen.
- Der peges på, at en systematisering af processen og resultaterne kan være gavnlig - konkret i form af flowcharts standardplaner, tjeklister m.v. og en kontinuerlig og systematisk dokumentation af konkrete resultater. Der peges endvidere på, at det at rose, når det går godt, kan medvirke til yderligere succes.

De beskrevne projekter viser endvidere, at der kan arbejdes på mange forskellige måder med at implementere nye arbejdsmetoder eller behandlingsmetoder m.v.

## Projekt 4.1 Tidlig intervention for psykotiske patienter, Augustenborg

### 1. Udgangspunkt for projektet

Flere internationale undersøgelser har efterhånden vist, at der kan være en stor gevinst for nydebuterede psykotiske at få et vedholdende behandlingstilbud, således at den sædvanlige tilbøjelighed til at afslutte patienten, når den psykotiske episode var overstået, undgås. Hermed kan den næste psykotiske episode tages tidligt i opløbet og minimeres eller evt. undgås.

I forbindelse med Det Nationale Skizofreniprojekt, herunder OPUS-projekterne i København og Århus, har der været sat fokus på, hvordan det går nydebuterede psykotiske, og bevidstheden om, at det bedrer patienternes sociale funktionsniveau og lidelse betydeligt at være fastholdt i behandling, er nu almindelig accepteret. Se bl.a. Sundhedsstyrelsens Referenceprogram for Skizofreni 2004.

Den ledende overlæge, som fra et andet amt var med i Det Nationale Skizofreniprojekt, tog initiativ til at få programmet beskrevet, og derpå fulgte en politisk vedtagelse, således at behandlingstilbuddet kunne startes gradvis op med henviste nydebuterede psykotiske fra starten af 2005.

Der har traditionelt været en opfattelse af, at når en patient havde overstået en psykotisk episode, skal der ikke forventes, at en ny psykotisk episode sig. Dette har flere undersøgelser vist, at man sjældent kan stole på. Med et tilbud, hvor man følger patienten i 5 år, fanger man derfor de recidiver, som der ofte opstår i de første år efter første psykotiske episode. Efter de første 5 år ses recidiver meget sjældnere.

## 2. Projektbeskrivelse

### Formålet med projektet

Hovedformålet ved behandlingstilbuddet er at opnå en forøgelse af helbredsprocenten, samt at nedbringe funktionstab for de psykotiske, som ikke bliver helbredt inden for de første 5 år efter sygdomsdebut.

Formålet er at opbygge en vedvarende relation til patienten, da denne netop ofte har vanskeligt ved at bevare relationer. Hermed udbygges evnen forventeligt til at bevare og udbygge også andre relationer og dermed det sociale netværk.

Desuden er formålet med en integreret indsats at klæde patienterne på til at magte deres sygdom og deres liv i anden henseende ved hjælp af psykoeducativ indsats, social træning, hjælp til fastholdelse i uddannelse og arbejde, vedholdende behandling - også medikamentelt. For at kunne gøre dette, må teamet bestå af en tværfaglig personalegruppe, så både det lægelige, det psykologiske og det sociale bliver varetaget, ligesom de pårørende bliver klædt på og inddraget.

Målene er:

- 1 Fastholdelse i behandling.
- 2 Bedring i psykopatologi.
- 3 Opretholdelse eller bedring i socialt funktionsniveau.
- 4 Forebyggelse og reduktion af evt. misbrug.
- 5 Patient- og pårørende tilfredshed.
- 6 God behandlingskvalitet.
- 7 Godt samarbejde med øvrige sundheds- og socialydere til patienten.
- 8 Forebyggelse af indlæggelse.
- 9 Forebyggelse af kriminalitet.

Afgørende for behandlingstilbuddets udformning var, at denne gruppe ikke havde et specifikt tilbud og let blev underbehandlet, idet de er tilbøjelige til at droppe ud af behandlingen.

Ideen blev udviklet i et fagligt udredningsforum for fremtidens psykiatri i Sønderjyllands Amt i 2002–2003, da der skulle tages stilling til den optimale anvendelse af de eksisterende ressourcer. En tværfaglig gruppe forsøgte at gøre op:

**Hvad ved vi?**

**Hvad kan vi?**

**Hvad gør vi?**

Herefter blev der etableret nye planer, som blev forelagt til politisk godkendelse.

Behandlingstilbuddet var også grænseoverskridende, idet målgruppen for en lille dels vedkommende er ungdomspsykiatrisk klientel. Denne komplikation kræver en vedvarende opmærksomhed.

#### *Aktører/deltagere i projektet*

Selve ideen udvikles som omtalt i en tværfaglig udredningsgruppe, der udarbejdede en overordnet plan for behandlingstilbuddet til nydebuterede psykotiske i alderen 16-35 år.

Der blev ansat en overlæge og en sygeplejerske, som påbegyndte litteraturstudier og oprettelse af udredningsprogram. Sideløbende tog de nydebuterede psykotiske ind til udredning og erfaringsopsamling. Der blev holdt løbende styregruppemøder, hvor repræsentanter for de to almenpsykiatriske afdelinger samt ungdomspsykiatrisk afdeling var repræsenteret sammen med teamets medlemmer.

I løbet af det første år blev der også ansat en psykolog, med henblik på såvel neuropsykologisk udredning samt kontaktpersonsfunktion og psykologisk behandling, samt endnu en sygeplejerske. I det andet år blev endnu en overlæge ansat på deltid, en socialrådgiver og endnu en psykolog.

Teamet udviklede et konkrete program i dialog med afdelingsledelsen for Almenpsykiatrisk afdeling. Programmet var som følger:

- 1 Udredningsprogram.
- 2 Relationsbehandling, hvor behandleren er vedholdende og opsøgende i kontakten med patienten.
- 3 Psykoedukation i sygdommen og behandlingen, samt i kost og motion.
- 4 Netværksopbyggende indsats rettet mod de pårørende.
- 5 Træning i sociale færdigheder.
- 6 Psykoterapeutisk indsats.
- 7 Medicinsk behandling.
- 8 Hjælp til tilknytning til uddannelses- og arbejdsmarked eller andet socialt fællesskab i samarbejde med kommunen.

#### *Tidsforbrug og ressourceforbrug*

Der henvises til ovenstående beskrivelse af den trinvis udvikling. Planen er, at teamet skal bestå af 11-12 medarbejdere efter 3-4 år og varetage ca. 250 patienter.

Der er søgt om puljemidler, men indtil nu er ressourcerne fundet ved omstrukturering. Der er p.t. 6 ansatte i teamet, og vi har ca. 80 patientkontakter, men der er udredt ca. lige så mange, som ikke viste sig at være en del af teamets målgruppe.

#### *Implementering og forandringspotentiale*

Indtil videre er det lykkedes at fastholde patienterne i målgruppen. Programmet er udviklet, og målgruppen er hjulpet på en betydelig mere kvalificeret måde end tidligere. Dette er endnu ikke blevet målt, men samarbejdspartnere kvitterer med ros.

Det har været svært i en gammel organisation at fokusere særligt på en gruppe. Generelt ved man mere i psykiatrien, end man kan nå at udmønte med de ressourcer, der er til rådighed. Derfor er der altid skepsis fra andre områder, når et område bliver prioriteret. Særlig inden for denne målgruppe, hvor de som er mest synlige og fylder mest i behandlingsarbejdet, er de patienter der har nået den kroniske tilstand. Vanskelighederne forsøges løst ved oplysning, uddannelse og dialog.

### 3. Læring, evaluering og erfaringer, evaluering og erfaring

#### *Evaluering*

Evaluering skal ske ved at vurdere patienternes tilstand ved ratinger efter 2 og 5 år:

- Der skal ses på tilknytning til uddannelse og arbejdsmarked.
- Der skal måles vedrørende patienternes og de pårørendes tilfredshed.
- Desuden ved løbende dialog med patienter, pårørende og samarbejdspartnere.

Det ville være en bedre start, hvis vi havde haft puljemidler til en samlet ansættelse af flere fra starten, en samlet uddannelsesmæssig indsats og oplysningskampagne.

#### *Erfaringer*

Der sker en intern uddannelse ved etableringen af et fokuseret projekt, som har en afsmittende virkning på resten af afdelingen.

#### *Opfølgning og videre arbejde*

Det må være muligt for psykiatrien at få dækket alle områder med en tidlig indsats for psykotiske og dermed mindske invaliditeten for psykotiske.

Det må være muligt inden for andre kroniske sygdomme at intervenere tidligt og dermed mindske invalideringsgraden for disse lidelser.

### Projekt 4.2 Aflastningsfamilier, Augustenborg

#### 1. Udgangspunkt for projektet

Projektet blev iværksat i de vestlige kommuner i det daværende Sønderjyllands Amt. Initiativtager og ansvarlig for projektet var Almenpsykiatrisk afdeling i Augustenborg.

Distriktspsykiatrisk Center i Tønder, der er en del af Almenpsykiatrisk afdeling, forestår den ambulante behandling i optageområdet. Indlæggelser foregår i Augustenborg.

Baggrunden for projektet, og de problemstillinger, man ønskede at arbejde med, var fortrinsvis følgende:

- Der har ofte været behov for akutte interventioner i forhold til psykisk syge inden for distriktet, hvilket blev vanskeliggjort af, at der er langt til psykiatrisk afdeling i Augustenborg. Derfor blev det fundet hensigtsmæssigt at tilbyde de personer, der ville kunne klare sig med et aflastningsophold frem for en indlæggelse, et tilbud tættere på deres bopæl.
- En del udskrevne patienter fik det dårligt i weekender, hvor de socialpsykiatriske tilbud i kommunerne er mangelfulde/lukkede. Det betød, at patienter af mangel på alternative muligheder ofte endte med at blive indlagt på psykiatrisk afdeling. Genindlæggelser har ofte den bivirkning, at patienten bliver fastholdt i sygerollen. Man ønskede at fremme normalisering og reintegration ved at tilbyde aflastningsophold i private hjem.

#### 2. Projektbeskrivelse

##### *Formålet med projektet*

Inspireret af et amerikansk Crisis-home program, var formålet med projektet at afprøve tilbuddet i forhold til personer med alvorlige psykiske sygdomme, hvor de under trygge forhold kunne få deres behov for skærmning og omsorg dækket. Tilbuddet skulle være så tæt på deres bopæl som muligt, og i et normalt og ikke institutionspræget miljø, hvor fokus skulle være på de raskes sider og på at være gæst frem for patient.

Formålet var ligeledes at undersøge, hvordan anvendelsen af private aflastningshjem kunne spille sammen med de professionelle behandlings- og støttetilbud. Det vil sige Almenpsykiatrisk afdeling i Augustenborg, Distriktpsikiatrisk Center i Tønder - hvor et parallelt projekt med opsøgende psykoseteam blev iværksat samtidig - og socialpsykiatrien i kommunerne.

Målgruppen var voksne med svære psykiske lidelser (fortrinsvis psykoselidelser), der enten forud for opholdet har været udsat for øget belastning, eller der gennem tilbagevendende planlagte aflastningsophold kan forebygge tilbagefald. Der var således tale om både at forebygge og/eller afkorte indlæggelse på psykiatrisk afdeling.

Indledningsvis blev der udarbejdet en overordnet projektbeskrivelse og ansøgt om økonomiske midler til gennemførelse af projektet.

#### *Aktører/deltagere i projektet*

Der var nedsat en styregruppe i forbindelse med det sideløbende projekt Opsøgende psykoseteam. Gruppen bestod af ledelses- og medarbejderrepræsentanter fra Almenpsykiatrien, repræsentanter fra socialpsykiatrien i alle de involverede kommuner og repræsentant for patientforeningen Sind. Denne styregruppe var også involveret i Aflastningsfamilieprojektet, da det var væsentligt, at alle berørte parter fik kendskab til og indflydelse på det helt nye tilbud.

Hovedmålet for forandringen har været patienterne og værtsfamilierne.

#### *Tidsforbrug og ressourceforbrug*

Der blev ansat en ekstern konsulent (deltid) til at forestå projektet som faglig tovholder og back-up person for aflastningsfamilierne. Konsulenten refererede til afdelingsledelsen ved Almenpsykiatrisk afdeling i Augustenborg.

Konsulenten var tilknyttet i hele projektforløbet.

En sekretær i distriktpsikiatrien var under hele projektet praktisk koordinator og arbejdede med projektet efter behov 5-10 timer om ugen.

Der blev ansat 3 aflastningsfamilier i projektet. Familierne blev udvalgt efter annoncering i lokale medier. Der blev tilrettelagt et introduktionsforløb, der indeholdt information om psykiatrien og relevante aspekter af, hvad det indebærer at være psykisk syg/psykotisk. Familierne blev ydet honorar for hvert døgn, de havde en gæst boende.

Projektet blev for størstepartens del finansieret af puljemidler fra Socialministeriet.

#### *Implementering og forandringspotentiale*

Fra starten var der mest fokus på at henvise til akutte engangsophold, men i løbet af projektperioden blev der i stigende grad behov for tilbagevendende, planlagte ophold hos den samme familie.

Projektet var berammet til at vare i 3 år, men de økonomiske ressourcer muliggjorde en forlængelse til 4 år. Det har været gavnligt med så lang en periode til udvikling, da metoden i så høj grad adskiller sig fra de kendte behandlingstilbud, involverer flere sektorer og - som noget nyt - desuden ikke-professionelle.

Det tog lang tid at "løbe projektet i gang" - især pga. manglende parathed i det professionelle system, der skulle henvise til tilbuddet. Der blev derfor i opstartfasen afholdt informationsmøder i såvel senge- som distrikts- og kommunal socialpsykiatri, hvor aflastningsfamilierne deltog. Formålet var, at parterne lærte hinanden og tilbuddet at kende.

Derimod var det let at vække interessen hos patienterne/ brugerne.

### 3. Læring, evaluering og erfaringer, evaluering og erfaringer

Der er foretaget løbende evaluering af projektet:

- Alle patienter har ved afslutning af et ophold udfyldt et tilfredshedsskema, og familierne har evalueret hvert ophold.
- Der har været afholdt fokusgruppeinterview med henholdsvis patienter, familier og henvisere to gange i løbet af projektet.
- Der er udarbejdet årlige statusrapporter til Socialministeriet.

Evalueringen har vist en meget stor tilfredshed både hos patienter, værtsfamilier og henvisere.

Tilbuddet blev i meget begrænset omfang brugt som afkortning/ afslutning på en indlæggelse. De fleste henvisninger kom fra distriktspsykiatrien og i nogen grad den kommunale socialpsykiatri.

Vi blev først sent i projektet opmærksomme på, at værtsfamilierne har brug for løbende supervision. Der blev iværksat supervision ved en af afdelingens psykologer. Det var en stor succes, selvom denne arbejdsmetode var ganske ukendt for familierne.

#### *Erfaringer*

Eftersom projektet var det første af sin art i Danmark, har metoden været sparsomt beskrevet, og alene gennem udenlandske erfaringer. Det er derfor væsentligt, at vi har dokumenteret såvel metode som erfaringer i projektet.

Projektet har bidraget med at dokumentere, at svært psykisk syge patienter kan have gavn af, at det professionelle system indgår samarbejde med ikke-professionelle.

Ligeledes er vi i højere grad blevet opmærksomme på den positive indvirkning, det

har på patienternes sygdom at være gæst i et privat hjem.

Det er vigtigt, at der er en faglig tovholder igennem hele processen for at holde fokus på alle de elementer, der er i projektet.

Det er af stor betydning, at familierne får netop den faglige indsigt, de har brug for, uden at de bliver en del af det faglige, professionelle system. En balancegang, der ikke kan gives en fast manual for. Løbende supervision fra begyndelsen kan være med til at sikre denne balance.

Det er af stor betydning at familierne til stadighed har mulighed for kontakt med henviserne, hvis der opstår problemer i et forløb - en mulighed, der har været meget lidt brug for. Men det har givet den fornødne tryghed at vide, at man hele døgnet havde en mulighed for kontakt til psykiatrien.

Vi er blevet opmærksomme på, at der fra starten skal være fokus på at inddrage/engagere alle involverede parter. Det er ikke tilstrækkeligt med repræsentanter. Man må være opmærksom på, at det både kræver en indsats og tager tid at geare medarbejdere til at indtænke og medtænke et nyt tilbud i den vifte af tilbud, der i øvrigt er.

#### *Opfølgning og videre arbejde*

Der er gode potentialer for at arbejde videre med at implementere tilbuddet som en permanent ordning, idet det har vist sig at være et godt supplement til de psykiatriske behandlingstilbud. Det er enkelt at administrere og det er ikke særlig omkostningstungt. Der foreligger gennemarbejdet materiale til iværksættelse af lignende tilbud.

Der har fra amtets side været arbejdet for at gøre tilbuddet permanent, men specielt set i lyset af strukturreformen, har der hidtil ikke

været grundlag for det, og kommunerne har været afventende.

I forbindelse med indgåelse af sundhedsaftaler mellem region og de nye kommuner, er der en positiv interesse for at etablere lignende tilbud i kommunalt regi. Strukturreformen har tydeliggjort, at tiltag som dette fremover er en kommunal opgave, hvor det tidligere befandt sig i en gråzone mellem amtets og kommunernes opgaver.

Andet

Den gennemsnitlige varighed af et ophold var 4 dage. Næsten halvdelen af opholdene blev foretaget af patienter tilknyttet det opsøgende psykoseteam.

