

DANSKE  
REGIONER



# God praksis

- i indsatsen for medicinske patienter

God praksis - i indsatsen for medicinske patienter  
2.udgave

Danske Regioner 2010-03-19  
Layout: UHI, Danske Regioner  
Tryk: Danske Regioner

ISBN 978-87-7723-665-5  
Elektronisk ISBN 978-87-7723-666-2

# **God praksis**

- i indsatsen for medicinske patienter

# ■ Indholdsfortegnelse

■	<b>INTRODUKTION TIL EKSEMPELSAMLINGEN.....side 7</b>
	Baggrund.....side 7
	De gode eksempler.....side 7
	Hvad viser eksemplerne.....side 7
	Læsevejledning og indhold.....side 8
	<b>1. FORLØBSKOORDINATION.....side 10</b>
	1.1 Shared Care Team.....side 10
	1.2 Det fælles regionale og kommunale rehabiliteringsprojekt – ”det tværsektorielle koordinationssteam” .....side 13
	1.3 KOL-forløbskoordinator på tværs af sektorer.....side 16
	1.4 Forløbskoordinering i lungecancer-udredning...side 18
	1.5 Forløbskoordination med udgangspunkt i sygeplejefaglig visitation af den akutte patient ...side 19
	Øvrige initiativer omhandlende forløbskoordination ....side 21
	<b>2. UDGÅENDE ENHEDER.....side 22</b>
	2.1 Casemanager med udadgående funktioner for KOL-patienter....side 22
	2.2 Geriatrik-ortopædkirurgisk Team til opfølgning af svage ældre ....side 24
	2.3 Udadgående geriatrike teams.....side 25
	2.4 Vagtberedskabet – akutstue i eget hjem....side 27
	2.5 Udgående akut modtageafsnit...side 28
	2.6 Følge-hjem-projekt...side 30
	2.7 Følge-hjem-team.....side 31
	2.8 Opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse fra hospital...side 33
	2.9 Iltsygeplejerskefunktion til KOL-patienter...side 35
	Øvrige eksempler omhandlende udgående enheder....side 37
	<b>3. AKUTTE OG SUBAKUTTE TILBUD....side 38</b>
	3.1 Subakut dagafsnit med sammedagsudredning.....side 38
	3.2 Konvertering af akutte indlæggelser til subakutte indlæggelser....side 40
	3.3 Ambulant behandling af patienter med diagnosen dyb venetrombose...side 41
	3.4 Subakutte ambulatorietider.....side 42
	3.5 Akut skadestuefunktion for patienter i medicinsk lungeambulatorium...side 43
	3.6 Tidlig intervention til patienter med KOL – et ergo- og fysioterapeutisk projekt...side 44
	Øvrige initiativer omhandlende akutte og subakutte tilbud...side 45

#### **4. ÆNDRET ARBEJDSLÆGSELSE.....side 46**

- 4.1 Sygeplejefaglig visitation....side 46
- 4.2 Projekt Iltsygeplejerske....side 48
- 4.3 Geriatrik tilsyn med patienter med hoftenære frakturer....side 49
- 4.4 Afvikling af stuegang...side 51
- 4.5 Accelereret forløb for patienter med blodprop...side 52
- 4.6. Målsamtale...side 54
- Øvrige initiativer omhandlende ændret arbejdstilrettelæggelse...side 57

#### **5. UDSKRIVELSESKOORDINATION....side 58**

- 5.1 Fremskudt kommunal visitation....side 58
- 5.2 Kommunal udskrivelseskoordinator...side 59
- 5.3 Udskrivelseskoordinatorer i Randers og Norddjurs kommuner....side 60
- 5.4 Udskrivessamtale med tilhørende udskrivelsesark...side 61
- Øvrige initiativer omhandlende udskrivelseskoordination ....side 63

#### **6. KOMPETENCEUDVIKLING...side 64**

- 6.1 Tværfaglig og tværsektoriel kompetenceudvikling mellem hospital og kommune.....side 64
- 6.2 Kvalifikationsspejl i sygeplejen...side 67

#### **7. ANDRE INITIATIVER...side 69**

- 7.1 Center of Excellence.....side 69
- 7.2 Samarbejdsaftale om tværsektorielle borger-/patientforløb – SAM:BO....side 72
- 7.3 Kronikerenheden....side 73
- 7.4 Telemedicinsk hjemmebehandling af diabetiske fodsår ....side 74
- 7.5 Tværsektoriel kvalitet og sammenhæng i genoptræningen ...side 76
- Øvrige eksempler på andre initiativer....side 78



## ■ Introduktion til eksempelsamlingen

### ■ Baggrund

Sundhedsvæsenet står i disse år overfor store udfordringer på det medicinske område. Særligt den gruppe af medicinske patienter, der lider af flere sygdomme, har dårligt socialt netværk og muligvis en social historie oplever uhensigtsmæssige behandlingsforløb og at blive indlagt akut på sygehus, fordi de "ikke kan være andre steder". Mange patienter oplever at de fortsat er indlagt, selvom de er færdigbehandlede og ville have meget bedre af at blive udskrevet og komme tilbage til deres eget hjem eller i et kommunalt plejetilbud. Samtidigt oplever sundhedspersonalet flere steder overbelægnings og flaskehalse bl.a. på grund af uhensigtsmæssige arbejdsgange. Det belaster arbejdsmiljøet og betyder en højere omsætning af personale, og at det kan være vanskeligt at rekruttere det fornødne personale til de medicinske afdelinger.

### ■ De gode eksempler

Gennem de seneste år er der iværksat mange regionale og lokale initiativer med henblik på at forbedre patientforløbet på det medicinske område. Der er mange eksempler på afdelinger, som har arbejdet målrettet med nye løsninger og har opnået gode resultater.

Danske Regioner har indsamlet disse gode eksempler på initiativer, der har gjort en forskel for den medicinske patient eller sundhedspersonalet, som arbejder med denne patientgruppe.

Eksemplerne er beskrevet af kliniske fagfolk, der har arbejdet med forandringer i forhold til den medicinske patient, herunder forløbs- og udskrivelseskoordination, oprettelse af akutte eller subakutte tilbud, udgående enheder og ændrede arbejdsgange. Det primære formål med samlingen er videndeling, og således skal eksemplerne ses som en mulig inspiration til at benytte metoder eller tage afsæt i konkrete afprøvede ideer til forandring i forhold til den medicinske patient.

Eksemplerne ligger også elektronisk i Danske Regioners videns- og idébank, som man får adgang til via Danske Regioners hjemmeside [www.regioner.dk](http://www.regioner.dk). Videns- og idébanken kan løbende blive opdateret med nye eksempler på god praksis.

### ■ Hvad viser eksemplerne?

Eksemplerne viser, at der allerede sker rigtig meget ude i regionerne i forhold til at forbedre indsatsen for særligt de udsatte medicinske patienter. En central konklusion fra de beskrevne initiativer er, at det kan lykkes at skabe forandringer til det bedre på området. Selv relativt enkle initiativer kan betyde markante forbedringer for patient og personale i form af mere sammenhængene patientforløb og bedre arbejdsgange.

Initiativer, der er lykkedes, er karakteriseret ved fælles vilje på tværs af sygehusafdelinger, faggrænser og sektorer (sygehus, almen praksis og kommune) til at skabe forandring. Succeshistorierne hænger således ofte sammen med, at både regionale og kommunale parter har haft ejerskab i forhold til initiativet og at begge sektorer har bidraget med økonomiske og personalemæssige ressourcer. Ressourcerne har ofte – særligt i opstartsperioden – været øremærkede til initiativet. I sjældne tilfælde er der tale om, at der er blevet tilført ekstra eller nye ressourcer til det medicinske område. I de fleste tilfælde er de fornødne ressourcer fremskaffet ved, at man har

flyttet rundt på penge og personale. Mange af de initiativer, som er beskrevet her, er altså set fra et overordnet perspektiv omkostningsneutrale eller har ligefrem medført besparelser på længere sigt.