## Projekt 4.3 Korsbåndskirurgi i DagKirurgisk Enhed, Herning

### 1. Udgangspunkt for projektet

Projektet blev oprindeligt startet op af overlæge Johannes Yde og overlæge Steen Taudal Jørgensen (Idrætssklinikken) i samarbejde med specialeansvarlig sygeplejerske Susanne R. Jakobsen fra DagKirurgisk Enhed (DKE). Initiativtager til opstart med præinstruktion var sygeplejerske Susanne R. Jakobsen (DKE) i samarbejde med fysioterapeut Merete N. Madsen, fysioterapeut Hanne V. Nielsen og sygeplejerske Inger Birkbak (Idrætssklinikken) med back-up af specialeansvarlig overlæge Jacob S. Mortensen fra Idrætssklinikken.

Det oprindelige projekt blev primært startet op for at reducere ventelisterne ved at accelerere forløbene for korsbåndspatienter.

Baggrunden for opstart med præinstruktion var, at gruppen med korsbåndspatienter

var/er tiltagende og ret tidskrævende, bl.a. fordi antallet af patienter er 3-doblet siden 2003). Samtidig var der et ønske om at forbedre kvaliteten af den information, patienterne fik forud for operationen i relation til anbefalingerne i "Patientens møde med sundhedsvæsenet" - anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet.

Der var også et ønske om at bidrage/samarbejde med Region Midtjylland om udvikling inden for korsbåndskirurgi. Århus og Silkeborg sygehuse havde etableret præinstruktionshold og havde gode erfaringer med dette. I Sportsmedicin Region Midt ønsker man så vidt muligt at ensarte behandlingen af korsbåndspatienter med henblik på kvalitetsudvikling og erfaringsudveksling.

Præinstruktion kan lægges i umiddelbar nærhed af operationen. Dermed kan patienten have informationen i frisk erindring og samtidig have haft mulighed for at gøre sig overvejelser med hensyn til operationen og forberede spørgsmål, når informationen ikke blev givet samtidig med, at patienten blev indstillet til operation. Der er endvidere bedre mulighed for at bruge visuelle effekter (knæmodel, billeder, video m.m.), når der samlet var mere tid til rådighed. Patienterne får også mulighed for at møde dem, som de skal genoptræne sammen med, hvilket kan give en social tryghed. Sidst, men ikke mindst, giver det personalet mulighed for at styrke det tværfaglige samarbejde, faglig og personlig kompetenceudvikling og effektiv udnyttelse af ressourcerne.

### 2. Projektbeskrivelse (konkret indhold og metode)

Formålet med projektet

Formålet med den ambulante korsbåndskirurgi var at reducere ventelisterne samt følge med i udviklingen.

Formålet med præinstruktionen var

- at give patienterne viden og forståelse samt tryghed ved det forestående operative indgreb og efterfølgende behandling,
- at give patienten realistiske forventninger til sundhedsvæsenets ydelser,
- at sikre loven om patientens rettigheder bliver fulgt (Lov om patienters retsstilling),
- at sikre ensartethed og god kvalitet i den måde, vi informerer og kommunikerer på,
- at medvirke til et godt patientforløb til gavn for patienten, således at patienten oplever bedre kvalitet fagligt såvel som organisatorisk (Den Danske Kvalitetsmodel), og
- at motivere patienten til at deltage aktivt i behandlingsforløbet og tage medansvar.

Planlægningen af den ambulante korbåndskirurgi foregik i et tæt samarbejde mellem de to idrætsskirurger og den specialeansvarlige sygeplejerske i DagKirurgisk Enhed.

Den specialeansvarlige sygeplejerske udarbejdede en projektbeskrivelse, planlagde undervisning af personalet i den dagkirurgiske afdeling i korbåndsrekonstruktioner. Der blev udarbejdet en beskrivelse af sygeplejen til korbåndspatienter og informationsmateriale til patienterne med oplysninger om det postoperative forløb. Desuden blev der lavet et interviewskema til postoperativt interview af patienterne.

Til udarbejdelse af projektet med præinstruktion blev der nedsat en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter fra de afdelinger, som korbåndspatienterne kom i forbindelse med. Arbejdsgruppen startede med et studiebesøg på Idrætssklinikken på Århus Sygehus. Efterfølgende blev der søgt relevant litteratur og afholdt møder i gruppen. Gruppen udarbejdede en projektbeskrivelse, som blev sendt til

godkendelse hos Ortopædkirurgisk klinikledelse, Anæstesiologisk ledelse og ledelsen hos Fysio-/Ergoterapien samt hos overlægerne i Idrætssklinikken. Projektbeskrivelsen indeholdt oplysninger om baggrund, begrundelse, formål, metode, ressourcer og tidsplan.

#### *Aktører/deltagere i projektet*

Til projektet med den ambulante kirurgi, har de to daværende idrætsskirurger samt den specialeansvarlige sygeplejerske fra DagKirurgisk Enhed deltaget.

Den specialeansvarlige sygeplejerske har planlagt projektet, men i tæt samarbejde med de to idrætsskirurger samt med afsnitsledelsen i DagKirurgisk Enhed.

De samme har været aktører i implementeringsfasen.

I projektet med præinstruktion deltog:

- En specialeansvarlig sygeplejerske fra den dagkirurgiske afdeling.
- En sygeplejerske fra Idrætssklinikken.
- To fysioterapeuter fra Idrætssklinikken.
- Support fra den specialeansvarlige overlæge fra Idrætssklinikken.

Alle aktører har deltaget både i projektfase og i implementering og er stadig aktører i præinstruktionen.

#### *Tidsforbrug og ressourceforbrug*

Til projektet med den ambulante kirurgi, har der været afsat 1,5 times undervisning af al personalet i DagKirurgisk Enhed. Desuden var der i opstartsfasen en operation mindre på dagsprogrammet. Ressourceforbruget for den specialeansvarlige sygeplejerske til projektbeskrivelse og planlægning indgik som en del af de normale arbejdsopgaver. Telefoninterviewene blev implementeret som en del af opvågnings- og sygeplejerskens opgave, og der har ikke været afsat ekstra tid til dette.

Til præinstruktionen er der er blevet brugt en hel dag til studiebesøg i Århus. Her fulgte gruppen (4 personer) et præinstruktionshold og fik efterfølgende snakket med personalet, som stod for præinstruktionen. Desuden er der afholdt 4 møder à 1,5 times varighed. Derudover har hvert gruppemedlem arbejdet med litteratursøgning, læsning samt skrivning af projektbeskrivelse.

Ressourcerne var tænkt ind fra start.

Hver afdelingsledelse har godkendt ressourceforbruget, men der er ikke tilført ekstra ressourcer. Så vidt muligt har møderne været lagt på tidspunkter, hvor personalet bedst kunne undværes i afdelingerne

#### *Implementering og forandringspotentiale*

Vedrørende projektet om den ambulante kirurgi er de fastsatte mål nået. Stort set alle korsbåndspatienter helt ned til 13 års alderen bliver opereret i ambulante regi nu.

Der har ikke været egentlige barrierer - tværtimod er der sket en udvikling. Specielt med hensyn til smertebehandling, hvor nye metoder er blevet indført (femoralsblok). Der har været brug for en tilvænningsperiode for personalet i den dagkirurgiske afdeling, da det er anderledes krævende patienter end dem, de normalt var vant til at håndtere.

Sygeplejerskerne i ambulatoriet har haft brug for mere tid til information af korsbåndspatienterne, da de skulle "klædes" på til at klare sig selv umiddelbart efter operationen.

Målene er også nået vedrørende præinstruktionsholdet. Patienterne giver udtryk for at have fået en god og fyldestgørende information og føler sig godt forberedte til operationen og efterfølgende genoptræning. De føler sig trygge på operationsdagen, da det er kendte ansigter de møder (de samme, som har haft præinstruktionen). Personalet oplever,

at patienterne er meget motiverede og deltager aktivt i det, som skal ske.

Projektet har øget det tværfaglige samarbejde - personalet er tættere på hinanden og føler et større fælles ansvar for patienterne. Fagligt har det været meget givende, personalet har fået bedre kendskab til hinandens arbejdsområder og bedre indblik i patientforløbet.

Ressourcemæssigt er der ikke sparet ret meget, hvilket skyldes ekstra forbrug af ressourcer, når der er en eller flere patienter, som er udeblevet fra instruktionen. Disse patienter har så været inde til en individuel instruktion, da det er nødvendigt med instruktion inden operationen.

Ressourcemæssigt er der p.t. ikke sparet ret meget ved modtagelse af patienten på operationsdagen.

Da alle aktører i planlægningen af projektet også har deltaget i selve projektet, har det ikke været vanskeligt at gennemføre. Det største problem har været at få fordelt antallet af patienter på præinstruktionsholdene. Dette skyldes, at der i perioder er mange korsbåndspatienter og i andre perioder ikke ret mange. Af hensyn til personaleplanlægning er der fastlagt et hold hver 14. dag, men dette har i perioder været for lidt. Det har givet enten for store hold eller også problemer med at have personale til en ekstra instruktion.

Hvis holdene er for store, dvs. mere end 6 patienter samt deres pårørende, er det meget svært at få god kontakt til den enkelte patient. Det opleves også, at flere af patienterne er mere tilbageholdende med at stille spørgsmål, hvis der er mange til stede. Så det tilstræbes at der max. er 6 patienter og minimum 4 på et hold foruden pårørende.

### 3. Læring, evaluering og erfaringer, evaluering og erfaringer

#### *Evaluering*

Projektet vedrørende ambulante korsbåndskirurgi blev evalueret efter 1/2 år. Efterfølgende er det blevet evalueret ca. 1 gang pr. år, når telefoninterviewene for det pågældende år er gjort op. Der er sket ændringer med hensyn til smertebehandlingen, da opgørelserne viste, at den ikke var tilstrækkelig. Men ellers har det kun været nødvendigt med små justeringer.

Projektet vedrørende præinstruktion blev evalueret efter 1 måned, primært med henblik på små justeringer. Ellers sker der en løbende evaluering, hvor der fra gang til gang snakkes sammen om evt. ændringer/justeringer.

Set i bakspejlet skulle alle sygeplejersker i DagKirurgisk Enhed fra starten af have været bedre informeret om, hvad patienterne får at vide til præinstruktionen. Sygeplejerskerne har fået gennemgået, hvad præinstruktionen består af. Men "rutinemæssigt" informeres korsbåndspatienten ligesom alle de andre patienter, selvom det ikke skulle være nødvendigt, da den information er givet ved præinstruktionen.

#### *Erfaringer*

Det er meget motiverende/udviklende for personalet at arbejde med projekter. Der opleves et stort engagement. I tværfaglige projekter øger det generelt samarbejdet. Men det er også ressourcekrævende, så det er vigtigt, at der er aftalt hvor mange ressourcer der må bruges og evt. hvordan de skal fordeles - før et projekt går i gang. Ligeledes er det vigtigt, at der er fuld opbakning fra ledelsen, og at denne løbende orienteres, så der ikke opstår misforståelser og dermed spildt arbejde undervejs.

#### *Opfølgning og videre arbejde*

Begge modeller kan udmærket bruges i anden sammenhæng. Både inden for det

ortopædkirurgiske speciale, men også inden for andre specialer.

Specielt præinstruktionen har vist sig at være rigtig god til patienter, som står foran en mere omfattende operation. Det skyldes, at der er mulighed for at komme længere omkring, når der er mere tid til rådighed. Før var der max. 15 minutter pr. patient, nu er der 45 minutters information. Derudover bliver der stillet mange spørgsmål, som de andre patienter også kan have glæde af.

Der er rig mulighed for at udbygge projektet, bl.a. ved at øge brugen af visuelle effekter/video/powerpoint m.m. Ligeledes kan der videreudvikles på den skriftlige information.

### Projekt 4.4 Smidige ortopædkirurgiske patientforløbsbeskrivelser, Ringsted Sygehus

#### 1. Udgangspunkt for projektet

På den nystartede elektive ortopædkirurgiske klinik på Ringsted Sygehus, ville man forsøge at effektivisere de ambulante patientforløb, som tidligere havde været foretaget under indlæggelse og uden fast styring. Det var ledelsens overbevisning, at patienterne gennem fast styring ville opleve bedre og hurtigere operationsforløb, hvor service og effektivitet var i højsædet. Projektet startede i 1999 og følges stadig tæt af afdelingsledelsen.

Projektet havde bl.a. følgende udfordringer: Patientforløbet tilrettelægges, så patienten kun har få kontakter inden behandling og bliver fulgt af den samme læge gennem hele forløbet. Og for det andet: Patienterne skal kunne regne med de aftaler, der blev indgået - med andre ord: Ingen aftaler aflyses af andre grunde end lægefaglige.

## 2. Projektbeskrivelse

Målet var at skabe et patientforløb uden daglige diskussioner om alt fra tidspunkter for forundersøgelser til behandlingsmetoder. Der skulle skabes et forløb uden forstyrrelser og med en høj faglig standard.

Det var afgørende for etableringen af den nye afdeling at skabe et patientforløb, hvor behandling, pleje, service og økonomi var tæt forbundet.

Projektets mål og udformning blev udviklet af den nye afdelingsledelse, som også havde indgået en aktivitetsaftale med sygehusledelsen om, hvordan afdelingen skulle fungere.

### *Aktører*

Både i projekt- og implementeringsfasen, havde afdelingsledelsen i høj grad lederskabet og styringen. Det var velovervejede, da det var afdelingsledelsen, der havde indgået aktivitetsaftale med sygehusledelsen, og da det var her lysten og troen var på, at det kunne lade sig gøre at skabe en effektiv elektiv afdeling med kvalitet og service var fokus.

Først i implementeringsfasen kom de samarbejdende afdelinger aktivt med i projektet. De skriftlige patientforløb, der var udarbejdet af afdelingsledelsen, blev sendt til gennemsyn i de respektive afdelingers ledelser og blev rettet til med meget få og små ændringer.

Det er vigtigt, at alle bliver hørt - men endnu vigtigere, at nogen tør tage ansvar for ændringer og holde fast, så gode ideer ikke dør i snak. Derfor kan det godt være et dilemma, hvor meget og hvor mange der skal involveres i den første proces!

### *Ressourcer*

Der var ikke afsat særlige ressourcer til projektet. Udarbejdelse af de skriftlige patientforløb blev foretaget af afdelingsledelsen efter den daglige

arbejdstid. Det var et stort arbejde fra starten, men da det første patientforløb var nedskrevet, var de efterfølgende ikke så tidskrævende.

### *Implementering og forandringspotentialer*

De nedskrevne og opdaterede patientforløb har medvirket til en øget effektivisering på det ambulante område. Vi har vist, at vi nu kan operere flere patienter pr. leje, og at patienterne er meget tilfredse. Desuden har afdelingen ikke haft rekrutteringsproblemer, hvilket heller ikke er uvæsentligt.

I dag kører de fastlagte patientforløb uden problemer. Succesen skal bl.a. ses i lyset af engagementet på en helt ny klinik, der vil vise sit værd. Desuden har det været meget vigtigt med ledelser, der tør satse på nytænkning og tør holde fast i tankegangen om øget effektivisering.

I projektet har man stort set valgt at sætte høje mål - og med tiden har det vist sig, at tingene kunne lade sig gøre. Der har dog forinden været forskellige holdninger i de involverede afdelinger: For eksempel til hvor mange operationer, der kan/skal laves på et operationsleje om dagen - om der skal sættes på 6 operationer pr. dag eller om man skal tage den sikre vej og nøjes med 5 - om hvor mange patienter en overlæge kan/skal se om dagen i ambulatoriet, og hvor meget han /hun skal lave resten af arbejdsdagen.

Barriererne i projekt har bl.a. bestået i kompetencespørgsmål: Hvilken ledelse må og kan bestemme hvad? Når et patientforløb involverer flere afdelinger med mange ledelser, hvem har så retten til hvad? Derfor er det vigtigt, at alle har et ejerskab for patientforløbet, så alle føler sig inddraget i projektet.

### 3. Læring, evaluering og erfaringer, evaluering og erfaringer

Der er foretaget evaluering af patient- og medarbejdertilfredsheden - begge viste meget stor tilfredshed med patientforløbene.

En ledelse, der er interesseret i nytænkning og tør være kulturbrydere er altafgørende for succesraten i en omstillingsproces som denne. Ledelsen skal stå sammen ved f.eks. at danne de lederpar, som får større gennemslagskraft, når de fremstår som en helhed.

Det kræver mod og vilje at være rollemodeller, og det kræver, at ledelsen kan og vil være synlig i det daglige. Ledelsen er dem, der i det daglige skal rette til og vise vejen - det kan ikke gøres fra et fjernt kontor i en anden bygning. Ledelse er med andre ord meget personafhængig.

Det er tydeligt, at kulturerne er meget forskellige i de enkelte afdelinger, og at man ikke bare ændrer dem over en nat. Det kræver lederskab, der kan sende signaler ud i organisationen om, at nytænkning ikke altid er dårligt, og at forandringer ikke sigter på at forringe afdelingens situation. Forandringer kan være sund fornuft og kan gøre arbejdet mere interessant - det har vi oplevet. Desuden skal det ikke forklejnes, at det virker selvforstærkende, når personalet oplever at få ros.

### Projekt 4.5 Behandling af anoreksi, Psykiatrisk Center, Gentofte

#### 1. Udgangspunkt for projektet

Projektet igangsattes på initiativ af Psykiatريفorvaltningen i Københavns Amt med - baggrund i meget mangelfuld behandlingsskapacitet på spiseforstyrrelsesområdet i det daværende Københavns Amt.

Man ønskede med projektet at etablere et dagbehandlingstilbud for anoreksipatienter med sygdomsgrad 3-4, idet de eksisterende tilbud omfattede behandling af anoreksi med grad 5 (Rigshospitalets sengeafsnit) eller grad 1-2 (Psykiatrisk Center Stolpegård).

#### 2. Projektbeskrivelse (konkret indhold og metode)

Formålet med projektet har været at etablere et dagbehandlingstilbud af høj kvalitet til først og fremmest patienter med anoreksi. Det har været et delmål

- at sikre ensartet og hurtig visitation,
- at sikre patienternes behandlingsmotivation gennem et langt motivationsforløb før start af regelret behandling, og
- at sikre opfølgning gennem et efterambulant tilbud til patienter, der har været igennem et behandlingsforløb.

#### Aktører/deltagere i projektet

Klinik for Spiseforstyrrelser er overordnet planlagt i et samarbejde mellem en repræsentant fra Psykiatريفorvaltningen, repræsentanter fra centerledelsen på Psykiatrisk Center Gentofte og Psykoterapeutisk Center Stolpegård og Børne- og Ungpsykiatrien samt medarbejdere fra Psykiatrisk Center Gentofte med særlig specialkendskab til denne patientgruppe.

Ud over planlægningsgruppen, har de ansatte i Klinik for Spiseforstyrrelser været med til at udforme behandlingstilbuddet samt indrette og organisere klinikkens tilbud. Aktørerne har således været en tværfaglig gruppe bestående af læger, psykologer, diætist, sygeplejerske, fysioterapeut, socialrådgiver og sekretær.

Aktørerne er blevet inddraget gennem afholdelse af planlægningsmøder, fælles temadag, introduktionskurser til den særlige

terapiform samt efterfølgende fælles supervisionsforløb.

### *Tidsforbrug og ressourceforbrug*

Den overordnede planlægningsproces forløb over få måneder, og Københavns Amts Psykiatريفorvaltning havde ansøgt og fået satspuljemidler til klinikken.

Det årlige driftsbudget er på ca. 3,6 mio. kr.

### *Implementering og forandringspotentiale*

Begyndelsesfasen krævede omstilling og tilpasning af samtlige teammedlemmer fra dag til dag. De overordnede strukturer, den grundlæggende behandlingsfilosofi og de fysiske rammer var langt fra på plads, og der var ikke mulighed for andre steder i landet at finde tilsvarende afsnit, så der var ingen mulighed for at lære af andres erfaringer på området. Inspireret af et kursus, som alle teamets medlemmer deltog på, hvor der var fokus på stimulation af patienternes motivation for at kunne gennemføre behandling, indrettedes hele afsnittets behandlingsfilosofi efter dette. Dette kunne lade sig gøre, fordi teamet var så nyt og ikke var fastlagt i gamle mønstre, og hele fastlæggelsen af struktur, regler og rammer for behandling kunne hurtigt etableres.

Der har været udstrakt samarbejde og hjælpsomhed fra alle medarbejderne i forhold til de mange faktiske og planlægningsmæssige opgaver, og det er lykkedes at undgå konflikter på trods af den naturlige usikkerhed, som hver enkelt medarbejder naturligvis har stået i forskellige steder undervejs i processen.

Teamet er fortsat en "skrøbelig" gruppe, og begyndende udskiftninger i personalet giver betydelig usikkerhed hos de øvrige medarbejdere: Der er ingen erfaring med integration af helt nye medarbejdere at falde tilbage på.

## 3. Læring, evaluering og erfaringer

### *Evaluering*

Behandlingen bliver løbende evalueret ved fælleskonference hver mandag eftermiddag, hvor alle patienterne gennemgås. Endvidere har der været foretaget status af antal behandlede patienter, patienternes status i behandlingssystemet og antallet af frafaldende patienter.

Medarbejdertilfredsheden er undersøgt ved, at der er gennemført MUS-samtaler.

Med teamets nuværende erfaring, er det planen at intensivere behandlingen yderligere ved at etablere et udbygget gruppetilbud til patienterne, men denne nye struktur ville ikke have kunnet etableres i en startfase, og et nyt dagafsnit ville skulle opstartes på lignende vis, som det allerede er gjort.

### *Erfaringer*

Projektet har haft et meget tydeligt formål: At få etableret faste strukturer for effektiv behandling af personer med middelsvære spiseforstyrrelser. Denne proces er nu godt i gang.

Det har været af afgørende betydning, at samtlige teammedlemmer er blevet samtidigt introduceret til den overordnede behandlingsstrategi i afsnittet, og at samtlige behandlingselementer, der er blevet implementeret, er blevet diskuteret grundigt igennem i teamet inden den endelige gennemførelse. En høj grad af villighed hos den enkelte medarbejder til at være målrettet i forhold til konkrete opgaver har været

altafgørende for, at processen ikke er gået i stå undervejs.

### *Opfølgning og videre arbejde*

Vidensgrundlaget i det nuværende team muliggør en intensivering og udvidelse af behandlingsprocessen ved en omlægning af behandlingen til mere gruppebaseret terapi og flere, mindre, afsluttede terapiforløb, som giver mulighed for i højere grad at individualisere den enkelte patients "behandlingspakke".

Spiseforstyrrede patienter kan kun behandles, hvis der er konsekvens og sammenhæng i behandlingen, da patientens utryghed i modsat fald meget hurtigt vil aktiveres. Det har derfor været nødvendigt fra start, at der bliver en gennemgående sammenhæng i al behandling i afsnittet, da afvigelse fra denne hovedregel meget hurtigt ellers vil blive påpeget af patienterne. Dette hovedkrav er naturligvis særdeles relevant også for behandling af andre diagnostiske grupper, og behandlingsmodellen vil derfor i høj grad kunne anvendes over for andre psykiske lidelser. Et kontinuerligt, sammenhængende, ambulante tilbud med alle behandlingsintensiteter fra halvårslige kontrolsamtaler til intensive behandlingsprogrammer i dagafsnit er en særdeles effektiv og billig behandlingsstruktur, som med fordel ville kunne anvendes i behandling af flere andre psykiske sygdomme.

## **Projekt 4.6 Ambulant behandling af børn med epilepsi, Nordsjællands Hospital**

### **1. Udgangspunkt for projektet**

Baggrunden for projektet var et ønske om at tilbyde et bedre patientforløb

med kortere indlæggelsestider og bedre kontinuitet og tilbud i patientens nærmiljø, mulighed for ressourceoptimering, ledelsen i pædiatrisk enhed tog initiativet på grund af øgede udgifter til fremmede sygehuse, der varetog opgaven, øget efterspørgsel fra familiernes side til specialundersøgelser ved udredning af børn for epilepsi, og et ønske og en ambition fra de fagprofessionelle om at påtage sig opgaven.

### 2. Projektbeskrivelse (konkret indhold og metode)

Projektet havde flere formål:

- Ressourceoptimering samt optimering af patientforløbene.
- At etablere mulighed for EEG overvågning i et sengeafsnit samt en intensiveret og mere struktureret sygeplejeovervågning.
- Installering af EEG/overvågningsapparat.
- Kompetenceudvikling for speciallæger og sygeplejersker samt etablering af et tværfagligt samarbejde med EEG laboratoriet, neurofysiologisk konsulent og EEG assistenter.
- Der blev i juni 2005 opstillet en handleplan ved ledelsen. Derefter blev implementeringsopgaven videregivet til det tværfaglige neurologi-team.

### *Aktører/deltagere i projektet*

Involverede i projektet var ledelsen, neuroteamet, EEG laboratoriet samt i mindre grad ledelsen på Neurologisk Enhed. Derudover personalet i Pædiatrisk Enhed, herunder især det tværfaglige neurologiske team samt EEG laboratoriet.

Disse aktører har implementeret opgaven.

Tidsforbrug og ressourceforbrug  
Startfasen af projektet, herunder

kompetenceudvikling af medarbejderne, er taget af enhedens egne ressourcer. Det drejer sig om:

- 2,5 arbejdsdage for 4 pr. sygeplejersker,
- 5 arbejdsdage for 3 pr. speciallæger, og
- 12 arbejdsdage for 2 personer.

Budget til apparaturanskaffelser og planlægningsfasen (1 sygeplejerske i 1 måned) blev tildelt fra direktionen (i forbindelse med et hjemtagningsprojekt).

Ombygning og diverse ekstraudgifter beløb sig til 50.000 kr., som blev taget af enhedens egne ressourcer.

### *Implementering og forandringspotentiale*

Målet er nået og projektet er kørt i drift. Starttidspunktet blev dog flyttet fra 01-01-2006 til 01-05-2006, idet den tekniske opsætning var mere kompliceret end først antaget og den planlagte undervisning blev aflyst grundet tidspres fra andre opgaver, der skulle løses.

Det har ikke været muligt at etablere døgn EEG assistent support til plejepersonalet, der varetager overvågningsopgaven omkring tekniske problemer.

Behovet for undersøgelsen har vist sig større end kapaciteten, hvilket har medført diskussioner om, hvilke patienter der kan visiteres til tilbuddet.

I den daglige drift har det været vanskeligt at opretholde den daglige kontakt mellem læger, plejepersonale og EEG assistenter.

### **3. Læring, evaluering og erfaringer**

Projektet er ikke systematisk evalueret, men er indgået i den daglige drift. Evaluering er planlagt efter 12 måneders drift.

Styring af implementeringsfasen kunne have været bedre, og der er et ønske om (endnu) bedre support fra de samarbejdende enheder.

Følgende erfaringer kan gives videre:

- Der skal afsættes tilstrækkelig tid til planlægnings- og implementeringsfasen.
- Det har været muligt at implementere et højteknologisk tilbud i en lavteknologisk afdeling.
- Tilbuddet fungerer til afdelingens tilfredshed, men det har givetvis trukket ressourcer fra teamets andre opgaver.

### *Opfølgning og videre arbejde*

Man kan flytte tilbud, der har været givet på lands- og landdelsfunktion til en afdeling med hovedfunktion, dvs. opgaveglidning mellem afdelinger. Det er dermed muligt at indføre et højteknologisk tilbud til patienterne i en lavteknologisk enhed.

## **Projekt 4.7 Telepsykiatri, Psykiatrisk Center, Bornholm**

### **1. Udgangspunkt for projektet**

I forbindelse med oprettelse af et asylcenter for flygtninge på Bornholm, og at flygtningefamilier fik permanent bopæl på Bornholm, opstod behovet for at kunne tilbyde psykiatrisk behandling til traumatiserede flygtninge og andre med andet modersmål end dansk.

Det er et mål for projektet at tilbyde indvandrere og flygtninge psykiatrisk behandling af samme kvalitet og standard som dansktalende.

Ved telepsykiatri foregår kontakten direkte imellem patient og psykiater via audiovisuelt udstyr og på patientens modersmål.

Det er svært at skabe tryghed og kontakt til at tale om traumatiserende oplevelser som totur og voldtægt, og at involvere en tredje person, nemlig tolken, gør det ikke nemmere.

På Bornholm er miljøet af indvandrere og flygtninge inden for de enkelte sproggrupper ganske småt, alle kender alle, og selvom der er tavshedspligt, er det svært for patienten at tale om ting, som kan være krænkende for patientens og patientens families ære og værdighed, når tolken er så velkendt en person.

Der er lang ventetid på specialbehandlingssteder for traumatiserede flygtninge.

Behandlingsstederne ligger på Sjælland, og den megen transport til og fra behandlingen er en ekstra belastning og kan være svært gennemførlig for de mest traumatiserede uden ledsager. Der er således også økonomiske besparelser ved at foretage behandlingen via telepsykiatri.

Generelt er der tungtvejende etiske og behandlingsmæssige grunde til at vælge telepsykiatri.

Initiativet til projektet blev taget af Centerchef Lisbeth Saxkjær.

## 2. Projektbeskrivelse

*Projektet havde følgende mål:*

- At tilbyde patienter med andet modersmål end dansk en psykiatrisk behandling af samme kvalitet som den behandling dansktalende patienter tilbydes.
- At udnytte de eksisterende økonomiske ressourcer optimalt.

### *Aktører/deltagere i projektet*

Afgørende for projektets udformning var kontakten til psykiater Davor Mucic, som taler flere eks-jugoslaviske sprog. Arbejdet med ideen

foregik i et samarbejde imellem Lisbeth Saxkjær og Davor Mucic.

I projektfasen og i implementeringsfasen, har Lisbeth Saxkjær, Davor Mucic, 3 sygeplejersker fra Psykiatrisk Center Bornholm samt sekretær Connie Sonne Hansen været involveret. Reservelæger på Psykiatrisk Center Bornholm har foretaget forvisitation af de patienter, som er henvist fra egen læge forud for deres tilknytning til telepsykiatri.

Aktørerne er inddraget ved møder og telefonsamtaler.

### *Tidsforbrug og ressourceforbrug*

I opstarts- og implementeringsfasen har været brugt en del tid af de implicerede parter.

For hver telepsykiatriske behandlingssamtale på 1/2 time, bruger den tilknyttede sygeplejerske 1 time. Hun tager imod patienten, viser tilrette, modtager besked om medicinændringer og giver medicin.

Sekretæren står for planlægning af samtaler, lokalebooking og informationer til de involverede parter og bruger ca. 1 time pr. behandlingssamtale. Sekretæren skriver også Davor Mucics journalnotater.

Det udstyr til telepsykiatri, Psykiatrisk Center Bornholm har finansieret, er selve fjernsynet. Prisen i 2005 var 11.344 kr. Resten er i projektperioden udlånt af "Den lille prins" (Davor Mucics telepsykiatriske projekt).

Psykiatrisk Center Bornholm betaler 32.000 kr. årligt til telelinien til TDC.

I de første 10 måneder af 2006 har Psykiatrisk Center Bornholm betalt 46.400 kr. til Davor Mucic for telepsykiatrisk behandling.

De tidsmæssige, personalemæssige og økonomiske ressourcer er fundet ved at

omorganisere inden for de eksisterende rammer.

### *Implementering og forandringspotentiale*

Telepsykiatrisk behandling af personer med andet modersmål end dansk er en succes. Der er tilfredshed hos patienterne med behandlingsformen. Der er afsluttet patienter med god effekt af behandlingen.

Lokalemangel på Psykiatrisk Center Bornholm gør, at det audiovisuelle udstyr er placeret i et overlægekantor. Der er nogle gener forbundet med, at flere aktiviteter skal foregå i samme lokale, og således har den overlæge, der deler kontor med telepsykiatrien, været udsat for u hensigtsmæssige forstyrrelser af sine arbejdsrutiner.

## **3. Læring, evaluering og erfaringer**

### *Evaluering*

Davor Mucic og Lisbeth Saxkjær har løbende haft telefonisk kontakt og afholder et årligt evalueringsmøde.

Det ville bedre forholdene omkring behandlingen, hvis der fandtes et lokale til formålet.

En mulig ændring kunne være, at egen læge kunne henvise direkte til telepsykiatri, så Psykiatrisk Center Bornholm ikke skulle lave forvisitation på hver enkelt patient.

Opnormering af sekretær med 1 heltidsstilling.

### *Erfaringer*

- Behandlingskvaliteten øges, når patienten mødes af en psykiater, der taler hans modersmål.
- Kontakt og tillid opnås lettere, når der ikke er en tredje person (tolk) involveret i selve samtalen.
- Metoden kan bruges til supervision af plejepersonale, når patienter med andet modersmål er indlagt.
- Metoden kan også anvendes til behandling/ vurdering af andre patientgrupper. Patienter med angstlidelser inklusiv OCD/ tvangstanker og/eller handlinger, unge som er åbne over for nye behandlingsformer. Handicappede som har svært ved transport til respektive behandlere på Sjælland.

### *Opfølgning og videre arbejde*

Der kan som ovenfor nævnt ske udvidelse af personkredsen, som tilbydes telepsykiatrisk behandling. Alle specialer kan bruge metoden.

Metoden kan anvendes, så kollegaer i andre dele af landet kan give second opinion i komplicerede behandlingsforløb.

Der kan afholdes fagmøder via telepsykiatri, hvor bornholmske læger på grund af geografien ellers ikke har mulighed for at deltage. Der kan spares tid og økonomi herved.

Alle personalegrupper på Psykiatrisk Center Bornholm kan deltage i faglige og tværfaglige møder og undervisning med kollegaer i resten af Region Hovedstadens Psykiatrivirksomhed via telepsykiatri.

De fyraftensmøder, som udbydes som undervisning for personale i Psykiatrivirksomheden, kan transmitteres til Psykiatrisk Center Bornholm via telepsykiatri. Det kræver anskaffelse af en større tv-skærm,

men vil give personalet på Bornholm samme muligheder for at følge den faglige udvikling og opkvalificering som personalet i resten af Region Hovedstaden.

## Projekt 4.8 Daghospital, Neurologisk afdeling, Bispebjerg Hospital

### 1. Udgangspunkt for projektet

Projektet igangsattes pga. en stigende mængde patienter med tværfaglige behov, som enten ikke ønskede indlæggelse eller som ved en tværfaglig indsats kunne nøjes med få længerevarende dagbesøg i stedet for mange kortere ambulante besøg i ambulatoriet.