Erfaringer fra initiativerne viser, at ledelsesmæssig opbakning er af stor betydning for om et initiativ igangsættes, gennemføres og bliver en succes. Ikke kun fordi dette er en forudsætning for at der tildeles ressourcer, men også fordi det giver legitimitet til og opmærksomhed omkring de forandringer initiativet fører med sig. Men også fleksibilitet og forandringsvillighed blandt det sundhedsfaglige personale er vigtig, hvis initiativerne skal føres ud i livet.

Beskrivelserne viser også, at der ligger en stor udfordring i, at få alle aktører på tværs af sektorer på banen. Men efterhånden som det lykkedes og der skabes forståelse for arbejdsprocesser på tværs af faggrænser og sektorer og et fælles sprog omkring den medicinske patient, oplever patienten forbedrede og mere sammenhængende forløb. Ligeledes oplever personalet, at de har stor gavn af vidensdeling på tværs. Flere af initiativerne viser, at der ligger en stor barriere for implementering i form af uvidenhed om initiativerne blandt relevante parter f.eks. praktiserende læger. Formidling og kommunikation mellem fag og sektorer er derfor af stor betydning for om initiativet har effekt for den medicinske patient og personalet, der omgiver denne.

## Læsevejledning og indhold

De enkelte eksempler er beskrevet med udgangspunkt i en skabelon udarbejdet til formålet. Det betyder, at de enkelte initiativtagere har haft begrænset frihed til at beskrive deres initiativ. Derfor kan der være aspekter, som efterfølgende kunne ønskes uddybet, og af den grund er der til alle eksemplerne tilknyttet kontaktoplysninger på de enkelte initiativtagere.

Eksemplerne er opdelt i kapitler, som hver har et tema. Nogle af initiativerne kunne have været placeret under flere temaer, og derfor kan der forekomme overlap mellem temaerne. Under hvert tema er samlet nogle citater, som fortæller om erfaringerne med initiativerne.

Det første kapitel omhandler gode initiativer i forhold til **forløbskoordination**. Den medicinske patient har ofte et komplekst udrednings- og behandlingsforløb og har brug for hjælp på flere fronter, hvilket ofte involverer flere hospitalsafdelinger og sektorer. Derfor er det vigtigt, at understøtte intensive, tværgående og sammenhængende forløb for den medicinske patient. Det kan eksempelvis ske ved forløbskoordination.

Andet kapitel vedrører gode eksempler på **udgående enheder**. Den medicinske patient indlægges eller genindlægges ofte akut, fordi den praktiserende læge eller vagtlægen vurderer, at der er opstået et akut behov for behandling eller pleje. Det er dog ikke altid tilfældet, at patienten behøver sygehusets akutte og specialiserede beredskab. Erfaring viser også, at sygehusindlæggelser kan tage meget hårdt på særligt de ældre patienter og medføre øget svækkelse og bekymringer. Derfor kan det være en mere hensigtsmæssig løsning, at plejen finder sted i patientens eget hjem og forstås af udgående enheder fra sygehuset, således at en unødigt indlæggelse undgås og genindlæggelse forebygges.

Samlingens tredje kapitel handler om **akutte eller subakutte tilbud** i hospitalsregi, som alternativ til indlæggelse. Det er essentielt at sikre, at de medicinske patienter får et hensigtsmæssigt behandlingsforløb målrettet deres behov. Derfor er det vigtigt, at den praktiserende læge og vagtlægen har mulighed for at kunne henvise patienten til hurtig udredning og vurdering på hospitalet, uden nødvendigvis at skulle indlægge patienten. Oprettelse af akutte eller subakutte tilbud kan afhjælpe, at den medicinske patient indlægges unødigt.

Det fjerde kapitel omhandler, hvordan visitation og accelererede forløb understøttes ved at sikre, at **arbejdstilrettelæggelsen** tænkes i forhold til de personaleressourcer, der er til stede. Det handler bl.a. om at facilitere, at personalet tilegner sig nye kompetencer, således at opgaverne kan fordeles mere fleksibelt.

I det femte kapitel findes de gode eksempler på ansættelse af kommunale **udskrivelseskoordinatorer** på hospitalerne. Samarbejde mellem sygehus og kommune er af stor betydning for, hvordan patientforløbet varetages i overgangen fra behandling i hospitalsregi til pleje i den kommunale sektor. Når den medicinske patient er indlagt, er det vigtigt, at patienten efter hurtig diagnosticering og behandling efterfølgende effektivt og forsvaret udskrives til den kommunale sektor. Planlægning og koordination i udskrivelsen sikrer bl.a. at patienter ikke fortsat er indlagt, når de er færdigbehandlede.

Det kræver særlige kompetencer at tage sig af ældre medicinske patienter. Både hos personalet på både sygehusafdelingerne, og i hjemmesygeplejen. I det sjette kapitel om **kompetenceudvikling** beskrives bl.a. interessante erfaringer med at etablere fælles kompetenceudvikling for personale i sygehussektoren og den kommunale sundhedssektor gennem fælles træningsforløb og fælles faglige standarder.

Eksempelsamlingens syvende og sidste kapitel indeholder **initiativer, som bevæger sig udover de nævnte temaer**. Der er bl.a. tale om tværsektorielle tiltag og omfattende strukturelle initiativer, som indeholder flere temaer.

Danske Regioner har modtaget rigtig mange eksempler på god praksis omkring den medicinske patient. Nogle regioner har bidraget særligt meget til samlingen, men det betyder ikke, at der ikke er lige så mange gode initiativer i gang i de øvrige regioner.

Selvom initiativerne er beskrevet ud fra samme skabelon har der været stor forskel på, hvordan de enkelte initiativer er beskrevet. Nogle initiativer er beskrevet helt kort, mens andre er beskrevet i omfattende detaljer. Samtidig har det vist sig, at nogle gode eksempler allerede har bredt sig, og mange initiativer omhandlede temaet om forløbskoordination. Til denne samling er initiativerne udvalgt dels med tanke på, at initiativerne tilsammen skal repræsentere spændevidden i de eksempler på god praksis, som foregår i regionerne, og dels i forhold til detaljeringsgraden initiativerne er beskrevet med. I slutningen af hvert kapitel har vi oplyst de initiativer, som ikke er beskrevet i detaljer i samlingen, men som eksisterer ude på hospitalsafdelingerne og er eksempler på god praksis omkring den medicinske patient.

# 1 Forløbskoordination

Den medicinske patient har ofte et kompleks udrednings- og behandlingsforløb og har brug for hjælp på flere fronter, hvilket ofte involverer flere hospitalsafdelinger og sektorer. Derfor er det vigtigt at understøtte intensive, tværgående og sammenhængende forløb for den medicinske patient, f. eks ved forløbskoordination fortaget af et team eller med en sundhedsfaglig person – udover patientens kontaktperson(er) – som forløbskoordinator.