Der er tale om 3 forskellige daghospitaller, hvoraf det ene for patienter med amyotrofisk lateralsklerose er skabt for 10 år siden som et pionerarbejde. De øvrige er etableret efter fælles ønske hos plejepersonale og læger. Initiativet er kommet fra afdelingsledelsen og den specialeansvarlige overlæge

### 2. Projektbeskrivelse

Det overordnede mål er at skabe et effektivt tværfagligt forum for patienter inden for en bestemt sygdomskategori, som muliggør udvikling af specialistkompetencer, og hvor patienterne føler, at de og deres problemstillinger er velkendte. Der er faste sygeplejersker, læger og terapeuter tilknyttet. På denne måde kan indlæggelser oftest undgås, fordi vejen til rådgivning og behandling er kort.

Der er udarbejdet kliniske retningslinier for funktionen, og der er stillingsbeskrivelser for de ansatte sygeplejersker

### Aktører/deltagere i projektet

Både sygeplejersker, læger og terapeuter har været involveret i projektfasen.

Både under og efter implementeringen, har der været afholdt strukturmøder med henblik på udviklingen. Der har hos alle været et klart ønske om at ændre nogle af vore arbejdsgange for disse patientkategorier

### Tidsforbrug og ressourceforbrug

Der har været brugt tid til planlægningsmøder.

Etableringen af daghospital for Parkinsons sygdom skete i anledning af afdelingens omstrukturering og besparelser. Derved blev det muligt at allokere sygeplejemæssige og lægelige ressourcer.

Efterhånden, som tilgangen af patienter voksede, og antallet af besøg måtte udvides, har vi fået tildelt ressourcer i forhold til den estimerede merindtægt.

Da daghospitalet for atypisk parkinsonisme blev etableret var det ligeledes, fordi der kom flere patienter - ressourcerne tildeltes efter samme princip.

### Implementering og forandringspotentiale

Vi synes, at målet er nået. Der er fortsat stor glæde ved ordningen, og vi har ikke oplevet barrierer.

### 3. Læring, evaluering og erfaringer

De faste strukturmøder hver måned følger implementeringen og den faglige udvikling. Strukturbeskrivelsen ændres i henhold hertil

Erfaringen er, at specialiseringen højner kvaliteten og tilfredsheden både hos patienter og personale.

## Projekt 4.9 Omlægning af kirurgi for galdesten til sammendagskirurgi, Hvidovre Hospital

### 1. Udgangspunkt for projektet

Kikkertkirurgi til operation for galdesten (laparoskopisk kolecystektomi) blev indført i Danmark i 1991. Patienterne kom sig væsentligt hurtigere efter denne form for kirurgi i forhold til den tidligere anvendte metode med åbning af bugvæggen.

ndlæggelsestiden faldt gradvist til ca. 1-3 dage de fleste steder, og internationale publikationer (i lægefaglige tidsskrifter) meddelte, at operationen kunne gennemføres som ambulante kirurgi.

Der havde i nogen tid været forsøgt oprettet et egentlig afsnit for ambulante kirurgi med egen velafgrænset operationskapacitet, og hvilefaciliteter. Det skulle være upåvirkelig af evt. overload med akutte patienter og ikke være afhængig af de rutiner og påvirkninger, der kunne være fra en stor central operationsgang.

Det var imidlertid ikke muligt at etablere dette. Det besluttedes derfor at forsøge at indføre sammendagskirurgi til dette indgreb under de tilstedeværende forhold: Operationen foregik som vanligt på den centrale operationsgang, og patienterne var indlagt i vores korttidsafsnit (femdøgnsafsnittet).

Projektet blev startet af de kirurger, der var fagligt ansvarlige for området, i et samarbejde med sygeplejerskerne fra femdøgnsafsnittet og anæstesilægen.

### 2. Projektbeskrivelse

Projektet havde følgende formål:

- Der ønskedes gennemført sammendagsforløb (dvs. ambulante forløb) efter planlagt operation for galdesten hos så mange patienter som muligt.
- Det ønskedes beskrevet, i hvor høj grad det kunne gennemføres, hvordan det gik patienterne, hvilke faktorer der var af betydning for om det kunne gennemføres eller ej, og endelig skulle patienternes tilfredshed med både forløbet og den information, de havde fået i forløbet, evalueres.

Der blev udfærdiget en egentlig projektbeskrivelse i en arbejdsgruppe bestående af læger (kirurger, anæstesiolog) og sygeplejersker.

Alle trin i processen, fra forundersøgelsessamtalen, hvor operationen bliver aftalt til det postoperative forløb, blev gennemgået med henblik på, hvordan den kunne rationaliseres og optimeres. F.eks. blev der fokuseret på grundig information til patienten om det forventede ambulante forløb. Nedskrevede forløbsbeskrivelser, flowchart, tjeklister samt standardplejeplan for både præ- og postoperative forløb blev udfærdiget. Optimering af operations- og anæstesiteknik (herunder f.eks. anvendelse af kortvarigt virkende anæstesimidler, optimal smertebehandling samt aktiv behandling af kvalme etc.). Postoperativt blev bl.a. registreret, hvad årsagerne var, hvis patienten ikke kunne udskrives samme dag. Patienterne fik et spørgeskema med hjem, når de blev udskrevet. Det skulle de sende retur efter 1 måned.

#### *Tidsforbrug og ressourceforbrug*

Lægerne og en projektsygeplejerske brugte en del timer i planlægningsfasen. Lægernes tidsforbrug blev mest taget fra fritid. Projektsygeplejersken var fra starten ansat

til varetagelse af dette projekt (samtidig med en række andre projekter). Økonomiske ressourcer til dette var tilvejebragt via en forskningsenhed, der var etableret med det formål at forske i og udvikle den laparoskopiske kirurgi (kikkertkirurgi). I implementering og gennemførelsesfasen, brugte projektsygeplejersken tid til især indsamling og opgørelse af patienternes evalueringer. Øvrige tiltag og registreringer var indlagt i standardplejeplanen og blev varetaget som led i de almindelige daglige arbejds gange.

#### *Implementering og forandringspotentiale*

Målet blev nået, idet vi fik indført ambulante laparoskopiske kolecystektomi. Det var ikke på forhånd fastsat, hvor stor en del af patienterne, der skulle opereres ambulant. De internationale tal for dette var usikre, idet patienterne i de beskrevne undersøgelser næsten altid var udvalgt specielt til at kunne behandles ambulant på særlige afsnit (f.eks. yngre patienter uden andre sygdomme etc.). Vi adskilte os fra dette og vidste ikke, hvad det ville betyde.

Vi fandt, at 2/3 af alle patienter til planlagt operation kunne varetages ambulant. Et yderst tilfredsstillende resultat - også i sammenligning med de internationale erfaringer. Der blev fundet en patienttilfredshed på 90 pct.

Resultaterne er publiceret i Ugeskrift for Læger 2005;167: 2644-48

Som ventet skulle der - især i starten - arbejdes meget med "dogmer" - opgør med tidligere rutiner på flere områder. Registreringerne i de fastlagte skemaer blev heller ikke udfyldt 100 pct. - og det var tydeligt i den første periode, at først gik det rigtig godt med at gennemføre forløbene - så faldt interessen og opmærksomheden omkring projektet lidt, hvilket straks afspejlede sig i resultaterne. Det var således nødvendig med periodevise "opmuntrings-seancer" for at vedligeholde

begejstringen for projektets gennemførelse. I denne sammenhæng var det væsentligt at have data om, hvordan det gik - og var gået hidtil.

### 3. Læring, evaluering og erfaringer

#### *Evaluering*

Der er ikke foretaget en egentlig evaluering af, hvordan projektet blev gennemført - altså selve processen i projektet. Der er imidlertid ikke på noget tidspunkt drøftet, hvordan vi nok hellere skulle have gjort - i stedet for det, der blev foretaget.

#### *Erfaringer*

Processen var god - alle involverede parter var inddraget i planlægningen. Patienterne var inddraget qua deres løbende tilbagemeldinger. Der blev f.eks. korrigeret på noget af informationsmaterialet undervejs - idet flere patienter gav udtryk for, at anbefalinger vedrørende rekonvalescens var for "optimistiske".

Det medførte, at de troede, der var "noget galt", når de ikke kunne leve op til dem. Der var enighed om, at der var udfærdiget ret optimistiske rekommandationer til det postoperative forløb - af hensyn til at optimere dette mest muligt. Det virkede ikke sådan - men medførte snarere en vis utilfredshed, der svandt efter ændring..

Det var af stor betydning, at der var tale om kontinuerlige registreringer af, hvordan det gik undervejs. Som anført var der brug for fremvisning af data vedrørende dette - til brug ved de jævnlige "begejstrings-møder". Disse kunne vi nok med fordel have afholdt lidt oftere - og det ville være en god idé, at de var fastlagt fra starten.

Anvendelsen af faste flowchart, standardplaner,

tjeklister etc. anbefales kraftigt. Flere og nyansatte folk kan inddrages nemt, og det er lettere at vedligeholde aftalerne.

Der blev fundet uventede fordele ved, at det foregik i et femdøgnsafsnit og ikke på et specialiseret ambulante afsnit med fast "lukketid". Flere patienter, der blev opereret sent på dagen, kunne alligevel udskrives samme dag bare hen på aftenen, hvor det ellers ville have været nødvendigt at overføre dem fra det ambulante afsnit til en sengeafdeling med risiko for yderligere forsinkelse af forløbet der.

Afviklingen af dette projekt havde afsmittende virkning på behandlingen i øvrigt i femdøgnsafsnittet. En holdningsbearbejdende indvirkning. Det smittede af på håndteringen af andre patienter, der gennemgik laparoskopiske operationer - men også på patienter, der af forskellige årsager havde fået foretaget operationen åbent (f.eks. afkortede indlæggelsesforløb, bedre smerte- og kvalmestillende behandling etc.).

Nogle af de rationaliseringer, der indførtes i forløbet, er automatisk taget i brug ved andre forløb (f.eks. at patienten selv kan gå til operationsgangen, når der er tale om mindre indgreb). Dette er tidsbesparende i forhold til, hvis man skulle vente på portører - men nærmest "utænkeligt" i starten af projektet. Personalet er jo vant til, at en patient, der skal til den centrale operationsgang, skal køres i sengen. Opgør med dogmer smitter let af.

### *Opfølgning og videre arbejde*

På baggrund af de resultater, der blev indhentet, har vi afgrænset nogle specifikke faktorer, der påvirker, om forløbet kan blive ambulante eller ej. Disse kan der så arbejdes videre med.

Ambulante operationer for galdesten er nu standarden i afdelingen ved planlagt operation.

## Projekt 4.10 Telemedicinsk behandling af diabetiske fodsår, Århus Sygehus

### 1. Udgangspunkt for projektet

Diabetiske fodsår er omkostningstunge både menneskeligt og økonomisk. Primærsygeplejersker varetager uden supervision behandling i hjemmet. Behandling i ambulatorierne medfører et stort ressourceforbrug, tidsmæssigt og transportmæssigt. Patienterne ses ofte i ambulatorierne "for en sikkerheds skyld" og en del besøg er derfor overflødige og kunne varetages af primærsektoren. Der mangler koordination og optimeret samarbejde mellem hospitaler og primærsektor. Behandlingsbehovet er stigende parallelt med øget prævalens af Type 2 diabetes. Medicinsk Afdeling M og Ortopædkirurgisk Afdeling E har dannet "Center for Den Diabetiske Fod", som på højt specialiseret niveau varetager udredning, forebyggelse, behandling og forskning inden for alle aspekter af den diabetiske fod, herunder behandling af diabetiske fodsår.

Primo 2003 tog Afdelingslæge/PhD-Vejleder Niels Ejsskjær og 2 PhD studerende, civilingeniør Simon B Larsen og oversygeplejerske Jane Clemensen, initiativet til forskningsprojektet med formålet at teste hypotesen:

*"Telemedicinsk behandling af diabetiske fodsår i patientens hjem er et fuldgældigt alternativ til ambulante hospitalsbehandling".*

Projektet har klinisk platform i "Center for Den Diabetiske Fod". Hovedudfordringen var at eftervise

tilstrækkelig klinisk behandlingskvalitet ved den telemedicinske behandling og samtidigt udvikle teknologisk/softwaremæssigt grundlag for denne nye behandling. Det var en betydelig udfordring at udvikle en internet-baseret sårjournal med billedokumentation som tværdisciplinær arbejdsplatform.

Endnu en væsentlig udfordring var at beskrive indvirkning af telemedicinen på samarbejdsrelationer, såvel i hospitalssektoren som i primærsektoren, og sektorerne imellem. ("synergy, witnessing, competence articulation etc.").

## 2. Projektbeskrivelse

Målet med projektet var at "flytte" behandlingen fra hospitalsambulatoriet til primærsektoren og dermed:

- Øge patientens livskvalitet.
- Spare patienten for transport fra hjemmet til hospitalet.
- Tilbyde bedre "service" til primærsektor/ primærsygeplejersker.
- Opnå tættere samarbejde med primærsektor og indhente flere patientoplysninger til brug for behandlingen.
- Opnå betydelige økonomiske besparelser på patienttransport, personale/tidsforbrug i "dyre ambulatorier".
- Tilbyde e-learning fra specialiseret hospitalet til primærsektor.

Grundlaget for projektet var:

- To præcist formulerede PhD-projekter: Et overvejende klinisk/kvalitativt og et overvejende teknologisk/logistisk.
- Multidisciplinær forskningsmetode med inddragelse af samtlige parthavere i den telemedicinske konsultation (patient, pårørende, primærsygeplejerske, ekspert-sårplejerske, speciallæge, afdelingsledelser, videnskabelige institutioner m.fl.

- "Participatory Design Method" blev anvendt som model til inddragelse af ovennævnte grupper med henblik på en dynamisk og hensigtsmæssig udvikling af konceptet, givende samtlige "ejerskab" over projektet. Alle høres og alles synspunkter indgår i alle overvejelser ved denne metode. Hensigten var at sikre klinisk implementerbarhed ved forskningsprojektets afslutning.

### *Aktører/deltagere i projektet*

Udover de allerede nævnte projektdeltagere, nedsattes ved implementeringens påbegyndelse en styregruppe bestående af en medicinsk speciallæge, en diabetessårplejerske og afsnitsledelsen i medicinsk ambulatorium M.

Hovedmålet har været at flytte behandlingen fra ambulatoriet til patientens hjem - for dermed at forbedre patientens livskvalitet, sikre ligeværdig eller bedre behandlingskvalitet og bevirke økonomiske besparelser samtidigt.

I forskningsfasen blev aktørerne (patient, pårørende, primærsygeplejerske, ekspert-sårplejerske, speciallæge, afdelingsledelser, videnskabelige institutioner m.fl.) inviteret til at deltage, og denne del af den samlede proces blev styret/koordineret som andre forskningsprocesser/PhD-forløb.

I implementeringsfasen indgår derudover styregruppen klinisk arbejdende læger og andre personalegrupper i medicinsk afdeling M. Derudover orienteres på vanlig ledelsesmæssig vis afdelingsledelse og sygehusledelse, som derved har mulighed for at bidrage med forslag.

### *Tidsforbrug og ressourceforbrug*

Som ved andre forskningsprojekter, har økonomisk planlægning været en naturlig del af forløbet.

I forskningsfasen dannede to PhD-projekter

grundlag for projektet. De er finansieret eksternt med bidrag fra de kliniske afdelinger i form af arbejdstid. En lang række deltagere har bidraget i fritid og forskningsmæssigt.

I implementeringsfasen var det trods stor bevågenhed og interesse for projektet vanskeligt at opnå økonomisk støtte fra centralt hold til klinisk implementering. Der er i forskningsfasen skrevet adskillige vægtige ansøgninger om økonomisk støtte uden resultat. Afdelingsledelsen i Medicinsk Afdeling M, Århus Sygehus, afsatte som resultat heraf 100.000 kr. til indkøb af apparatur og nødvendige lønmidler til sygeplejersker og læger for dermed at kunne påbegynde den kliniske implementering. Sygehusledelsen har stillet økonomisk tilskud i udsigt i de første 2 år af implementeringen. Dermed vil implementeringen være sikret økonomisk.

Aktuelt er afsat 2 speciallæger og 1 diabetessårsygeplejerske og 2 diabetessygeplejersker til praktisk klinisk implementering. Kodning og afregning (DRG-point) er endnu ikke afklaret.

### *Implementering og forandringspotentialer*

Forskningsfasen er afsluttet som planlagt over en 3-årig periode og 2 PhD-afhandlinger er forsvaret som planlagt den 12. og 26. oktober 2006.

Implementeringsfasen er udfordrende. Som beskrevet har det taget lang tid at opnå økonomiske midler trods intense anstrengelser. Der er spildt tid fra november 2005 til oktober 2006 - trods ansøgninger skrevet flere år forud. Bestræbelserne er fortsat ufortrødent og har båret frugt med denne væsentlige forsinkelse af den kliniske implementering.

Projektet er forankret og udviklet i afdelingen, hvilket har befordret forløbet forskningsmæssigt og implementeringsmæssigt. Dette vil forhåbentligt yderligere befordre tildelingen af økonomiske tilskud til drift og implementering. Det samlede forløb har haft stor mediebevågenhed, hvilket har givet bred goodwill fra samarbejdspartnere.

Et stærkt forandringspotentiale og bred velvilje er formentlig et resultat af talrige præsentationer af projektet i adskillige sammenhænge nationalt og internationalt. Der er publiceret adskillige videnskabelige artikler og 2 PhD-afhandlinger. Projektet er endvidere umiddelbart let forståeligt for alle, og patienternes lidelser og risiko for amputationer gør indtryk på alle implicerede.

### **3. Læring, evaluering og erfaringer**

#### *Evaluering*

Forskningsfasen var en dynamisk proces, som blev styret af og evalueret ved hjælp af "participatory design method" og ved hjælp af hyppige "styremøder", PhD-studerende og vejledere. Forskningsfasen forløb hensigtsmæssigt med resultater, der overstiger de oprindeligt skitserede i PhD-projektbeskrivelserne, og de forskriftsmæssige krav til gennemførelse af PhD-projekter er alle opfyldt.

Implementeringsfasen evalueres løbende af styregruppen. Der skal med aftalte intervaller afleveres rapporter til hospitalsledelsen.

En fremtrædende hensigt ved forløbet var, at projektet skulle være klinisk implementerbart ved forskningsfasens afslutning. Vi søgte tidligt økonomiske midler uden resultat. Regionsdannelsen var formentlig medvirkende årsag til dette. Man bør så tidligt som overhovedet muligt udvise en effektiv og "aggressiv" holdning med hensyn til at opnå økonomisk fundering.

## Erfaringer

### Bidrag fra projektet:

- Projekterne er innovative på nationalt og internationalt plan (on-line real-time videokonsultation som fuldgyldigt alternativ til hospitalsbesøg) og anviser muligheder for at behandle flere patienter bedre og billigere.
- Telemedicinsk konsultation bevirker, at de rigtige patienter selekteres i hjemmet og ses i ambulatoriet.
- Projektet har beskrevet, at E-learning fra den højt specialiserede hospitalsafdeling til primærsektor er en naturlig følge.
- Nye og gunstige samarbejdsrelationer opstår til fordel for patienten, fagligheden og personalet (synergy, witnessing, competence articulation m.m).
- Vi har valgt "den diabetiske fod" som klinisk område, men den beskrevne telemedicinske konsultation kan anvendes inden for en lang række kliniske problemstillinger.
- Metoden respekterer ikke bygninger, geografi og sundhedssektor, og behandlingen af en patient kan derfor varetages af ledig kapacitet uanset dennes lokalisation.
- Vigtigst er det, at patientens livskvalitet og adgang til højt specialiseret behandling bedres.
- Behandling kan leveres til geografiske yderområder.

### Erfaringer fra projektet:

- Forskningsprojekter af denne art bør have et klinisk sigte indbygget, og de skal være klar til klinisk implementering ved forskningsafslutningen.
- Inddragelse af flere og forskellige personalegrupper, faciliteter, forskning og implementering – og giver deltagerne "ejerskab" over projektets medførende velvillighed.

- Tæt tværfagligt samarbejde (medicin, kirurgi og parakliniske afdelinger m.fl.) giver er optimalt udbytte forskningsmæssigt og klinisk.
- Beskrevne samarbejdsmetoder er af stor vigtighed (som nævnt "participatory design eller lignende, "arbejde på baggrund af kompetencer snarere end titler" m.v.).

## Opfølgning og videre arbejde

Der er et naturligt behov for at levere højt specialiseret behandling fra universitetssygehuse til primærsektoren - og potentialet for at videreudvikle og implementere det aktuelle projekt er dermed til stede.

Projektet giver også mulighed for at levere højt specialiseret viden fra universitetshospitaler til regionshospitaler, hvorved der opnås lægelig oplæring og "virtuel flytning af speciallæger fra et hospital til et andet".

Projektet kan foldes ud regionalt og nationalt med anvendelse af og samtidig udvikling af bestående sundhedsinstitutioner og faglige personalegrupper.

Metoden kan umiddelbart tages i anvendelse ved en lang række forskellige kliniske problemstillinger.

## Projekt 4.11 Børn med obstipation, Regionssygehuset i Randers

### 1. Udgangspunkt for projektet

På børneafdelingen oplevede vi et stigende antal børn med obstipation (forstoppelse). Behandlingsstrategien var tidligere ikke så aktiv som nu. Personalet oplevede, at forældrene

havde brug for flere redskaber til at løse problemerne.

I processen med at udarbejde kliniske retningslinier, erfarede sygeplejerskerne, at de spillede en væsentlig rolle. Når først den lægefaglige diagnostik og behandling var afklaret, tog sygeplejerskerne aktivt over.

## 2. Formålet med projektet

Formålet med ændringer af arbejdsdelingen og måden at organisere sig på, var at tilbyde familien nye redskaber til at mestre situationen. Barnet kunne således fra at være indlagt 1-2 uger overvejende hjælpes ambulant eller indlægges meget kort tid.

Sygeplejerskernes rolle ændrede sig fra at være behandlere til at være konsulenter for familien.

Udover det tværfaglige team blev der etableret selvstændige sygeplejekonsultationer, hvor sygeplejersken møder barn og forældre. Her drøftes barnets situation, forældrenes rolle og handlemuligheder.

Der veksles imellem egentligt fremmøde i ambulatoriet og telefoniske konsultationer af længere varighed.

Sygeplejerskerne har fast telefontid, så det er muligt for forældre at få et godt råd udover det aftalte.

Teamet har arbejdet en del med sygeplejerskernes kompetence. Det betyder, at sygeplejerskerne har kompetence til at ændre i medicindoseringen til børnene. Sygeplejerskerne har endvidere kompetence til sammen med barn og forældre at tage stilling til, om barnet skal indlægges - evt. genindlægges.

På børneafdelingen er ambulatoriet en integreret del af sengeafsnittet. Det betyder, at vi flyttede ressourcerne fra sengeafsnittet til ambulatoriet. Det var dristigt, da vi ikke umiddelbart fik tilført nye ressourcer.

Det tværfaglige team bestående af 1 læge og 2 sygeplejersker var inddraget i processen og var således meget styrende for målet. Der blev givet et antal arbejdsdage til at udarbejde kliniske retningslinier og til at drøfte indhold og struktur. Desuden var det en klar forudsætning, at det tværfaglige team fik mulighed for sammen at deltage i konferencer og kurser om emnet. Det øvrige personale fik undervisning af teamet, da det er overordentligt afgørende for implementering af ny praksis, at hele personalet er med.

## 3. Læring, evaluering og erfaringer

Vi er ikke sikre på, at vi ville have ageret anderledes, hvis vi skulle stå i en lignende situation. Vi er af den opfattelse, at vi må udnytte de muligheder, der er og springe ud i det. Nogle gange er ændringer så omfattende og involverer så mange faggrupper, at det kræver nøje strategi og planlægning, andre gange skal man turde fange de signaler, som hverdagen giver os.

Igennem audits på en række af patientforløbene, har vi erfaret, at barnets situation meget ofte kan håndteres ambulant. Desuden ser vi, at familien har brug for telefonisk kontakt til sygeplejerskerne for at bevare og øge "compliance".

Vores erfaring med at etablere selvstændige sygeplejekonsultationer er udbredt til flere områder. Det er vores erfaring, at mange børnefamilier har brug for tilgængeligheden til sygehuset. Det betyder konkret, at det skal være muligt inden for kort tid at komme i kontakt med kontaktsygeplejerskerne og få et godt råd.

## Projekt 4.12 Telemedicin på Ærø, Region Syddanmark

### 1. Udgangspunkt for projektet

Vi blev kontaktet af Center for Sundhedstelematik og MedCom med en forespørgsel om emner til telemedicinske projekter, der kunne indgå i et EU-projekt kaldet Health Optimum. Vi foreslog telemedicinsk ambulatorium på Ærø med lægelig betjening fra SHF Svendborg.

Ærø kan kun nås via 1 times sejlur eller fly/helikopter. Vi ønskede at give borgerne på Ærø et andet tilbud inden for de store diagnosegrupper og valgte kardiologi (hjertesvigt og ekkokardiografi) samt endokrinologi (overvejende kontrol/diagnostik af diabetes mellitus.)

### 2. Projektbeskrivelse

Formålet med projektet var at yde en bedre service til patienterne på Ærø via afkortning af tidsforbrug i forbindelse med ambulant undersøgelse/kontrol.

Afgørende for projektets udformning var en allerede gennemført kompetenceglidning fra læge til sygeplejerske.

Medicinsk afdelingsledelse tog kontakt til de to specialer og begge indvilgede i at deltage.

Både inden for kardiologi og endokrinologi var kompetenceglidning tidligere gennemført, idet vi bl.a. i hjertesvigt-klinikken havde uddannet to sygeplejersker til at gennemføre den ekkokardiografiske undersøgelse. Der blev udformet en "kravspecifikation", og personalet udviklede konceptet. De praktiserende læger på Ærø blev informeret og tilsluttede sig oplægget.

På det kardiologiske område forudsatte projektet endvidere indkøb af bærbart ekkokardiografisk udstyr.

### Aktører/deltagere i projektet

For såvel projektfase som implementering: var de involverede personer følgende:

- Læger, sygeplejersker og sekretærer fra egen afdeling.
- MedCom og Center for Sundhedstelematik.
- Health Optimum.
- Personalet på SHF Ærøskøbing.
- Praktiserende læger på Ærø.
- Egen praksiskonsulent.
- Sygehusledelsen SHF.

### Tidsforbrug og ressourceforbrug

Under projektfasen blev der brugt 250 timer, kr. 750.000, to sygeplejersker (2 dage om måneden), 2 speciallæger (4 timer månedligt).

Finansieringen i projektfasen kom fra DAGS-indtægter samt EU-tilskud.

Efter endt projektfase overgik vi til almindelig drift. Tidsforbruget pr. måned er 16 sygeplejetimer og 8 speciallægetimer. Dette finansieres via DAGS-indtægter.

### Implementering og forandringspotentiale

Projektet blev kåret som bedste E-health program i 2005.

Målsætning blev nået i form af stor brugertilfredshed, stor tilfredshed fra de praktiserende læger på Ærø og diagnosticering af mange ukendte patienter med hjerteinsufficiens. Den procentuelle andel af borgerne på Ærø, der forventeligt skal have foretaget ekkokardiografi, har nået landsgennemsnittet.

Personalet udviste stor omstillingsparathed og adopterede hurtigt metoden. Patienterne

var kun lidt skeptiske ved første fremmøde. Nu udbedes arbejdsformen aktivt af såvel praksis som patienter på Ærø.

En mulig kommende barriere, der kan peges på, er finansieringen af udstyr. Vil kommunen bidrage til opretholdelse af servicen? Hvem får den økonomiske gevinst?

### 3. Læring, evaluering og erfaringer

Som anført en meget positiv evaluering, der blev gennemført under international overvågning og accept. Vi har løbende nationale og internationale besøgende fra bl.a. Rigshospitalet, Tromsø, Canada, Holland, Sverige, Norge, Wales m.fl..

Forfra igen? Hele opbygningen tog mindre end 3 måneder og nye initiativer følger den skabelon, vi anvendte den gang.

## 5. EKSEMPLER PÅ PROJEKTER/TILTAG, DER HANDLER OM UDLÆGNING AF OPGAVER

De følgende 8 projekter fokuserer på flytning af opgaver til andre faggrupper eller udlægning af opgaver fra sygehus til speciallægepraksis eller andre aktører, herunder primærsektoren.

- 1 Specialfysioterapeut i ortopædkirurgien i Nordjylland.
- 2 Selvstændige sygeplejeambulatorier i pædiatrien, Nordsjællands Hospital.
- 3 Syge børn i indlagt i eget hjem, Nordsjællands Hospital.
- 4 Udredning af smertetilstande - opgaveflytning, Region Nordjylland.
- 5 Udgående funktion – børnepsykiatriske patienter, Kolding Sygehus.
- 6 Forhindring af unødvendige indlæggelser på AMA, Frederiksberg Hospital.
- 7 Sygeplejeklinik til hypertensionsbehandling, Holbæk Sygehus.
- 8 Sygeplejebaseret diabetesbehandling, Region Sjælland.

De 8 projekter viser eksempler på, hvordan der kan tilrettelægges arbejdsgange, hvor primært lægeressourcer friholdes, og hvor sygeplejersker og andre faggrupper kan møde nye udfordringer i nye arbejdsopgaver.

- Der peges på, at det kan være en udfordring at afbryde den traditionelle tankegang, og at der kan være en udfordring i også at afgive opgaver. Ofte vil der være et behov for kompetenceudvikling i form af uddannelse, og der peges på, at det kan være hensigtsmæssigt - og nødvendigt - at informere patienterne om, at de ikke behøver at blive tilset af en læge.

- Generelt er der positive erfaringer, og der peges på større tilgængelighed for patienterne, bedre kontinuitet og mere præcis sygdomskontrol som gevinster ved opgaveflytning.
- Der peges på nødvendigheden af balancen mellem total løsrivelse og tilknytning af nye funktioner i forhold til det traditionelle. Alle - også de, der ikke er involveret, men kommer i berøring med forandringerne - skal inddrages.
- Der peges på, at det i rekruttering til opgaveflytning kan være relevant både at have erfarne og mindre erfarne med. På den led fastholdes kompetencer bedre ved den løbende udskiftning af personale.
- Manualer kan være et nyttigt redskab med henblik på total afklaring af, hvem der gør hvad hvornår i et forløb.
- Når der først er taget hul på en flytning af opgaver, kan der følge flere processer med.

### Projekt 5.1 Specialfysioterapeut i ortopædkirurgien i Nordjylland

#### 1. Udgangspunkt for projektet

Baggrunden for projektet var, at der grundet lang ventetid til ortopædkirurgisk behandling i det tidligere Nordjyllands Amt var behov for nytænkning.

Ofte skal ortopædkirurgisk behandling indledes med ikke-operative tiltag (konservativ behandling), som rådgivning, specialtræning, korrektion af fodtøj, stillingskorrigerende bandager eller fysioterapi. Hidtil har denne indledende behandling ofte krævet flere lægekonsultationer. De senere år er konservativ behandling af lidelser i bevægeapparatet i tiltagende grad overgået til det ortopædiske speciale, da det fysiurgiske speciale er nedlagt, og reumatologerne ikke har tid til at varetage den såkaldte *rheumatologia minor*.

I nabolandene varetages denne behandling af læger med speciale i *physical and rehabilitation medicine (PRM)*.

Den lægelige chef for Forsknings- og Kvalitetsafdelingen i Ortopædkirurgien i det tidligere Nordjyllands Amt tog initiativet til en forsøgsansættelse af en fysioterapeut, der blev opgraderet til at varetage de lægelige opgaver i den konservative behandling. Ønsket var at vise med et godt eksempel, at den konservative behandling af lidelser i bevægeapparatet i de fleste tilfælde kan varetages af specialuddannede fysioterapeuter, således at man i fremtiden kan spare lægelige ressourcer på det ortopædiske og reumatologiske område.

## 2. Projektbeskrivelse

Formålet med projektet har været at uddanne og opgradere en fysioterapeut til selvstændigt i Ortopædkirurgisk Ambulatorium at udføre opgaver, der tidligere var udført af læger.

Fod/ankelområdet blev valgt som det ortopædkirurgiske speciale, hvor der især var lægemangel og lang ventetid til forundersøgelse. Det var hensigten, at fysioterapeuten skulle uddannes til selvstændigt at supplere den lægelige forundersøgelse, initiere konservativ behandling og varetage ambulante kontroller efter såvel konservativ behandling som operativ behandling.

## Aktører/deltagere i projektet

Deltagerne i projektet var lægerne og fysioterapeuterne i Fod/ankelområdet.

## Tidsforbrug og ressourceforbrug

Af lægelønsbudgettet blev der reserveret 2 1/2 års løn til den fysioterapeut, der skulle uddannes til at varetage de nye opgaver. Der blev i starten af projektperioden afholdt seks møder, hvor der blev udformet forløbs- og procedurebeskrivelse for de lidelser, projektfysioterapeuten skulle varetage.

Projektgruppen udarbejdede en skriftligt midtvejs- og slutevaluering.

Desuden blev projektfysioterapeuten personligt uddannet af Fod/ankelområdets læger initialt i ca. 20 timer og derefter ved daglig kontakt i Fod/ankelambulatoriet.

## Implementering og forandringspotentiale

Målet blev opnået til fulde. Projektet viste, at fysioterapeuten kunne oplæres til selvstændigt at varetage traditionelle lægeopgaver og kunne derved aflaste Fod/ankelområdets læger, således at de kunne udnytte deres arbejdskraft til at forundersøge ca. 25 pct. flere nyhenviste patienter. Hermed blev Fod/ankelområdets produktion øget og arbejdsgangen rationaliseret betydeligt.

## 3. Læring, evaluering og erfaringer

### Evaluering

Ifølge midtvejs- og slutevalueringen kunne fysioterapeuten have været udnyttet i endnu højere grad. Den væsentligste barriere for fuld udnyttelse af specialfysioterapeutens arbejdskraft var for samtlige personalegrupper at bryde med den traditionelle tankegang.

Den visiterende overlæge kunne i højere grad have selekteret henvisningerne fra egen læge, således at specialfysioterapeuten ville kunne varetage en større del af forundersøgelsen af nyhenviste patienter. Alle læger ville

kunne rationalisere deres arbejdskraft yderligere, hvis de i højere grad havde tænkt specialfysioterapeuten ind i arbejdet med undersøgelse og konservativ behandling af ortopædiske lidelser.

I mange tilfælde ville det lægelige arbejde ved forundersøgelsen kunne reduceres til vurdering af, om der forelå en tilstand, der umiddelbart krævede operativ behandling. I modsat fald ville konsultationen kunne overtages af specialfysioterapeuten, som selvstændigt ville kunne anlægge den konservative behandling og kontrollere behandlingsforløbet.