## **Erfaringer med forløbskoordination**

*Citater fra involverede personer:*

*- Risikoen for at falde mellem to stole blev minimeret for den ældre borger i Odder; man tilbød og realiserede "det gode patientforløb" fra første symptom til fuld restitution, og der blev skabt en øget dialog på tværs af sektorgrænsen.*

*Projektet byggede på både en regional og kommunal indsats, hvilket betød, at begge parter følte ejerskab for projektet og projektinterventionerne.*

*Samarbejdet gled lettere og lettere efterhånden, som der blev indført et fælles sprog og en fælles forståelse mellem hospital og kommune.*

*Der ligger en stor udfordring i at få alle aktører på tværs af sektorer på banen.*

*Hospitalsledelsen har været meget interesseret i projektet og fulgt det.*

## 1.1 Shared Care Team

Linda Kirkegaard  
linda.kirkegaard@stab.rm.dk  
Medicinsk og kirurgisk speciale  
Regionshospitalet Silkeborg  
Region Midtjylland

### Udgangspunkt for initiativet

Shared Care Team (SCT) blev i maj 2004 etableret på baggrund af en aftale mellem Regionshospitalet Silkeborg og Silkeborg Kommune. Dette udsprang af, at hjemmeplejen i Silkeborg Kommune gennem nogle år frem til 2003 havde en oplevelse af, at det fungerede dårligt med de komplicerede udskrivningsforløb af medicinske patienter fra Regionshospitalet Silkeborg. I en drøftelse mellem Silkeborg Kommune og Regionshospitalet Silkeborg om, hvordan udskrivningsforløbene kunne styrkes, opstod i 2003 idéen til SCT. Derfor blev SCT skrevet ind i samarbejdsaftalen mellem Regionshospitalet Silkeborg og Silkeborg Kommune, og det aftaltes, at der skulle etableres et tværfagligt team bestående af en læge, en sygeplejerske og en terapeut. Sidenhen kom også Skanderborg og Favrskov Kommune med i ordningen.

## Beskrivelse af initiativet

### Formålet med initiativet

Formålet med SCT er at sikre, at patientens overgange mellem hjem-sygehus-hjem bliver så smidige, at patienten ikke oplever sektorgrænser. Patienten skal opleve et forløb med en god indlæggelse og en god udskrivning, hvor kommunikation, koordinering og kontinuitet indgår som nøgleord.

SCT kan derfor karakteriseres som en forløbskoordinerende funktion, som arbejder med patienter, der krydser grænsen mellem sekundær- og primærsektor. Teamets arbejdsopgaver kan rubriceres i tre hovedtyper:

1. Forebyggende indlæggelser
2. Afkorte indlæggelser
3. Forestå komplicerede udskrivelser

Målgruppen for initiativet var fra start patienter fra Silkeborg Kommune, med flere konkurrerende lidelser, hvor der kan forudses en kompliceret indlæggelse og udskrivning. Teamet etableredes inden for det medicinske speciale med efterfølgende udbredelse til kirurgiske specialer.

I dag frasorterer teamet ikke længere patienterne på baggrund af bopæl og sygehuspecialer. 74 % af SCT's patienter er over 75 år. SCT behandler ca. 60 % kvinder og 40 % mænd, hvilket afspejler den generelle kønsfordeling for borgere på 75 år eller derover.

### Tids- og ressourceforbrug

Ved SCT's opstart i foråret 2004 bestod teamet af følgende stillinger – en læge (0,5 stilling), en sygeplejerske (1 stilling) og en terapeut (1 stilling). Teamet blev i 2007 opnormeret med en ekstra sygeplejerskestilling (30 timer) og består pr. 01.02.09 af en speciallæge, to sygeplejersker og en fysioterapeut. Teamet fik ved etableringen stillet kontorfaciliteter til rådighed, og der blev indkøbt en bil til teamet.

Ved opstart finansierede Silkeborg Kommune terapeutstillingen, mens Silkeborg Centralsygehus/Århus Amt finansierede læge- og sygeplejerskestilling. Med Favrskov og Skanderborg Kommuner deltagelse er de årlige omkostninger til driften af SCT 1,85 mio. kr. Lønudgifterne til SCT beløber sig med den nuværende bemanning til 1,7 mio. kr. årligt, hertil kommer udgifter til kørsel, kontorhold mv. svarende til ca. 150.000 kr. årligt. Regionshospitalet Silkeborg finansierer 1,1 mio. kr., mens Silkeborg, Favrskov og Skanderborg Kommune i alt bidrager med 750.000 kr. årligt til teamets drift. Den kommunale andel af udgiften fordeles mellem de tre kommuner efter deres respektive forbrug på henholdsvis de medicinske og kirurgiske afdelinger.

## Læring, evaluering og erfaring

DSI har udarbejdet en procesevaluering af SCT. Denne evaluering har vist, at SCT har en lang række styrker, som tilsammen betyder, at teamet har bedre forudsætninger end afdelingerne på Regionshospitalet Silkeborg til at sikre et mere sammenhængende patientforløb. Styrkerne er: langsigtet fokus på bæredygtig tilbagevenden til primærsektor, udskrivningsmøder og udgående aktiviteter, god dialog med patienter og pårørende, samarbejde gennem tværsektorielt perspektiv, troværdighed og fleksibilitet.

Evalueringen identificerer ligeledes nogle svagheder ved SCT, som med fordel kan anses som udviklingspotentiale for teamet i fremtiden. Disse er: primærsektor bruger kun sjældent SCT til forebyggelse af indlæggelser, mangelfuldt kendskab til og information om SCT, kommunikationsproblemer, fejl i medicinen ved teamets komplicerede udskrivelser, uhensigtsmæssigheder i teamets interne arbejdstilrettelæggelse.

Når man sammenholder styrker og svagheder, ser SCT ud til at være en god løsning på problemet. Teamet har på en række parametre bedre forudsætninger end afdelingerne for at levere en bæredygtig overgang til primærsektor. Dette gælder både i forhold til tid, kontinuitet, kendskab til muligheder og begrænsninger i primærsektor. Endvidere bør de udgående aktiviteter, udskrivningssamtaler fremhæves som teamets centrale styrker. Endelig er det en afgørende styrke, at teamet har samarbejdsrelationer til primærsektor, som er præget af troværdighed, fleksibilitet, og hyppig kontakt. Selvom SCT fortsat står over for nogle udfordringer, så vurderes udfordringerne ikke som uoverkommelige. Derfor har man med teamet tilsyneladende fundet en hensigtsmæssig model for at håndtere, de udfordringer accelereret patientforløb giver for det tværsektorielle samarbejde om svage, ældre patienters udskrivelse fra hospitalet. Den samtidige kombination af kvalitet og effektivitet, samt helhedsblikket for patientens forløb gennem både det sekundære og primære sundhedsvæsen, er nogle af teamets største potentielle styrker.

På baggrund af evalueringen kan der gives følgende anbefalinger til andre, som skal i gang med udvikling og implementering af lignende interventioner:

**Geografiske afgrænsninger bør undgås:** Da SCT blev introduceret, var ordningen afgrænset til borgere fra Silkeborg Kommune, og det viste sig hurtigt at være for kompliceret at administrere. Ud fra et driftsmæssigt perspektiv anbefales det derfor, at lignende ordninger tilbydes til alle relevante patienter i hospitalets optageområde.

**Teamet bør have initiativretten:** Når lignende teams udvikles, bør man være opmærksom på, hvem der kan tage initiativet til, at teamet kobles på et patientforløb. Det er særligt vanskeligt at få et team implementeret, hvis teamet er afhængig af et udefrakommende initiativ – særligt hvis teamet samtidig ikke er specielt synlig for dem, som skal tage initiativet. Både initiativretten og synlighed er med til at forklare, hvorfor to af SCT's hovedopgaver i dag er implementeret, mens den tredje opgave (forebygge indlæggelser) endnu ikke er kommet i gang. Hvis et team ikke har mulighed for at tage initiativ og heller ikke er synlig blandt dem der har initiativretten, så bør der kompenseres herfor gennem ikke mindst vedvarende markedsføring af teamet overfor de aktører, der kan tage initiativet.

**Inddrag samarbejdspartnere i udviklingen:** Dette tager selvfølgelig ekstra tid, men det vurderes at kunne modvirke initial modstand og styrke brugen af interventionen.

**Regelmæssighed i lægedækning bør sikres:** Hvis interventionen kræver lægelig deltagelse – som det fx ofte vil være tilfældet ved SCT's forebyggende indsatser, så er det vigtigt, at der sikres en regelmæssighed i lægedækningen. Manglende regelmæssighed kan skabe usikkerhed hos samarbejdspartnere omkring, hvilke muligheder interventionen giver og dermed begrænse samarbejdspartnernes brug af interventionen.