Specialfysioterapeutens arbejdskraft ville kunne effektiviseres yderligere, hvis sekretærer og sygeplejersker fra starten var undervist i fysioterapeutens arbejdsområde, og i hvorledes samarbejdet mellem fysioterapeut, sekretær og sygeplejerske kunne gennemføres mest effektivt.

### *Erfaringer*

Projektet har givet viden om vigtigheden af, at alle personalegrupper involveres i forandringsprocesser, der medfører ændret kompetence eller ændring i fordelingen af arbejdsopgaverne, således der ved en fælles entusiasme og indsats kan opnås størst mulig rationaliseringsgevinst.

Projektet har desuden vist, at fysioterapeuter i høj grad kan uddannes til at overtage mange traditionelle lægelige opgaver, hvilket i høj grad kan udnyttes til at rationalisere den lægelige ressource på sygehuse og formentlig også i speciallægeklinikker.

### *Opfølgning og videre arbejde*

På ledelsesniveau overvejes nu, hvorledes der kan skaffes midler til en permanent ansættelse af specialfysioterapeuter til varetagelse af den konservative behandling af ortopædkirurgisk behandling og dermed en væsentlig del af den tidligere lægelige ekspertise, der lå i det

fysiurgiske speciale, og som nu af reumatologer betegnes rheumatologia minor. Erfaringerne med projektet vil vi søge at offentliggøre i relevante fagtidsskrifter og ved faglige møder, således at andre kan drage nytte af ideen og forhåbentlig bidrage til en specialuddannelse af fysioterapeuter.

## **Projekt 5.2. Selvstændige sygeplejeambulatorier, Nordsjællands Hospital**

### **1. Udgangspunkt for projektet**

Baggrunden for projektet:

- Sygeplejersker og læger oplevede et stigende udækket behov for ambulante kontroller til børn med veldiagnosticerede lidelser, som kunne varetages af sygeplejersker med øget kompetence. Sygeplejersker og læger tog derfor sammen initiativ til at oprette selvstændige sygeplejeambulatorier.
- Der var en del ukoordinerede kontakter mellem patienter og sygeplejersker spredt over ugen, hvor det var mere eller mindre tilfældigt, hvilken sygeplejerske der varetog opgaven. Vi ønskede at samle disse kontakter i et ambulatorium hos sygeplejersker med ekspertviden inden for det pågældende fagområde.
- Der ønskedes en opgaveglidning fra læger til sygeplejerske pga. stort arbejdspress og lange ventetider hos lægerne.

## 2. Projektbeskrivelse

Projektet havde flere formål:

- Bedre patientforløb for kronisk syge børn med en sygeplejerske som gennemgående kontaktperson for at målrette og optimere vejledningen i forhold til den enkelte familie.
- Opgaveglidning fra læger til sygeplejersker for derved at frigøre lægelige ressourcer. At oprette selvstændige sygeplejeambulatorier inden for fagområderne: Astma/allergi, urologi, neurologi, diabetes, endokrinologi og neonatologi.
- Uddannelse og opkvalificering af sygeplejersker til ekspertfunktion.
- Optimal udnyttelse af sygeplejeressourcer ved at samle sygeplejekontakterne på hele dage i selvstændige sygeplejeambulatorier.
- Sygeplejerskerne udarbejdede kompetenceprofiler inden for de forskellige fagområder. Profilerne indeholder formål, mål, kompetenceområder, uddannelse og dokumentation. Kompetenceprofilerne blev løbende diskuteret med speciallægerne inden for fagområderne og til sidst godkendt af ledelsen.

### *Aktører/deltagere i projektet*

Det er primært sygeplejersker, der har været involveret i implementeringen af de selvstændige sygeplejeambulatorier, men ambulatorierne afholdes under lægelig supervision.

Hovedformålet har været at bedre patientforløbene, og tiltaget har været et eksplicit og fælles ønske fra sygeplejersker, læger og ledelsens side for at imødekomme et stigende behov for ambulante ydelser.

### *Tidsforbrug og ressourceforbrug*

Processen er foregået over flere år. Der har været nedsat arbejdsgrupper af sygeplejersker

til udarbejdelse af kompetenceprofiler og til planlægning af de praktiske forhold omkring oprettelse af ambulatorierne.

Der har været afholdt et 2-dages internatkursus, hvor kompetenceprofilerne blev diskuteret.

Der har undervejs været afholdt møder mellem speciallæger og sygeplejersker.

Desuden er der brugt ressourcer på efteruddannelse af sygeplejerskerne til ekspertniveau inden for de forskellige fagområder. Sygeplejeressourcerne er fundet ved omlægning af opgaverne i afdelingen. Der blev bl.a. taget ressourcer fra sygeplejeassistenten i lægeambulatorierne.

Det er ikke muligt at angive det faktiske tidsforbrug, men Pædiatrisk Enhed har følgende faste sygeplejeambulatorier:

Diabetes	2 dage/uge
Endokrinologi	1 dag/uge
Neurologi	2 dage/mdr.
Allergi	1 dag/uge
Nefrologi/urologi	1 dag/uge

Derudover er der ad hoc/subakutte konsultationer dagligt.

### *Implementering og forandringspotentiale*

Målet er nået, idet der er oprettet sygeplejeambulatorier inden for fagområderne astma/allergi, neurologi, urologi, diabetes, endokrinologi og neonatologi. Ambulatorierne er velfungerende, og der foregår en løbende opgaveglidning, så stadig flere opgaver varetages af sygeplejersker.

I et enkelt ambulatorium har det dog været vanskeligt at fastholde opgaveglidningen, idet opgaverne er gået tilbage til speciallægerne igen.

Processen er foregået i en positiv ånd, idet alle har været enige om behovet, og sygeplejerskerne har været meget interesserede i at få selvstændige opgaver. Det har været meget motiverende for sygeplejerskerne at få efteruddannelse og øget kompetence og derved mulighed for at varetage selvstændige ambulatorieopgaver.

### 3. Læring, evaluering og erfaringer

Projektet er ikke evalueret i egentlig forstand, men er løbende vurderet og justeret. Erfaringen er, at den tværfaglige teamfunktion bør optimeres, inden man går i gang med at etablere selvstændige sygeplejeambulatorier. Dette letter den senere opgaveglidning.

Projektet har betydet fordele for patienterne med større tilgængelighed og kontinuitet og et bedret tværsektorielt samarbejde med kommunerne igen pga. større tilgængelighed.

Projektet har endvidere bedret arbejdsmiljøet og haft betydning for fastholdelse og rekruttering af sygeplejersker, og sygeplejerskerne har et tiltagende ønske om at etablere flere selvstændige ambulatorier.

Det bør dog fra starten være mere tydeligt, hvorfra ressourcerne til etableringen bliver taget.

Alt i alt har etableringen af selvstændige sygeplejeambulatorier lettet en senere etablering af tværfaglige teams inden for de konkrete fagområder og har medført et bedre samarbejde og dialog de professionelle imellem.

#### *Opfølgning og videre arbejde*

Opgaveglidning og øgede kompetencer til sygeplejegruppen, mener vi, kan anvendes generelt i sundhedsvæsenet. Vi er i øjeblikket ved at udarbejde et projekt angående bedre udnyttelse af medarbejderkompetencer f.eks. ved afvikling af stuegang.

## Projekt 5.3 Syge børn i eget hjem, Nordsjællands Hospital

### 1. Udgangspunkt for projektet

Baggrunden for projektet var følgende:

- Ønske fra forældrene om at kunne forblive i eget hjem under et barns sygdom.
- Personalets ønske om at tilbyde et alternativt tilbud til langvarige indlæggelser.
- Et ønske om at bedre familiernes livskvalitet under barnets indlæggelse, herunder også evt. søskende.
- Initiativet kom fra en ildsjæl i plejepersonalet.

### 2. Projektbeskrivelse (konkret indhold og metode)

Projektet havde flere formål:

- At forbedre familiernes fysiske, psykiske og sociale vilkår under barnets nødvendige indlæggelse og forbedre livskvaliteten.
- At minimere reaktioner hos børn og søskende på indlæggelsen og sygdom.
- At øge familiernes egenomsorg og kompetence til mestring.

Der blev etableret en tværfaglig arbejdsgruppe, der formulerede et projekt.

#### *Aktører/deltagere i projektet*

En tværfaglig gruppe af speciallæger og erfarne børnesygeplejersker har stået for udvikling og implementering.

De væsentligste aktører var de erfarne børnesygeplejersker, der udgjorde selve projektgruppen sammen med 2 speciallæger.

### *Tidsforbrug og ressourceforbrug*

Hospitalsdirektionen støttede frikøb af en sygeplejerske til udformning af projektbeskrivelsen i 2 gange 2 uger.

Selve projektet blev virkeliggjort efter generøs støtte fra to private fonde, der tilsammen gav en million til projektet og varede 12 måneder.

### *Implementering og forandringspotentialer*

Målet blev nået. Det viste sig muligt at gennemføre en professionel behandling og pleje af indlagte børn i deres eget hjem. Familiernes egne evalueringer viser, at deres livskvalitet blev forøget, og at børns og søskendes reaktioner blev formindsket.

Behovet for dokumentation og udformning af spørgeskemaer viste sig mere kompliceret end forventet.

Optageområdet for projektet viste sig tidligt at være for lille til at opfylde det planlagte antal inkluderede patienter, og området blev derfor reguleret.

### **3. Læring, evaluering og erfaringer**

Der er ved at blive skrevet en afsluttende rapport. En midtvejsrapport viste, at målene blev opfyldt, og at familierne ønskede ordningen fortsat.

Projektet skulle i højere grad end det var tilfældet have været integreret i enhedens almindelige drift. Projektet fungerede meget selvstændigt og for isoleret. Hele personalet burde involveres i rekruttering af patienter etc.

Projektet bidrager med følgende erfaringer:

- Stationære ydelser kan med fordel gives i eget hjem til udvalgte patientgrupper.
- Projektets struktur har medført en udtalt opgaveglidning fra speciallæger til erfarne børnesygeplejersker.

- Hele personalet, også uden for projektet, bør inddrages i den kulturforandring, der skal ligge til grund for projekter af denne type.
- Hvis projektet skal udbredes, bør deltagerne bestå af såvel erfarne som lidt mindre erfarne sygeplejersker både af hensyn til kompetenceudviklingen i afdelingen og for at undgå, at de mest erfarne sygeplejersker er væk fra afdelingens daglige drift, hvilket betyder et relativt tab af viden i driften.

Projektet har været 1,3 mio. kr. dyrere end den behandling under konventionel indlæggelse for projektets 180 patienter ville have kostet. Skønnet 2/3 heraf er merudgifter til projektadministration, møder etc. ud over det, der ville finde sted under en indlæggelse.

Der er i forbindelse med projektet udgivet en rapport med titlen "Indlagt i eget hjem", som kan rekvireres hos ovenstående kontaktperson.

### *Opfølgning og videre arbejde*

Vi ser et stort potentiale for videreudvikling af projektets grundlæggende temaer:

- Flytning af ydelser fra sygehus til eget hjem.
- Opgaveglidning fra speciallæger til sygeplejersker.
- Kompetenceudvikling for sygeplejersker.
- Øget tværfagligt samarbejde.
- Øget egenomsorg i familierne.

## Projekt 5.4 Udredning af smertetilstande - opgaveflytning, Region Nordjylland

### 1. Udgangspunkt for projektet

De vigtigste vævsstrukturer i ben og ryg er sener, knogler, led, arterier, vener og nerver. Smarter kan have mange forskellige årsager i alle vævsstrukturerne, hvilket er én af grundene til, at smerteudredning kan være meget vanskelig. Komplexiteten øges af, at specialeansvaret er fordelt på mange lægelige specialer, hvorfor kroniske smerter i ben og ryg kan udløse en odysse fra specialist til specialist.

For at præcisere det tværfaglige ansvar inviterede Ortopædkirurgien i det tidligere Nordjyllands Amt repræsentanter fra de fleste involverede specialer til at deltage i en arbejdsgruppe. Gruppen konkluderede, at der var behov for en systematisk oversigt over de hyppigste årsager til kroniske smerter samt en vejledning i, hvilke undersøgelser der bør indledes med for ethvert givet sygdomsbillede. Efter indledende undersøgelser vil de fleste tilfælde kunne diagnosticeres og behandles i almen praksis eller af den specialist eller specialafdeling, hvortil patienten primært er henvist. Ligeledes vil et basalt udredningsprogram, der er vedtaget tværfagligt, indebære den rationalisering, der ligger i, at der ikke skal startes fra bar bund ved henvisning til den næste specialist i udredningsproceduren.

Arbejdsgruppen besluttede således at udarbejde en manual med systematisk gennemgang af de hyppigste smerteårsager samt en vejledning i valg af basale undersøgelser, således at udredning og behandling i de fleste tilfælde kan foregå i praksissektoren eller i den specialafdeling, hvortil patienten primært henvises. Målet var at undgå diagnostiske odysseer fra specialafdeling til specialafdeling

og det ressourcespil, der ligger i gentagne basale undersøgelser, når der fra starten ikke er gennemført et suffcient, basalt udredningsprogram.

### 2. Projektbeskrivelse

#### *Formålet med projektet*

Projektets overordnede mål var

- at frigive lægelige ressourcer på sygehusenes specialafdelinger,
- at rationalisere udredning og behandling af smerter i ben og ryg,
- at undgå mange unødvendige henvisninger til ikke relevante afdelinger, og
- at undgå unødvendige gentagelser af basale udredningsprogrammer.

#### *Aktører/deltagere i projektet*

Deltagerne i projektet var en tværfaglig arbejdsgruppe med deltagelse af speciallæger fra samtlige afdelinger, der er involveret i udredning og behandling af smerter i ben og ryg.

#### *Tidsforbrug og ressourceforbrug*

Der har været afholdt seks møder med gennemsnitligt otte mødedeltagere af gennemsnitligt to timers varighed.

Der er brugt ca. 100 timers skrivearbejde med formulering af manualens enkelte kapitler og sammenskrivning.

Der er blevet afholdt orientering om udredningsproceduren ved to møder med praktiserende læger. Sådanne møder afholdes i forvejen en gang årligt som led i dialog mellem den primære og den sekundære sundhedssektor og har derfor ikke givet anledning til ekstra ressourceforbrug.

Projektets ressourceforbrug har i det væsentligste kunne holdes inden for speciallægenes almindelige arbejdstid og har

kun i meget begrænset omfang givet anledning til merarbejde.

### *Implementering og forandringspotentiale*

Undersøgelsermanualen findes på sygehusenes hjemmesider. Første led i implementeringen er således forløbet uden problemer, idet der har været en tværfaglig forståelse af nødvendigheden af projektets rationaliseringshensigt.

Kun fremtiden kan vise, i hvor høj grad udredning og behandling af smerter i ben og ryg kan foregå i praksissektoren. Det er arbejdsgruppens ansvar at holde et fortsat fokus på emnet og invitere til en løbende dialog med alle involverede parter om revidering og yderligere implementering af det tværfaglige undersøgelsesprogram, som formentlig skal revideres mindst en gang hver andet år i takt med ny viden på området.

### **3. Læring, evaluering og erfaringer**

Udredningsprogrammet har nu været implementeret i et år. Der har ikke været planlagt evaluering af effekten. Den tværfaglige arbejdsgruppe vil én gang årligt invitere de involverede parter til feed-back med henblik på revision af udredningsprogrammet.

Det er arbejdsgruppens overbevisning, at der ved undersøgelse og behandling, som involverer flere specialister eller faggrupper, bør udarbejdes manualer for, hvornår der skal gøres hvad og af hvem.

Udarbejdelse af nærværende manual har været et mål, men også et middel til at opnå aftaler i et komplekst system og til at opbygge en fælles forståelse af, hvorledes et komplekst undersøgelses- og behandlingsforløb varetages mest rationelt.

Det er arbejdsgruppens forslag, at manualen skal revideres mindst en gang hvert andet år. Før revision skal manualen evalueres ved

henvendelse til alle involverede partnere. Evalueringen skal ske ved et simpelt spørgeskema til belysning af, i hvilket omfang manualen bliver brugt, vurdering af rationaliseringsgevinsten og invitation til supplerende ideer til manualen.

### *Opfølgning og videre arbejde*

Det anbefales, at der for alle behandlings- og undersøgelsesprogrammer, der involverer flere partnere, udarbejdes manualer for samarbejdet, og at de i videst muligt omfang gøres nationale for at rationalisere regionernes arbejde.

## **Projekt 5.5 Udadgående funktion – børne-psykiatriske patienter, Kolding Sygehus**

### **1. Udgangspunkt for projektet**

Udbygningen i børnepsykiatrien har været et ønske om udbygning i dybden, dvs. rettet mod barnets nærmiljø - familie, skole, daginstitution og evt. døgntilbud. Etableringen af distriktssygeplejerskestillinger følger børnepsykiatriens distriktpsykiatriske arbejdsprincipper, og har på den måde været en naturlig udvidelse af behandlingsskapaciteten. En udvidelse, der samtidig har afsat i den særlige viden, distriktssygeplejerskerne besidder efter mange års erfaring fra dagligdagsituationerne i det stationære miljøterapeutiske afsnit.

Projektet udspringer desuden af et ønske om at løse opgaverne i børnepsykiatrien under hensyntagen til princippet om LEON - laveste effektive omsorgsniveau, samt et ønske om mindske henvisningspresset fra primærsektor ved faglig opkvalificering af personalet i de relevante delsektorer.

Initiativet kom "indefra", dvs. fra afdelingen selv.

## 2. Projektbeskrivelse

Formålet med aktiviteterne i distriktet, er

- at bidrage til at forbedre den samlede ressourceanvendelse i sundheds-, social- og undervisningssektoren,
- at tilstræbe laveste effektive omsorgsniveau ved udbygning af den faglige kompetence i social- og undervisningssektoren,
- at opkvalificere personalet i undervisnings-, social- og sundhedssektoren, således at det undgås at overføre egentlig arbejdskraft fra afdelingen til disse sektorer,
- at mindske presset på de børne- og ungdomspsykiatriske senge i Vejle Amt,
- at skabe sammenhæng i tilbuddene på tværs af sektorer,
- at skabe grundlag for større gensidig forståelse med henblik på en styrkelse af den tværfaglige og tværsektorielle indsats, og
- at minimere eventuelle utilsigtede virkninger af en decentral (sydlig) placering af afdelingen i amtet.

Ovenstående sker samlet set med henblik på den mest hensigtsmæssige udnyttelse af afdelingens ressourcer (opgaveglidning - spare lægetimer).

### *Aktører/deltagere i projektet*

De involverede i projektforløbet i børnepsykiatrien var afdelingsledelsen samt den specialeansvarlige overlæge. I implementerings- og evalueringsfasen blev disse suppleret med to distriktssygeplejersker.

### *Tidsforbrug og ressourceforbrug*

Der har ikke været afsat særlige ressourcer til planlægning og implementering af projektet. Ressourcerne (tid) er således taget ud af afdelingens almindelige drift.

Ressourcetrækket i planlægnings- og implementeringsfasen har ikke været indtænkt på forhånd. Det var heller ikke nødvendigt, idet

der har været 100 pct. konsensus om projektet og dets formål.

### *Implementering og forandringspotentialer*

Der har kun været få barrierer. Tiden var moden til denne opgaveglidning, og accepten var helt overvejende på plads inden opstart.

I de år der nu er gået, har distriktssygeplejerskernes opgaver i både omfang og indhold gradvist udviklet sig. I dag er omfanget af patienter pr. distriktssygeplejersker stort. Produktionen pr. distriktssygeplejersker er i forhold til andre faggrupper stort, og opgaverne mere komplekse og sammensatte.

Denne gradvise udvikling har været naturlig og kunne givetvis ikke forceres hurtigere frem end det er sket. Tiden har modnet og udviklet beslutningen om at overdrage mere og mere ansvar og kompetence til distriktssygeplejerskerne (både modnet læger (og psykologer) og distriktssygeplejersker).

## 3. Læring, evaluering og erfaringer

Distriktssygeplejerskerne har nu arbejdet i hjemmemiljøet i ca. 5 år, og resultaterne har været absolut tilfredsstillende. Det potentiale, som man håbede projektet havde, er blevet indfriet. Der er sket opgaveglidning. Længerevarende indlæggelser er erstattet af observationer i hjemmet. Der er blevet kompetenceudviklet i hjemmemiljøet. Netværksmøder er afholdt på netværkets præmisser osv.

### *Erfaringer*

Det har været et "nemt" projekt, fordi der på forhånd var en meget høj grad af opbakning til projektet. Man efterspurgte de valgte løsninger, og egentlig modstand oplevedes stort set ikke. Projektet var godt i-tale-sat og havde topledelsens fulde opbakning fra starten, hvilket havde stor betydning.

Hvis opgaveglidningen skulle have været yderligere forceret, så havde det været nødvendigt med ret intensivt motivationsarbejde i form af vidensdeling, involvering og støtte via formel (ledelses-) position. Centrale aktører er her distriktssygeplejerskerne selv, lægegruppen og psykologgruppen. Motivationsarbejdet kunne være gennemført vha. egne medarbejdere.

Tiden har modnet for yderligere opgaveglidning, hvilket også bliver nødvendigt, jfr. den almindelige mangel på speciallæger inden for psykiatrien, inkl. børne- og ungdomspsykiatrien.

Generelt er det vel sådan, at en faggruppe helst afgiver et arbejdsfelt, hvis den kan se frem til en belønning, som opfattes som større end tabet af det, man afgiver. Egentligt simpelt - i hvert fald set over tid.

### *Opfølgning og videre arbejde*

Intet at tilføje udover ovenstående.

Psykologgruppen bør snarest overtage noget af den beslutningskompetence, som lægerne jfr. lovgivningen alene kan varetage. Det er de kompetente specialiserede psykologer i stand til, og det forventelige "professionsfnidder" må kunne overvindes. Især hvis lægernes belønning er passende.

## Projekt 5.6 Forhindring af unødvendige indlæggelser på AMA, Frederiksberg Hospital

### 1. Udgangspunkt for projektet

Det har været et ønske fra Frederiksberg Hospital og Socialdirektoratet i Frederiksberg Kommune, at kvalitetsforbedre indsatsen over for akut syge ældre borgere i Frederiksberg Kommune.

Denne gruppe borgere profiterer på behandlingen, de modtager i forbindelse med akut indlæggelse, men oplever samtidig også ofte uro og utryghed i forbindelse med indlæggelsen. Af den grund sås et kvalitetspotentiale i at udvikle AMAs (akut medicinsk modtageafsnit) ydelser til denne patientgruppe. Kvalitetsforbedringen skulle indeholde direkte ydelser fra AMA til akut syge ældre borgere i eget hjem.

Den ældre akut syge borger ville i stedet for indlæggelse kunne modtage ydelserne hjemme, og dermed kunne undgå unødige indlæggelser og mindske de sekundære følgevirkninger af en indlæggelse. Samtidigt ville udgående AMA til akut syge ældre borgere kunne udbygge koordinationen og samarbejdet over sektorgrænserne, så den samlede indsats ville kunne målrettes behovene for den enkelte borger.

Projektet var baseret på tidligere erfaringer i de to sektorer.

### 2. Projektbeskrivelse

Det overordnede formål var en reel kvalitetsforbedring over for akut syge ældre borgere i Frederiksberg Kommune.

Kvalitetsforbedringen kunne tænkes at effektueres ved følgende praksis:

- At ældre borgere i forbindelse med akut opstået sygdom vil kunne blive længst muligt i eget hjem og samtidigt modtage kvalitetsmæssigt de samme ydelser, som er svarende til en indlæggelse på AMA. Samtidigt vil sekundære følgevirkninger i forbindelse med akutindlæggelse for den enkelte borger kunne undgås.
- At forebygge og undgå indlæggelser på AMA, da den akutte indsats og behandling i stedet vil kunne foregå i eget hjem.
- At forbedre kvaliteten af den akutte sygepleje for ældre akut syge borgere. Herved kan u hensigtsmæssige indlæggelser forebygges.
- At støtte det akutte faglige kliniske beredskab på institutionerne i primær sektor.
- At udvide samarbejdsrelationerne mellem Frederiksberg Hospital og primær sektor for derigennem at udnytte de forskellige kompetencer optimalt på tværs af sektorerne.
- At give viden om i hvilket omfang akut hospitalsindlæggelse af ældre borgere kan kvalitetsforbedres ved intensiveret samarbejde mellem sektorerne.

Den primære målgruppe i projektet kan deles i to: Borgere på plejehjem og borgere i eget hjem. Den sekundære målgruppe er det personale, der er tilknyttet begge sektorer.

En udgående funktion indebærer:

- 1 Kontakt til den udgående sygeplejerske på AMA alle hverdage kl. 8.00-15.30. Både akutte henvendelser på telefon og planlagte besøg efter forudgående aftale.
- 2 Etablering af en Hot-line funktion alle ugens dage hele døgnet, som har en rådgivende og koordinerende funktion. Besvares af den visiterende AMA-sygeplejerske.

### *Hvem kan kontakte AMA?*

- 1 Plejepersonale fra plejehjem eller hjemmepleje.
- 2 Praktiserende læge.
- 3 Lægevagten.

### *AMA sygeplejerskens opgaver:*

I forbindelse med akut opstået sygdom blandt ældre borgere, kan der opstå forskellige behov for opgaveløsning. Umiddelbart er der ikke begrænsninger i hvilke akutte opgaver, der vil kunne udføres:

- Sygeplejefaglig vurdering af den udgående sygeplejerske før evt. indlæggelse i samarbejde med personalet i primærsektoren.
- Sygeplejefaglig supervision og vejledning af den udgående sygeplejerske til personalet i primærsektor omkring borger med akut opstået sygdom.
- Behandlingsjustering i samarbejde med læge fra AMA, praktiserende læge eller vagtlægen.
- Praktiske handlinger, f.eks. blodprøver, sondeanlæggelse, justering af iltbehandling, maskebehandling og sukkersygebehandling i samarbejde med læge.
- Følgehjemordning ved behov for videregivelse af information, eller for at etablere et fortsat samarbejde omkring en særlig situation.
- Fælles koordinerende indsatser og forløb for akut syge borgere.
- Forløbsbeskrivelser og evalueringer.

### *Aktører/deltagere i projektet*

I pilotprojektet fra 01-12-2004 til 31-05-2005 deltog udvalgte plejehjem og hjemmeplejen i Frederiksberg Kommune samt AMA på Frederiksberg Hospital. Der udvalgte 3 plejehjem, som var forskellige med hensyn til geografisk placering i kommunen, antal plejhjemspladser og sygeplejedækning. De tre plejehjem var Østervang, Lioba og

Ingeborggården. Ydermere tilknyttedes fra starten plejehjemmet Vestervang, og fra marts 2005 tilknyttedes yderligere to plejehjem: Dronning Anne Marie Centret og Søndervang.

Skadestuen på Frederiksberg Hospital blev desuden inddraget.

Fra starten nedsattes en projektgruppe med deltagere fra Medicinsk Center, Frederiksberg Hospital, Socialdirektoratet, Frederiksberg Kommune, forstandere fra de involverede plejehjem, Hjemmeplejen, Frederiksberg Kommune, Praktiserende læger og AMA, Frederiksberg Hospital.

### *Tidsforbrug og ressourceforbrug*

Der har været afholdt møder i projektgruppen og internt på AMA.

AMA på Frederiksberg Hospital er tilført én sygeplejerskestilling til udgående AMA-funktion (2 sygeplejersker har delt denne stilling og i øvrigt varetaget AMA-arbejde).

### *Implementering og forandringspotentialer*

#### **Hvad indebærer den udgående funktion?**

Kontakten til den udgående sygeplejerske fra AMA har fundet sted fra mandag til fredag i tidsrummet kl. 8.00-15.30 på mobiltelefon, således at telefonen kunne besvares i hele tidsrummet, selv om sygeplejersken var på sygebesøg på plejehjem eller i hjemmeplejen. Der var fra starten af projektet et stort ønske fra plejehjemmene, praktiserende læger og hjemmeplejen om, at den udgående funktion også omfattede aftentimer og weekender. Der er stadig et stort ønske og behov fra primærsektoren om, at denne udvidelse bliver effektueret, da det er erfaringen, at der på disse tidspunkter er behov for at kunne rekvirere den udgående sygeplejerske. Dette skyldes bl.a., at bemanningen og ressourcerne er stærkt reducerede på disse tidspunkter i primærsektoren, samt at der derudover kun er

mulighed for at tilkalde lægevagten.

I pilotprojektperioden har hot-line funktionen været meget lidt benyttet, og erfaringen er, at når den er blevet benyttet, er det af de praktiserende læger, der af den vej beder om et sygebesøg af den udgående sygeplejerske eller for at få en second opinion på et problem, enten af en læge på AMA eller af en erfaren sygeplejerske. Hot-line funktionen blev etableret efter et tidligere ønske fra ledelsen af hjemmeplejen, da de havde et behov for en hurtig hjælp eller et råd i en besøgssituation hos en borger, hvor der kunne opstå tvivlsspørgsmål omkring et forløb.

Udgående AMA har i projektperioden i 2005 behandlet 70 henvendelser. Heraf er 21 efterfølgende blevet indlagt. I hele 2005 har der været tilset 149 patienter på plejehjem eller i hjemmet, og herved forhindret 80 pct. af indlæggelserne.

I 2006, hvor udgående AMA er fortsat, er 83 pct. af indlæggelserne forhindret.

Oftest har der været behov for et eller flere opfølgende besøg.

Typiske AMA-udgående diagnoser: KOL, pneumoni, nedsat nyrefunktion, blærekatheterproblemer, dehydratio, svimmelhed, fald, apopleksi, anæmi, lungestase, diabetes, feber, hjerteproblemer, respirationsinsufficiens, medicineringsproblemer, blodprøvetagning m.m.

### **3. Læring, evaluering og erfaringer**

Ved et møde med praksiskonsulenterne i marts 2005 viste det sig, at praksislægerne kun i beskedent omfang benyttede ordningen. Mange mente ikke at have set projektbeskrivelsen. Det blev aftalt at fremsende en komprimeret udgave og præcisering af, hvilke opgaver de kunne gøre brug af fra den udgående sygeplejerske, og hvilke kompetencer den udgående

sygeplejerske havde. Efter denne ny information blev henvendelserne fra praktiserende læger hyppigere, og ordningen er nu hyppigt anvendt af praktiserende læger.

De vejledende opgaver, som angivet i projektbeskrivelsen, har vist sig at være dækkende.

Alle parter har udtrykt tilfredshed omkring kommunikationen ved dette projekt.

Ansvar og kompetence er evalueret som passende.

Dokumentation/dokumentationsredskaber er udarbejdet i fællesskab mellem alle involverede parter fra primærsektoren og Frederiksberg Hospital og er vurderet at være tilfredsstillende. De praktiserende læger er blevet informeret skriftligt hver gang de har været involveret i et forløb, eller når der er sket en behandlingsjustering.

Alle indlæggelsesforløb fra plejehjemmene er løbende blevet registreret af udgående AMA sygeplejerske. Liste over indlæggelser med indlæggelses- og udskrivningsdiagnose, problembeskrivelse samt vurdering af om indlæggelsen kunne være undgået, er hver måned sendt til plejehjemmene. Erfaringen herfra viser, at der kun undtagelsesvist foregår uhensigtsmæssige indlæggelser.

Generelt har der været stor tilfredshed med projektet fra involverede plejehjem og praktiserende læger. Hjemmeplejen har i pilotprojektperioden ikke været tilstrækkeligt involveret, men det er der senere rådet bod på, og deres deltagelse er fortsat i stigning. De to tilknyttede udgående-AMA-sygeplejersker har begge deltaget i personalemøder på plejehjem og i hjemmeplejen med undervisning etc.

Ved pilotprojektets start var der mange arbejdsområder i dette tværsektorielle projekt,

der skulle afklares. Der var behov for en del debatter om afklaring i forhold til opgaver, dokumentation og organisationskultur.

Der har i pilotprojektforløbet været afholdt månedlige følgegruppemøder.

Opfølgning og videre arbejde  
På nuværende tidspunkt er AMA udgående overgået til drift. Samtlige plejehjem og hjemmeplejen på Frederiksberg er tilknyttet.

Der er en database under udarbejdelse.

## Projekt 5.7 Sygeplejedrevet hypertensionsklinik, Holbæk Sygehus

### 1. Udgangspunkt for projektet

Projektet blev igangsat, fordi afdelingen tidligere havde indført sygeplejebaseret hjerteinsufficiensklinikker med særdeles gode resultater. Det var derfor nærliggende at prøve at indføre yderligere sygeplejebaserede klinikker for at afhjælpe presset på lægeambulatorierne.

Initiativet til projektet med sygeplejebaserede hypertensionsklinikker for patienter med blodtryksforhøjelse blev taget af den specialesansvarlige overlæge i kardiologi.

Med projektet ønskede man at undersøge mulighederne for at optimere behandlingen og samtidig frigøre lægetid i ambulatorierne.

Behandling af blodtryksforhøjelse i Danmark er langt fra optimal. Flere undersøgelser har vist, at kun omkring 20-30 pct. af patienterne, som sættes i behandling, når deres egentlige mål, hvilket vil sige normalisering af blodtrykket. Optimeringen af behandlingen skulle gerne give udslag i, at flere af hypertensionspatienterne opnår et normalt blodtryk under medicinsk

behandling. Et af succeskriterierne var således, at mindst 50 pct. af de patienter, der blev henvist til de sygeplejebaserede hypertensionsklinikker, skulle opnå et normalt blodtryk.

## 2. Projektbeskrivelse

Formålene med projektet:

- Frigørelse af lægetid i afdelingens ambulatorium.
- Optimering af den medicinske behandling af de henviste hypertensionspatienterne, så mindst 50 pct. opnåede en normalisering af deres blodtryk.

Da ideen blev skitseret og diskuteret blandt læger og sygeplejerske, var der stor interesse for at forsøge at etablere en ny sygeplejebaseret klinik

### *Aktører/deltagere i projektet*

En gruppe sygeplejersker, som havde været involveret i 24-timers ambulante blodtryksmåling, var særligt interesseret i behandling af hypertension. Fra denne gruppe blev rekrutteret personer, som gennemgik et kursus på 20 timer - her blev gennemgået hypertensionens patofysiologi, klinik samt behandling. Der har været undervisning i både non-farmakologisk og farmakologisk hypertensionsbehandling samt særskilte kurser i blodtryksmåling. Undervisningen er givet som intensive kurser fordelt over 20 timer.

### *Tidsforbrug og ressourceforbrug*

Ressourcerne skulle findes via rationalisering samt via meraktivitet.

### *Implementering og forandringspotentialer*

Projektet blev igangsat med to halvdags klinikker bemandet med 1 af de 3 specialuddannede sygeplejersker.