### **Opfølgning og det videre arbejde**

Formålet med SCT er som nævnt at skabe et samarbejde om forløbskoordinering for herved at sikre sammenhængende patientforløb, hvilket er yderst relevant inden for specielt det medicinske speciale og kirurgiske specialer. Initiativet falder godt i tråd med andre tiltag, som er i gang i den danske sundhedssektor, som f.eks. udgående geriatriske teams, kommunalt ansatte udskrivningskoordinatorer, "følge-hjem-ordninger", opfølgende hjemmebesøg og kommunale caremanagers. Trods dette fokus er der dog kun ganske lidt nyere forskning på området. Procesevalueringen af SCT på Regionshospitalet Silkeborg kan derfor bidrage til opbygningen af denne viden, idet ordningen har været i drift i næsten fem år, og således indeholder en del viden om nye måder at sikre det sammenhængende patientforløb på.

## 1.2 Det fælles regionale og kommunale rehabiliteringsprojekt – ”det tværsektorielle koordinationssteam”

Rikke Møller Jensen  
rikke.moller.jensen@horsens.rm.dk  
Geriatrisk speciale  
Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder  
Region Midtjylland

### Udgangspunkt for initiativet

På det tidligere Centralsygehus, der i dag hedder Regionshospitalet Odder, var der et rehabiliteringsafsnit med 12 døgnbemandede senge, der blev anvendt til rehabilitering af geriatriske patienter efter akut indlæggelse på enten Århus Sygehus eller Regionshospitalet Horsens. Afsnittet var normeret til 14 senge, men en del af normeringen gik til udadgående funktioner.

Der havde gennem en årrække været tæt samarbejde mellem det tidligere Odder Central Sygehus og Odder Kommune, og dette samarbejde ønskedes yderligere udviklet med det formål at tilbyde patienterne sammenhængende patientforløb fra første symptom til fuld restitution uanset, hvilken instans der ydede hjælp til borgeren.

### Beskrivelse af initiativet

#### Formålet med initiativet

Hvidbogen om rehabilitering i Danmark anbefaler, at man som rehabiliteringsinstitution med udgangspunkt i hvidbogens definition af rehabilitering bør konkretisere, beskrive og operationalisere den specifikke praksis i forhold til mål, målgruppe, metoder, indsatser, evaluering, dokumentation og løbende udvikling.

Med udgangspunkt i hvidbogens anbefalinger samt national og international litteratur på området ønskede man at udvikle og implementere et tæt samarbejde på tværs af fag og sektorer lokalt i Odder. Der blev nedsat en styregruppe og arbejdsgruppe for projektet med repræsentanter fra både hospitalet og kommunen.

Formålet med projektet var:

- at reducere antallet af overgange (overgange = flytte borgeren fra en afdeling/sekter til en anden)
- at gøre overgange fra en afdeling/sekter til en anden glidende og velkoordinerede for såvel personale som borgere
- at borgeren opnår en bedring af funktionsevne
- at rehabiliteringspersonalet gennem ICF (international klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand) opnår en ensartet forståelse af rehabilitering, således at rehabiliteringsforløbene tager udgangspunkt i borgeren og dennes hele livssituation
- at såvel borgere som personale oplever hensigtsmæssige og effektive arbejdsgange

Der blev foretaget en række interventioner for at opnå projektets formål. En intervention, som blev implementeret og forankret med særlig stor succes i den daglige drift, var oprettelse af ”det tværsektorielle koordinationssteam”.

Formålet med det tværsektorielle koordinationssteam var:

- at sikre sammenhæng og koordinering mellem de forskellige indsatser/sektorer/afdelinger
- at afhjælpe fagfolks manglende kendskab til de lokale muligheder, der findes

- at skabe helhed for borgeren, dvs. binde enkeltdele sammen til en sammenhængende plan
- at sikre at tiltagene kan relateres til borgerens daglige livsførelse, og at de kan gennemføres
- at minimere risikoen for, at borgeren "falder mellem to stole"

Teamet varetog visitationer for ældre Odder-borgere, der havde sammensatte behov og brug for en rehabiliteringsindsats. Henvisning til det tværsektorielle koordinations-team skete ud fra et skema, der var bygget op med ICF som forståelsesramme, og som beskrev borgeren i en form, der gav det tværsektorielle koordinations-team mulighed for at visitere til det rette forløb. Derudover blev indlagte patienter/borgere på rehabiliteringsafsnittet og det kommunale træningscenter gennemgået med henblik på at sikre, at disse fik den rette indsats i det videre forløb.

Det tværsektorielle koordinations-team visiterede borgerne ud fra følgende kriterier:

- borgerens individuelle behov og ønsker til et af de rehabiliteringstilbud, der findes i Odder
- borgeren oplever så få overgange i deres rehabilitering som muligt
- borgeren oplever høj kvalitet
- borgeren oplever forløb, der er sammenhængende og koordinerede

Sygehusene, praktiserende læger og kommunens visitationsteam kunne henvise til teamet.

Det tværfaglige koordinations-team var tværfagligt repræsenteret med personer, der havde beslutningskompetencer og var derfor repræsenteret med en repræsentant fra afdelingsledelsen fra rehabiliteringsafsnittet, en repræsentant fra Odder Kommunes Træningscenter, en repræsentant fra Odder Kommunes Visitationsteam, en repræsentant fra Odder Kommunes Hjemmepleje og en geriatrisk læge fra rehabiliteringsafsnittet. Team-medlemmerne var alle bekendte med indholdet i de "moderne rehabiliteringstanker", der bl.a. omhandler brugerinddragelse, tværfaglighed, vidensbasering mm.

Teamet mødtes en gang om ugen i tre kvarter. Sagerne meldes ud til medlemmerne inden mødet, således at alle havde mulighed for at forbedre sig til mødet. På møderne blev der udarbejdet et rehabiliteringstilbud til borgeren, og der blev sendt skriftlige tilbagemeldinger på henvisninger, der kom fra de praktiserende læger.

### **Tids- og ressourceforbrug**

Århus Sygehus (herunder Odder Sygehus) søgte om puljemidler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets pulje: "Styrkelse af indsatsen for den ældre medicinske patient" og fik bevilliget 1,5 mio. til projektet.

Der blev ansat en projektleder, Majbritt Veise Blohm, som skulle varetage projektet i perioden fra 01.11.04 til 01.05.07. Der blev nedsat en arbejdsgruppe og en styregruppe, hvor der var en til to repræsentanter fra hver instans.

Der blev afholdt ressourcer i forbindelse de tværsektorielle møder samt i forbindelse med to evalueringer af det tværsektorielle koordinations-team i form af fokusgruppeinterview.

Følgende aktører har været involveret i projektet: Rehabiliteringsafsnittet (Århus Sygehus, geriatrisk afdeling indtil 01.01.07 herefter Regions Horsens, medicinsk afdeling); Odder Kommunes Træningscenter herunder tæt samarbejde med distriktsterapeuter og korttidsafsnit; Odder Kommunes Visitationsteam; Odder Kommunes Hjemmepleje samt praktiserende læger i Odder.

### **Implementering og forandringspotentiale**

Gennem projektet blev der skabt en "indgang" til rehabilitering af den ældre borger i form af det tværsektorielle koordinations-team, hvilket betød, at de udviklede et indgående kendskab til rehabiliteringstilbuddene i Odder; der blev udviklet et indgående kendskab til hinanden og der blev opbygget et enestående samarbejde

på tværs af fag og sektorer; der blev udviklet simple arbejdsgange; risikoen for at falde mellem to stole blev minimeret for den ældre borger i Odder; man tilbød og realiserede "det gode patientforløb" fra første symptom til fuld restitution, og der blev skabt en øget dialog på tværs af sektorgrænsen.

Alle parter gik åbent, positivt og samarbejdsvillig ind i etableringen af det tværsektorielle koordinationssteam. Dette kan hænge sammen, at projektet byggede på både en regional og kommunal indsats, hvilket betød, at begge parter følte ejerskab til projektet og projektinterventionerne.

Samarbejdet gled lettere og lettere efterhånden, som der blev indført et fælles sprog og en fælles forståelse mellem hospital og kommune i form af ICF som referenceramme. Efterhånden som man fik kendskab til og forståelse for hinandens tilbud, blev fleksibiliteten i tilbuddene større, således at man kunne skræddersy rehabiliteringsforløbet til den enkelte borger.

## Læring, evaluering og erfaring

Der blev afholdt to evalueringer af det tværsektorielle koordinationssteam i form af gruppeinterviews blandt medlemmer i teamet.

Der var blandt medlemmerne i teamet bred enighed om følgende:

- møderne er gode, og deltagerne føler stor gavn af at deltage
- mødestrukturen med møde en gang om ugen i 45 minutter fungerer godt
- der er stor opbakning og ansvarlighedsfølelse for møderne
- man har i perioden ikke oplevet borgere, der er "faldet mellem to stole"
- der er god faglig sparring, hvor alle byder ind
- der udvikles et godt kendskab til hinanden og hinandens arbejdsområder
- det er af stor værdi, at det tværsektorielle koordinationssteam er tværfagligt sammensat
- det letter arbejdsgangene og mindsker antallet af telefonopringninger til de involverede afdelinger
- det giver et indgående kendskab til viften af tilbud til borgere
- tilbuddene til borgerne bliver mere velovervejede, og forhåbentligt mærker borgeren en bedre koordinering
- der skal fortsat være fortløbende evaluering af møderne for at sikre, at vi tværsektorielt arbejder med fokus på rehabilitering

De praktiserende læger gav følgende kommentar vedrørende deres oplevelse af det tværsektorielle koordinationssteam:

- anstændigt
- fungerer godt
- relevant visitering
- gode tilbagemeldinger fra teamet vedrørende rehabiliteringsplanerne

Hvis noget skulle være gjort anderledes, kunne man fra projektets start have udpeget en tovholder eller formand for det tværsektorielle koordinationssteam, som skulle have det overordnede ansvar. Ligeledes skulle de enkelte repræsentanters opgaver i teamet have været defineret mere klart fra projektets start.

## Opfølgning og videre arbejde

Det tværsektorielle koordinationssteam blev fremover en fast del af rehabiliteringsarbejdet i Odder, indtil rehabiliteringsafsnittet på Regionhospitalet Odder blev lukket den 01.01.09. Det tværsektorielle koordinationssteam fik en tovholder, og man fik i teamet snakket igennem, hvilke opgaver man hver især havde i teamet for at kunne bidrage til de mest optimale rehabiliteringsforløb med patienten i centrum. Der kom mange succes- og solstrålehistorier ud af arbejdet i det tværsektorielle koordinationssteam.

## 1.3 KOL-forløbskoordinator på tværs af sektorer

Annette Fenger  
Annette.fenger@viborg.rm.dk  
Lungemedicinsk speciale  
Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup  
Region Midtjylland

### Udgangspunkt for initiativet

I forbindelse med kommunalreformen af 2007 er det ifølge sundhedslovens § 119 Region Midtjylland, der varetager den patientrettede forebyggelse, som finder sted i almen praksis og på hospitaler. Kommunerne har ifølge loven ansvaret for den borgerrettede forebyggelse.

Der er mellem Region Midtjylland og kommunerne enighed om, at man på sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet tager udgangspunkt i at skabe sammenhængende forløb for den enkelte patient med fokus på patientens ressourcer, behov og vilkår. Der er særlig fokus på at skabe rammer, der bidrager til at mobilisere den enkelte patients ressourcer og handlekompetence, herunder at inddrage patientens netværk samt tage højde for patientens socioøkonomiske vilkår. Vi ønskede at være proaktive i det tværsektorielle patientforløb men måtte erkende, at der ligger en stor udfordring i at få alle aktører på tværs af sektorer på banen.

Med baggrund i dette blev der taget initiativ til at oprette delestillinger mellem primærområdet og hospitalsområdet - også kaldet forløbskoordinatorer. Stillingerne blev oprettet i et samarbejde mellem Regionshospitalet Viborg, Skive, Kjellerup samt Viborg og Skive kommuner.

### Beskrivelse af initiativet

#### Formålet med initiativet

Projektets formål var:

- at tilbyde patienter med diagnosticerede KOL en forebyggende og sundhedsfremmende indsats, for at forbedre deres livssituation og undgå forværring af sygdommen med deraf følgende indlæggelse
- at patienterne får mulighed for netværksdannelse
- at sikre et sammenhængende patientforløb på tværs af sektorerne; hospital, praktiserende læger og kommuner
- at sikre vidensformidling på tværs af sektorer
- at udvikle og implementere forløbsprogrammer på KOL-området
- at udvikle forebyggende og opfølgende tiltag i Skive og Viborg kommuner

Projektet søges gennemført i perioden 01.03.08 til 28.02.10. Hospitalet og kommunen har i fællesskab ansat to sundhedsfaglige personer til varetagelse af den forløbskoordinerende opgave. De er ansat, således at deres arbejdstid er fordelt og betales med 50 % i regionen/hospitalet og 50 % i kommunerne. Kommunerne deler i forhold til indbyggerantal disponeret af koordinatorerne selv.

Projektet har en styregruppe bestående af:

Regionshospitalet Viborg, Skive, Kjellerup: Ulla Bleshøj og Annette Fenger, Jørn Jakobsen.

Viborg kommune: Anne Marie Haaning Andersen og Hanne Hvingelby, Vibeke Juul Dalengaard.

Skive kommune: Marianne Frost og Eva Henriksen.

## **Metoden:**

KOL-patienterne henvises til projektet via de kommunale visitationsafdelinger, fra praktiserende læger og fra hospitaler efter fastlagte eller vejledende kriterier. Efter henvendelse fra praksis eller hospital tilbydes patienten en uddybende samtale med forløbskoordinatoren, der vil vejlede om de kommunale tilbud og henvise til relevante tiltag.

Forløbskoordinatorerne har en sundhedsfaglig baggrund med særlige kompetencer inden for arbejdet med KOL-patienter. De har tilknytning til såvel kommune som hospital, for at sikre ensartethed i forhold til vejledning og anbefalingerne. De skal sikre, at ny viden inden for behandling og pleje af KOL-patienter samt viden om kommunale ressourcer udnyttes optimalt.

Ud fra anbefalingerne i KOL-programmet tilbydes:

- undervisning i mestring af KOL
- rygeafvænning
- fysisk træning
- ernæringsvejledning
- psykosocial støtte
- vejledning i brug af medicin

Forløbskoordinatoren tilbyder undervisning og vejledning af kommunale ressourcepersoner i hjemmeplejen med henblik på servicering af patienter med sværere KOL.

Der har været aktører fra hospital/region, kommune og praktiserende læger. Samtlige praktiserende læger i området har haft besøg af forløbskoordinatorerne. I kommunerne har projektet været forankret hos overordnede ledere samt de daglige ledere for forløbskoordinatorerne. På hospitalet har initiativet været forankret i medicinsk afdeling samt i terapiafdelingen dels hos de overordnede ledere og dels hos de daglige ledere på de respektive arbejdssteder. Hospitalsledelsen har været meget interesseret i projektet og fulgt det.