Patienterne bliver først set af en læge, som foretager de relevante undersøgelser og lægger en plan for behandlingen. Herefter får patienten

at vide, at han ved næste kontrol overgår til den sygeplejebaserede hypertensionsklinik.

Ved første besøg i klinikken informerer sygeplejerskerne patienterne om livstilsændringer og initierer den behandling, lægen har foreslået. Ved de efterfølgende besøg regulerer sygeplejersken medicinen.

Sygeplejersken er udstyret med en instruks i, hvordan man regulerer forskellige lægemidler og kombinerer dem i overensstemmelse med den vejledning, som lægen i forbindelse med første besøg har givet. Sygeplejersken er således aldrig i tvivl om, hvordan en kombinationsbehandling skal foregå.

Ved første besøg i sygeplejeklinikken er der afsat 45 minutter til samtale, blodtryksmåling og medicinsk behandling. Ved de efterfølgende kontroller er der afsat 15-30 minutter afhængig af patientens problemer.

Hver dag i klinikken konfererer sygeplejersken samtlige journalnotater med en af ambulatoriets læger. En procedure, der skønsmæssigt tager 10-30 minutter.

Behandlingen afsluttes, når der er opnået normalisering af blodtrykket. Samtlige patienter bliver ved afslutningen konfereret med en læge.

Et typisk patientforløb i et lægeambulatorium består af ca. 5 lægekonsultationer. Der er altså i gennemsnit sparet 4 lægebesøg for hver patient, der har været igennem den sygeplejebaserede hypertensionsklinik. Det betyder, at der i projektperioden (ca. 30 måneder) skønsmæssigt er frigjort 620 ambulante tider i lægeambulatoriet.

## 3. Læring, evaluering og erfaringer

### *Evaluering*

Projektet har været evalueret to gange. Af de 155 patienter, der har været igennem projektet, opnår ca. 80 pct. normalisering af deres blodtryk,

inden afslutning til egen læge. Det er yderst tilfredsstillende, da flere landsundersøgelser har vist, at praktiserende læger kun opnår, at ca. 20-30 pct. af deres patienter er velbehandlede. Ifølge egen undersøgelse opnår kun ca. 40 pct. af patienterne en normalisering af blodtrykket, når de går i et lægeambulatorium.

Patienternes oplevelse af at gå fra et lægeambulatorium til en sygeplejebaseret klinik har stort set været positiv. Skønsmæssigt har kun 2 pct. af patienterne ønsket at fortsætte behandlingen i et lægebaseret ambulatorium.

Fra start vurderede man, at der var behov for langt mere end 2 halve dage i den sygeplejebaserede klinik. Erfaringen viser, at det nogenlunde svarer til det antal patienter, der er nyhenviste med blodtryksforhøjelse til ambulatoriet.

Et typisk hypertensionspatientforløb i et lægeambulatorium er ca. 5 lægekonsultationer, det vil sige, at der i gennemsnit er sparet 4 lægebesøg for hver patient, der har været igennem det sygeplejebaserede hypertensionsambulatorium. Det betyder, at der i projektperioden skønsmæssigt er frigjort 620 ambulante tider i lægeambulatoriet.

Resultatet af projektet har været præsenteret i flere videnskabelige selskaber.

### *Opfølgning og videre arbejde*

Afdelingen betragter etableringen af de sygeplejebaserede klinikker som en både behandlingsmæssig og økonomisk succes. Man vil derfor fortsætte med at udbygge ambulatoriet i takt med øgede henvisninger fra praktiserende læger.

## Projekt 5.8 Sygeplejebaseret diabetesbehandling, Region Sjælland

### 1. Udgangspunkt for projektet

Det stadig stigende antal patienter, der bliver henvist med nyopdaget eller dårligt reguleret sukkersyge, medførte, at det ikke var muligt at bevare de sædvanlige procedurer for disse patientforløb, hvor vægten lå på indlæggelse og lægekonsultationer. Desuden blev der krævet dokumentation for kvaliteten i diabetesbehandlingen.

Derfor blev projektet om det sygeplejebaserede diabetesambulatorium igangsat af de fagligt ansvarlige, som ønskede at vurdere mulighederne for i højere grad

- at flytte stationære til ambulante forløb,
- at inddrage specialuddannede sygeplejersker aktivt i behandlingen, og
- at etablere en elektronisk kvalitetssikringsdatabase for at fastholde og evaluere kvaliteten.

### 2. Projektbeskrivelse

Det overordnede mål var at modtage et stigende antal henviste diabetikere til en diagnosticering og behandling, der opfylder Sundhedsstyrelsens kvalitetsmål samt at rapportere disse til NIP (Det Danske Indikatorprojekt).

Arbejdet blev koordineret ved at etablere en kvalitetssikringsdatabase (Diabetesrask) og en diabetisk øjenscreening i sygehusregi. Disse tiltag medførte en revurdering af fagpersonalets roller samt af hvilke parametre, der skulle bruges til at vurdere behandlingens kvalitet.

### *Aktører/deltagere i projektet*

Alle, der har med diabetesbehandling at gøre, har været involveret i processen: Læger, sygeplejersker, sekretærer, diætister, fodterapeuter og øjenlæger.

Den drivende kraft var diskussion i de forskellige faggrupper med henblik på at etablere og sikre kvalitetsmålene og indrapporteringen til NIP samt igangsætte screeningen.

### *Tidsforbrug og ressourceforbrug*

I forbindelse med etableringen af projekter, har der været afholdt en række møder med de involverede (ca. 20 personer), samt kurser (i alt ca. 20 timer). Der er indkøbt øjenscreeningsudstyr og IT for ca. 600.000 kr.

### *Implementering og forandringspotentiale*

Det fastsatte mål er lykkedes: Nemlig at modtage, diagnosticere og behandle et stigende antal diabetikere med fastholdelse af de ønskede kvalitetskrav - uden stigende ventetid på ambulante behandling. Det er en proces, der er pågående, og som derfor ikke kan erklæres afsluttet, men de allerede opnåede resultater er bl.a.

- etablering af kombinerede læge- og sygeplejerskeambulatorier,
- etablering af den diabetiske øjenscreening, kvalitetsstyringsdatabasen er taget i brug, og
- indrapportering til NIP er startet.

På grund af det stigende antal patienter er rutiner i ambulatoriet af ressourcemæssige årsager blevet ændret, og det er af nogle patienter opfattet som en forringelse af kvaliteten. Det har været svært at forklare patienterne, at en konsultation kan foregå alene hos en sygeplejerske. Andre barrierer har været at etablere rimelige samarbejdsforhold med praktiserende øjenlæger samt at indføre ny IT teknologi.

### **3. Læring, evaluering og erfaringer**

Da projektet stadig er i gang, er der ikke lavet egentlige evalueringer. Men med de nuværende erfaringer kan det konkluderes, at der skulle have været gjort mere ud af at informere patienterne om omlægningen af ambulatoriefunktionen.

Det har været af stor betydning for projektet, at der har været en løbende og omfattende orientering af det involverede personale, specielt i planlægningsfasen, hvor forløbet ikke var synligt.

Erfaringerne, der indhøstes ved at indføre nye kvalitetsprocedurer, skal udnyttes til:

- Løbende kvalitetsløft i behandlingen i ambulatoriet af diabetikere (f.eks. fodsårsambulatoriet).
- Samarbejdet med nyreafdelingen.
- Samarbejdet med hjerteafdelingen.
- Samarbejdet med den primære sundhedssektor.

# **BILAG**

## **OVERSIGT OVER SAMTLIGE INDKOMNE PROJEKTER:**

## Oversigt over de medicinske projekter

Region	Sygehus	Indhold
Nord	Vendsyssel	Ambulant tværfaglig behandling af diskusprolaps
Nord		kronisk tværfaglig smertebehandling
Nord	Vendsyssel/Hjørring	Amb. tværfaglig beh. af leddegigt,
Nord		Remicadebeh. Leddegigt
Midt	Århus	Dermatologisk afd. Nedbringelse af ventetid
Midt	Århus	Telemedinsk fodsårsbehandling i hjemmet
Midt	Århus	Geriatrisk følge-hjem-team
Midt	Århus/Skejby	KOL-spl. Rehab og udgående fkt.
Midt	Viborg	Screening for abdominal aortaaneurisme
Midt	Århus	Selvstyret AK-behandling
Sjælland	Storstrøm	Hjerterehab, pt.udd og fysisk træning
Sjælland	Storstrøm	Udgående iltspl.
Sjælland	Roskilde	Udgående iltspl. Til KOL-ptt.
Sjælland	Storstrøm	Udvidede diabetesambulatorier
Sjælland	Roskilde	Diabeteskonsulentfunktion
Sjælland	Storstrøm	KOLskole, pt. Og pårørende
Sjælland	Vestsjælland	Spl.baseret KOL-klinik,
Sjælland	Vestsjælland	Spl.baseret amb. gigtbeh. Med biologisk antistoffer
Sjælland	Vestsjælland	Ak-beh i primærsektoren
Sjælland	Storstrøm	IVF-beh. I speciallægepraksis
Sjælland	Storstrøm	Hjerteinsufficiensklinik
Sjælland	Vestsjælland	Hjerteinsufficiensklinik
Sjælland	Vestsjælland	EKG,
Sjælland	Vestsjælland	Hypertension
Sjælland	Vestsjælland	Palliation ved maligne lungesygdomme
Sjælland	Roskilde	Udredning af årsager til fald hos ældre med. ptt.
Sjælland	Roskilde	Demenssamarbejde
Sjælland	Roskilde	Diabetesskole for ptt.
Sjælland	Roskilde	Nyreskole til kommende dialyseptt.
Sjælland	Roskilde	Hjemmehæmodialyse
Sjælland	Roskilde	Rygestopkurser
Sjælland	Roskilde	KOL-rehab
Sjælland	Roskilde	Forløb omkring DVT
Hovedstad	Herlev	Subakutte daghospitalstider
Hovedstad	Herlev	AK behandling udlagt til praksissektoren
Hovedstad	H:S	Daghospital, gastroenterologi
Hovedstad	BBH	Drop-in-ordning til UVBbeh. I dermaf. d.
Hovedstad	BBH	Sekretærfastholdelse
Hovedstad		Daghospitaler i neurologisk afdeling
Hovedstad		Spl.konsultation i neurologisk ambulatorium
Hovedstad	FA/Pædiatri	Udgående fkt. Distriktspædiatri
Hovedstad	FA/Pædiatri	Overgang til delvis amb. beh. Ved epilepsi
Hovedstad	FA/Pædiatri	Fælles pt.forløb ml. specialiseret(RH)fkt og hovedfkt
Hovedstad	FA/pædiatri	Udslusning af nyfødte
Hovedstad	FA/Pædiatri	Opgaveglidning spl.ambulatorier
Hovedstad	Helsingør	Udvidelse af amb.aktivitet både med. og kir
Hovedstad		Hjerteinsuff.klinikker
Hovedstad		Brystsmerteklinik
Hovedstad		DVT
Hovedstad		Dyspnøklifik
Hovedstad		Endokrinologi
Hovedstad		Hypertension
Hovedstad		Hjerteklapsygdomme
Hovedstad		HjerteRehab
Hovedstad		Endoskopi
Hovedstad	Frb. Hjospital	Udgående AMA

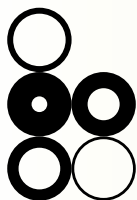
## Overblik over de kirurgiske projekter

Region	Sygehus	Indhold
Nord		Endometrieaspiration til afløsning af abrasio i la/ga
Nord		Medicinsk induktion af abort ved missed abortion
Nord		Medicinsk abort
Nord		Truende tidlig abort, oprettelse af splambulatorie
Nord		Fejlbelastningstilstande i ben og ryg
Nord		Specialfysioterapeut fod/ankel
Nord		Operationsklargøring
Nord		Udredning for osteoporose
Nord		Smertetilstande i ben og ryg
Nord	Vendsyssel/Hjørring	Sårsygeplejersker i ambulatorie
Midt	Herning	Artroskopisk kir. På korsbånd
Midt	Ringkøbing Amt	Prostatektomi (green light laser)
Midt	Viborg	Omlægning af skulderkirurgien
Midt	Viborg	Sårcentret
Midt	Århus	Reorganisering af øjenafdelingen
Sjælland	Storstrøm	Cystoskopi og endoskopi i første kontakt
Sjælland	Ringsted	Effektivisering af amb. Ortopædkirurgi
Sjælland	Vestsjælland	Effektivisering af ambulans øjenkirurgi
Sjælland	Roskilde	Effektivisering af gynækologi
Hovedstad	Frederiksberg	Fod-ankelkirurgi
Hovedstad	Ambulant	Korsbåndskirurgi
Hovedstad	Hvidovre	Galdekirurgi
Hovedstad	Hvidovre	Hernier
Hovedstad	Amager	Længere varende blok
Hovedstad	Glostrup	Dagkirurgisk afdeling
Hovedstad	Videnscenter for sårheling	
Hovedstad	Nordsjællands	Akutte gynækologiske ptt
Hovedstad	Nordsjællands	Medicinske aborter
Hovedstad	Nordsjællands	Forskellige gynækologiske ptt
Hovedstad	Nordsjællands	Udvidelse af amb kapacitet på Helsingør
Hovedstad	Frederiksberg	Udkørende funktion
Hovedstad	Frederiksberg	Behandlerspl. Urologisk afd.
Hovedstad	Frederiksberg	Oprettelse af elektivt kirurgisk center
Hovedstad		Akut MR af obs håndledsfrakturer

## Oversigt over de psykiatriske projekter

Region	Sygehus	Indhold
Syd	Veje	Udgående funktion - obs af børnepsyk pt. I det naturlige miljø
Syd	Kolding	Udgående funktion børnepsyk
Syd	Sønderjylland	Angstgrupper
Syd	Veje	Behandling af angsttilstande
Syd	Sønderjylland	Kvalitetssikring, DPC Tønder
Syd	Ribe	Klinik for skizofreni
Syd	Veje	Akutteam mhp nedbringelse af høj belægningspct
Syd	Ribe	Mobilteam
Syd	Ribe	OPT
Syd	Augustenborg	OPT
Syd	Veje	Målrettethed i dagbe. afsnit
Syd	Veje	Personlighedsforstyrrelser m. selvskadende adfærd
Syd	Augustenborg	Personlighedsforstyrrelser
Syd	Sønderjylland	Ambulant psykiatri hot-line
Syd		
Syd	Sønderjylland	Udvikling af amb. Ungdomspsykiatrinetværksinddragelse
Syd	Sønderjylland	Samarbejdsaftale med kommunerne
Syd	Augustenborg	Øget tilgængelighed
Syd	Augustenborg	Aflastningsfamilier
Syd	Augustenborg	Intensivt ambulant tilbud
Syd	Augustenborg	Tidlig intervention
Syd	Augustenborg	Relationsbehandlerruddannelse
Syd	Veje	Omlægning til ambulante forløb, mobilteam og dagfkt i sengeafsnit
Syd	OUH	Akut ambulant fkt
		Tidlig interventions team
		Akutteam, øge tilgængelighed og beh. Af dep og angst
Sjælland	Storstrøm	DPC
Sjælland	Storstrøm	Fast casemanager til hver patient
Sjælland	Vestsjælland	Dagfunktion mhp at undgå indlæggelser
Sjælland	Storstrøm	OPT samfinansieret med kommunerne
Sjælland	Roskilde	Sengeafsnit erstattet af dagtilbud
Sjælland	Storstrøm	Specialisering af DP på basisniveau
Hovedstad	Amager	Svære personlighedsforstyrrelser
Hovedstad	Skt. Hans	OPT for retspsykiatriske ptt
Hovedstad		Psykiatrisk rehabilitering
Hovedstad		Omlægning fra stationær til ambulant behandling
Hovedstad	BRK	Manualiseret psykoedukativt forløb for pårørende til psykotiske
Hovedstad	BRK	Psykoseskole
Hovedstad	BRK	Særlig indsats for børn af psykisk syge
Hovedstad	BRK	Male - tegne- terapikursus i gruppe
Hovedstad	BRK	Tilbud om motion til ambulante psykiatriske patienter
Hovedstad	BRK	"Vejen ud" - intensivt kognitivt forløb for angstpatienter
Hovedstad	BRK	Telepsykiatri - primært til pt af anden etnisk herkomst
Hovedstad	RH	Affektive lidelser
Hovedstad	H:S	Angst og OCD behandlingsprogrammer
Hovedstad	H:S	Mindfulness til somatiserings- og PTSD ptt
Hovedstad	H:S	Dialektisk adfærdsterapi
Hovedstad	H:S	OPT
Hovedstad	RH	OPUS
Hovedstad	RH	Ambulant ECT
Hovedstad	Amtet	Intensiv dagbeh. Af ptt med spiseforstyrrelser
Hovedstad	Amtet	Styrkelse af Geroteam
Hovedstad	Amtet	Demensvisitationsprojekt
Hovedstad	Amtet	Flytning af ptt fra dagfunktion til DP
Hovedstad	H:S	Tvæsektoriel samarbejdsgruppe
Hovedstad	H:S	Børnefagligt forum
Hovedstad	H:S	Gravide med psykisk sygdom eller mistanke herom
Hovedstad	H:S	PSP
Hovedstad	Amager	DPC for gerontopsykiatrien

DANSKE  
REGIONER



Dampfærgevej 22  
Postboks 2593  
2100 København Ø

T 35 29 81 00  
F 35 29 83 00  
E [regioner@regioner.dk](mailto:regioner@regioner.dk)  
[www.regioner.dk](http://www.regioner.dk)