## **Implementering og forandringspotentiale**

Projektet er endnu ikke afsluttet, men allerede nu kan det konstateres, at det har været en succes. Rigtig mange KOL-patienter henvises til forløbskoordinatoren, og der er venteliste til undervisningen. Det betyder, at projektet har vundet genklang hos de praktiserende læger, hvilket er første skridt på vejen til bedre samarbejde mellem sektorerne og derved mere sammenhængende patientforløb. Projektet har ligeledes bidraget til vidensdeling på tværs af sektorer.

## **Læring, evaluering og erfaring**

DSI har været med til at evaluere organiseringen af forløbskoordinatorfunktionen. Rapporten beskriver muligheder og barrierer for udøvelse af funktionen og kan findes på [www.dsi.dk](http://www.dsi.dk). Effekten af indsatsen i forhold til KOL-patienten bliver evalueret til efteråret.

Erfaringen viser, at der ligger en stor udfordring i at få alle aktører på banen i implementeringsfasen. Projektet har ligeledes vist, at der er stor behov for vidensformidling på tværs af sektorer for at optimere kvaliteten i patientforløbene.

## **Opfølgning og det videre arbejde**

Projektet er stadig under udvikling. Bl.a. er initiativet blevet udvidet med en følge-hjem-funktion, som indtil videre er en stor succes.

## 1.4 Forløbskoordinering i lungecancer-udredning

Asbjørn Høegholm, specialeansvarlig overlæge  
ahoe@regionsjaelland.dk

Lone Baatz Lorentzen, forløbskoordinator  
lblo@regionsjaelland.dk,

Marianne Vind, klinisk udviklingssygeplejerske  
mvi@regionsjaelland.dk

Dorthe Stougaard, afdelingssygeplejerske  
dos@regionsjaelland.dk

Lungemedicinsk afdeling, bronkoskopistuen,  
infiltratenheden, medicinsk sengeafdeling 14  
Sygehus Syd, Region Sjælland

### Udgangspunkt for initiativet

Som led i aftalen om gennemførelse af målsætningen for akut behandling til kræftpatienter blev der i 2007 indgået aftale om indførelse af lungekræftpakken mellem regeringen og Danske Regioner. Forløbskoordinering er en del af dette. Initiativtagere er specialeansvarlig overlæge Asbjørn Høegholm og forløbskoordinator Lone Baatz Lorentzen.

Man ønskede et overblik over lungecancerpatienters udredning mht. ventetidsgarantioverholdelse i forhold til henholdsvis visitation, udredningstid og en flaskehalsovervågning af, hvor i udredningen ventetiden måtte være. En løsning heraf og samtidig også en smidig udredning med en direkte, hurtig og professionel kontakt til patienten ønskedes. Forløbskoordinatoren fungerer under hele forløbet som patientens kontaktperson.

En kvalitetssikring for patienten ved afholdelse af multidisciplinære konferencer ugentligt, hvor der er deltagelse af lungemediciner, radiolog, klinisk fysiolog, patolog, onkolog, øre-næse-hals-læge, og thoraxkirurg fra Rigshospitalet var også målet. På disse konferencer konfereres patienterne, diagnosen drøftes og en endelig plan og evt. videre udredning og behandling fastsættes.

### Beskrivelse af initiativet

Afgørende for dets udformning var erfaringerne med lungecancerudredning og kendskab til, hvilke emner, der måtte være væsentlige at notere på den enkelte patient. Frem for alt var det vigtigt at opnå et hurtigt overblik.

Idéen blev udmyntet i form af et forløbskoordineringsskema indeholdende alle ovenfor beskrevet væsentlige notater. Arbejdet blev derefter fordelt, så forløbskoordinatoren er den første sygeplejefaglige person patienten har kontakt med pr. telefon efter lægen. Forløbskoordinatoren indkalder, booker, sørger for svar på undersøgelser, rekvirerer henvisninger mv. – i det hele taget holder den røde tråd i patientens forløb/orientering fra henvist til udredt og evt. viderehenvist til andet. Samtidig er forløbskoordinatoren koordinator for multidisciplinære konferencer.

### Aktører/deltagere i forbindelse med initiativet

Specialeansvarlig overlæge

Forløbskoordinator

Afdelingssygeplejerske

Sekretær

Aktørerne har udarbejdet indholdet i forløbskoordineringen, forløbskoordineringsskemaet og funktionsbeskrivelsen.

## **Tidsforbrug og ressourceforbrug**

Forløbsperiode: Fra 1. januar 2008.

Forløbskoordineringen er etableret personalemæssigt og økonomisk på forventet efterbevilling. Det har kostet en del over- og weekendarbejde for aktørerne og dermed et afsavn hos kollegaer af sygeplejersken. En stor indsats, som har krævet hårdt arbejde og engagement mv.

## **Implementering og forandringspotentiale**

Målene er nået.

Det har været vanskeligt at få arbejdsplads med arbejdsro, da det var en ny-oprettet stilling/funktion. Nu er der dog kommet et nyt sekretariat, hvor forløbskoordineringen har sæde.

Det har været en udfordring at opstarte en ny funktion med oprettelse af funktionsbeskrivelse, daglig funktion mv. Forløbskoordinatoren kom fra et job som specialeansvarlig bronkoskopisygeplejerske med 10 års erfaring i specialet, hvilket har været en kæmpe fordel.

## **Læring, evaluering og erfaring**

Et godt råd i forhold til et initiativ som dette, er at ansætte personale med en del års erfaring i specialet, der brænder for initiativet.

Det er afgørende at der er opbakning fra såvel aktører som ledelse.

## **Opfølgning og videre arbejde**

IT-chef fra Regionshuset i Sorø og forløbskoordinatoren arbejder i øjeblikket på at gøre forløbskoordineringsskemaet elektronisk. Dette gør det mindre sårbart, så andre end den ene forløbskoordinator kan ajourføre og forløbskoordinere. Det er tilgængeligt for læger, sygeplejersker mv., der måtte have fordel og interesse i patientens forløb og væsentlige data. Samtidig kan det anvendes som skabelon til andre kræftområder.

Flaskehalse synliggøres, så det er muligt at fordele ressourcer hvad angår apparatur og personale i infiltrationsenheden, røntgenafdelingen, nuklearmedicinsk afdeling, patologisk afdeling, onkologisk afdeling og endeligt udmelding af ventetidsopgørelser – ligeledes på thoraxkirurgisk afdeling, Rigshospitalet.

## **1.5 Forløbskoordination med udgangspunkt i sygeplejefaglig visitation af den akutte patient**

Kathe Torp Jensen, koordinerende/visiterende sygeplejerske  
ktjs@regionsjælland.dk

Birthe Runoberg Nielsen, ledende oversygeplejerske

Marianne Vind, klinisk udviklingssygeplejerske

Medicinsk afdeling i Næstved i samarbejde med Nykøbing F. og Nakskov Sygehus  
Sygehus Syd (Næstved), Region Sjælland

## Udgangspunkt for initiativet

På grund af massiv overbelægning tog den daværende sygehusledelse og FBE (funktionsbærende enheder)-ledelsen initiativ til sygeplejefaglig visitation på hverdage mellem kl. 8 og 15 for at sikre at patienterne var på det rette sted og for at udnytte senge-kapaciteten bedst muligt.

## Beskrivelse af initiativet

### Formål:

- Sikre gode medicinske patientforløb, herunder forebyggelse og håndtering af overbelægning i medicinsk afdeling, Sygehus Syd.
- Sikre at den medicinske patient blev visiteret til den mest relevante sygehusmatrikel/speciale.
- Bedre udnyttelse af sengekapaciteten.
- Aflastning af de vagtbærende læger.

Sikre hensigtsmæssige patientforløb for de patienter, der befinder sig i gråzonen mellem forskellige specialer.

Pilotprojektet omhandlede visitationen mellem Næstved og Fakse Sygehus. Derefter blev øvrige matrikler inddraget. Den sundhedsfaglige afdeling i Næstved udarbejdede projektbeskrivelsen. Denne blev internt evalueret efter 3 mdr., 1/2 år og 1 år i samarbejde med praksiskoordinatorer.

### Aktører/deltagere i forbindelse med initiativet

Udover de allerede angivne personer har FBE-ledelsen (funktionsbærende enheder)-ledelsen og afsnitsledelserne i medicinsk afdeling deltaget sammen med den visiterende sygeplejerske, visiterende overlæge og praksiskoordinatoren. Disse har aktivt deltaget i visitationen og evalueringen.

Siden 2007 har den visiterende sygeplejerske været ansat primært som visitator med afløsning af sygeplejersker fra AMA (Akut Medicinsk Modtageafsnit) i Næstved og Nykøbing F.

Projektet har været organiseret på følgende måde:

- En styregruppe bestående af sundhedsfaglig afdeling, FBE-ledelsen, praksiskoordinator og den visiterende sygeplejerske.
- En arbejdsgruppe med afdelingsledelsen, afsnitsledelserne, visitator/sygeplejersken samt visiterende overlæge fra AMA.

### Tidsforbrug og ressourceforbrug

Forløbsperiode: Startede som pilotprojekt i 2006 og derefter blev det sat i drift i 2007.

Tidsmæssigt har der været afholdt følgende møder:

- 8-10 møder á ca. 2 timer med deltagelse af ca. 10 personer
- Ca. 5 møder med 20 afdelingssygeplejersker
- 3 møder med ca. 20 personer fra andre specialer

### Implementering og forandringspotentiale

Vi mener at have nået de opsatte mål idet overbelægningen er minimeret samt at der er opnået en mere ligelig fordeling af patienter på matriklerne. De praktiserende læger har evalueret visitationen yderst positivt både for samarbejde og for koordinationen af indlæggelser.

Samarbejde med hjemmeplejen er optimeret, idet der foregår et tæt samarbejde med de koordinerende visitatorer fra kommunerne, som kommer dagligt på sygehuset på hverdage.

Det er synligt at kvaliteten af patientforløbene er blevet væsentlig forbedret, da der er mere fokus på overgange i forløbet.

Den centrale visitation har bidraget til tættere koordinering til den interne visitation, som består af de medicinske afsnit på alle tre matrikler.

Det har været spændende og motiverende at arbejde med en metode, hvor der afprøves og ændres kontinuert på baggrund af evalueringerne. Der har været stor opbakning fra lægegruppen og medicinsk afdelingsledelse til projektet.

En barriere har været at få patienter omvisiteret til andre specialer end det medicinske.

## Læring, evaluering og erfaring

### Evaluering

Skulle det gøres anderledes, bør der medtænkes organiseringen af en central visitation, hvori de øvrige specialer indgår med personalemæssige ressourcer.

Det har betydning for succes, at visitator har motivationen og de rette kompetencer.

### Erfaringer

Det har været en spændende proces, som involverede mange aktører i medicinsk afdeling, modtagelserne og de skærende specialer. Der har generelt været en stor motivation til stede kollegaerne iblandt samt fra den medicinske afdelingsledelse og ledelser fra skærende specialer. Det har styrket og udviklet kompetencerne i afdelingen og øget sammenhængskraften i afdelingen.

En central visitation kræver et meget tæt samarbejde med lægerne også fra øvrige specialer, idet der vil forekomme flere omvisiteringer dagligt. Der skal sikres sygeplejeressourcer således, at funktionen ikke bliver sårbar.

### Opfølgning og videre arbejde

Den centrale visitation kan medtænkes i forhold til triagefunktionen (vurdering og prioritering af patientens sygdomstilstand) og/eller i forhold til den visiterende og koordinerende interne funktion. Der kunne tænkes inkorporeret en fælles central visitation i regionen delt i Syd og Nord for medicinske afdelinger fra alle specialer.

### Andet

Den centrale sygeplejefaglige visitation medvirker til en fortsat refleksion og udvikling af patientforløb:

- At tænke udskrivelse allerede ved indlæggelse
- At tænke overgange og logistik
- At sikre at patienten hele tiden befinder sig på rette sted til den rigtige behandling.

## Øvrige initiativer omhandlende forløbskoordination

- Casemanager i palliation, Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder, Kirsten Dahl, [kirsten.dahl.knudsen@horsens.rm.dk](mailto:kirsten.dahl.knudsen@horsens.rm.dk), og Henriette Kaae, [henriette.kaae@horsens.rm.dk](mailto:henriette.kaae@horsens.rm.dk)
- Koordinatorfunktion i kardiologisk afsnit, Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder, Kirsten Lysdahl, [kirsten.lysdahl@horsens.rm.dk](mailto:kirsten.lysdahl@horsens.rm.dk), og Henriette Kaae, [henriette.kaae@horsens.rm.dk](mailto:henriette.kaae@horsens.rm.dk)
- Sygeplejefaglig forløbskoordinator, Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder, Kiss Ruben Larsen, [kiss.larsen@horsens.rm.dk](mailto:kiss.larsen@horsens.rm.dk)
- Pakkeforløb for mistanke om kræft uden organspecifikke symptomer, Intern Medicin, Regionshospitalet Silkeborg, Regions Midtjylland, ledende overlæge Ulrich Fredberg, [ulifred@rm.dk](mailto:ulifred@rm.dk)
- Konvertering af akut indlagte til ambulante – Tværfaglig Dagklinik Intern Medicin, Regionshospitalet Silkeborg, Regions Midtjylland, ledende overlæge Ulrich Fredberg, [ulifred@rm.dk](mailto:ulifred@rm.dk)

## 2 Udgående enheder

Den medicinske patient indlægges eller genindlægges ofte akut, fordi den praktiserende læge eller vagtlægen vurderer, at der er opstået et akut behov for behandling eller pleje. Det er dog ikke altid tilfældet, at patienten behøver sygehusets akutte og specialiserede beredskab. Erfaringen viser også, at sygehusindlæggelser og specielt gentagne indlæggelser kan tage meget hårdt på særligt de ældre patienter og medføre øget svækkelse og bekymringer. Derfor kan det være en mere hensigtsmæssig løsning, at plejen finder sted i patientens eget hjem og forstås af udgående enheder fra sygehuset, således at en unødigt indlæggelse undgås og så genindlæggelse forebygges.

### **Erfaringer med udgående enheder**

*Citater fra involverede personer:*

*Når de oplever, at vi bakker dem op og hjælper dem helt ude i yderste led, så giver de udtryk for, at det har været et godt samarbejde, og at de har lært rigtig meget. De giver også udtryk for, at det har været en stor sejr, når det lykkes.*

*Initiativet har vist, at meget afhænger af de mennesker, som er involverede.*

*Erfaring viser, at det kræver meget af personalet på sygehuset at forstå, hvordan virkeligheden er på den anden side af sektorgrænsen.*

*Erfaring har vist, at kendskab til projektet og specialet er den største forudsætning – hertil kommer parathed til at indgå i nye strukturer og sammenhænge.*

*- funktionen er afhængig af en ledelsesmæssig opfølgning.*

## 2.1 Casemanager med udadgående funktioner for KOL-patienter

Dorte Wittendorff og Henriette Kaae

dorte.wittendorff@horsens.rm.dk

henriette.kaae@horsens.rm.dk

Lungemedicinsk speciale

Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder

Region Midtjylland

### **Udgangspunkt for initiativet**

Når KOL-patienter udskrives efter en akut indlæggelse, er der stor risiko for, at de bliver genindlagt inden for de næste 1-2 år af flere omgange, at de oplever lavt funktionsniveau, at de har lav mestringsevne, at deres ernæringstilstand er påvirket, at de har complianceproblemer og nedsat livskvalitet.

Formålet med en udadgående casemanager for KOL-patienter er at koordinere tværfaglige og tværsektorielle behandlingstiltag og rehabilitering samt sikre opfølgning og justering af initiativerne. Det er ligeledes formålet, at undersøge, hvilken effekt casemanageren har på antallet af genindlæggelser, ernæringstilstand, compliance og livskvalitet.

## Beskrivelse af initiativet

### Formålet med initiativet

Målene for casemanagerfunktionen er bl.a., at patienten arbejder med sin individuelle handlingsplan efter egne mål, at indsatsen omkring KOL-patienten koordineres, og at der følges op på indsatsen i forhold til den enkelte patient. Hjemmebesøgene ligger første og tredje uge efter KOL-patienten er blevet udskrevet fra sygehuset samt tre måneder efter udskrivelse.

Hovedmålgruppen for initiativet har været:

- patienten - som får sine første ambulante besøg i hjemmet
- de henvisende afsnit - som skal kende til funktionen for at motivere patienterne
- kommune og praktiserende læge - som kunne bakke patienter i forløb hos casemanageren op

### Tids- og ressourceforbrug

Projektet blev opstartet af chefsygeplejersken og oversygeplejersken. Efterfølgende blev implementeringen foretaget af afdelingssygeplejerske, udviklingsansvarlig sygeplejerske, ph.d.-studerende samt overlæge. Der blev afholdt informationsmøder for de henvisende afsnits personale samt kommunens samarbejdspartnere.

Casemanagerfunktionen udfyldes af en sygeplejerske, der i hverdagen gennemfører indsatsen og arbejder i weekenden på det medicinske afsnit, der rummer lungepatienterne. Denne konneks giver mulighed for at ensarte informationen til patienterne og yde vejledning og undervisning til kollegaer.

### Implementering og forandringspotentiale

Det har været af betydning, at få denne funktion sat i relation til både sengeafsnit, ambulatorium og det kommunale regi. Dette arbejde er fortsat i gang via informationsmøder.

Barrierer kan være det logistiske arbejde, når der i en periode forekommer mange patienter, der skal have tilbudt besøg lige efter udskrivelsen.

## Læring, evaluering og erfaring

Der foretages evaluering af initiativet i sommeren 2009.

Initiativet bidrager direkte med faglig tilbagemelding til de henvisende afsnit vedrørende deres indsats og efterlevelse af god klinisk praksis. Dette sikrer en hurtig mulighed for tilretning af arbejdsgange.

Den udadgående casemanager er en funktion, hvor man arbejder alene. Behovet for sparring og netværksdannelse er til stede og kan med fordel indtænkes på forhånd. Ligeledes er funktionen afhængig af en ledelsesmæssig opfølgning.

## 2.2 Geriatrik-ortopædkirurgisk Team til opfølgning af svage ældre

Else Marie Damsgaard,  
elsedams@rm.dk  
Geriatrik speciale  
Århus Sygehus, Region Midtjylland

### Udgangspunkt for initiativet

Udgangspunktet for initiativet var, at der er høj dødelighed blandt ældre plejehjemsbeboere, der er faldet og har pådraget sig en hoftenær fraktur.

### Beskrivelse af initiativet

#### Formålet med initiativet

Vi havde i forvejen et GO-team (geriatrik-ortopædkirurgiskteam), som tog sig af udskrivelser og opfølgning af ældre medicinske-geriatrike patienter, som var faldet og havde pådraget sig et brud. Dette eksisterende initiativ omfattede ikke patienter, som var plejehjemsbeboere.

Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) for patienter med hoftenære brud viste, at vi var dårlige til at forebygge dødeligheden blandt patienter med hoftenære brud. En undersøgelse af tallene viste, at det primært var de ældre plejehjemsbeboere, der døde inden for 30 dage efter udskrivelsen og dermed bragte dødeligheden i vejret. Derfor besluttede vi at sætte målrettet ind overfor den gruppe.

GO-teamets geriater tilser så vidt muligt patienterne allerede på ortopædkirurgisk afdeling. Samme dag som patienten udskrives – typisk dagen efter operation - besøges patienten af personalet fra GO-teamet.

De følgende dage tages der blodprøver, patienten kontrolleres for infektion, mobiliseres, sikres væske og ernæring, gang i maven og gives smertestillende. Der gives væske i under huden eller i åre, med mindre personen drikker tilstrækkeligt ifølge væskeskema og blodprøver. Der gives antibiotika eventuelt i åre hvis nødvendigt, og der gives blodtransfusion ved behov. Alt dette foregår i patients hjem (plejehjemmet). Patienterne er ofte meget svage især i starten.

Alle faggrupper i teamet har efterhånden opnået så høje kompetencer, at de kan vurdere, hvad der skal til, når de ser patienten, så det er ikke nødvendigt at sende alle faggrupper i teamet ud hver gang.

Patienterne følges i ca. 30 dage af det samme team. Der foretages flest besøg i den første uge, derefter besøg eller telefonisk kontakt efter behov.

#### Tids- og ressourceforbrug

I forbindelse med omlægningen af ressourcer fra elektive senge til det akutte dagafsnit flyttede vi en sygeplejestilling og en terapeutstilling til GO-teamet.

GO-teamet består af en speciallæge, evt. en yngre læge under uddannelse, en sygeplejerske og to fysioterapeuter. Personalet besidder høje kompetencer og arbejder meget fleksibelt og også gerne uden for normal arbejdstid.

#### Implementering og forandringspotentiale

Målet er nået. Dødeligheden 30 dage efter operation er faldet til standarden fastsat i NIP. Genindlæggelsesfrekvensen er ligeledes faldet markant.

Hovedbarrieren har ligget i primærsektoren, hvor personalet ikke har følt, at man havde ressourcer eller kompetence til at medvirke til de tiltag, vi har iværksat, men stille og roligt har de accepteret. Det gælder især, når personalet har samarbejdet med GO-teamet om et vist antal borgere. Når de oplever, at vi bakker dem op og hjælper dem helt ude i yderste led, så giver de udtryk for, at det har været et godt samarbejde, og at de har lært rigtig meget. De giver også udtryk for, at det har været en stor sejr, når det lykkes.

Vi sikrer altid, at der er telefonnummer, de kan ringe til og et samarbejds- og kommunikationspapir ude hos borgeren.

En anden barriere har været, at noget af plejepersonalet på ortopædkirurgisk afdeling, har følt, at vi gik dem i bedene bl.a. ved, at vi blandede os i udskrivelsen af patienten, f.eks. i forhold til medicin og hjælpemidler. Områder, hvor vi erfaringsmæssigt har haft problemer, når patienten var udskrevet, og hvor vi har kunnet forudse problemer, når det ikke var i orden. Erfaring viser, at det kræver meget af personalet på sygehuset at forstå, hvordan virkeligheden er på den anden side af sektorgrænsen.

## Læring, evaluering og erfaring

Initiativet har vist, at meget afhænger af de mennesker, som er involveret. Ligeledes har initiativet vist, at det er vigtigt med klare retningslinier og ansvarsfordeling, når en afdeling (geriatrik) arbejder i en anden afdeling (ortopædisk). Det er desuden vigtigt, at der er fuld opbakning fra afdelings- og afsnitsledelser.

### Opfølgning og det videre arbejde

Konceptet er blevet udbredt til også at omfatte andre ældre medicinske patientkategorier bl.a. endokrinologiske og kardiologiske patienter. De geriatrik teams kommer dagligt i de øvrige afdelinger, hvor de i varierende grad behandler patienterne, vurderer hvorvidt de skal overflyttes til geriatrik afdeling eller kan følges hjem og behandles færdigt i hjemmet. Teamet følger patienterne efter udskrivelsen i nogle dage til uger efter behov.

Den 01.01.09 udvidede vi apopleksiteamet, så det ligner GO-teamet, så også ældre apopleksipatienter kan passes og trænes i hjemmet, selvom de er syge af andre årsager. Disse patienter indlægges i hjemmet. Det nedbringer liggetiden på de akutte afsnit og giver en bedre kvalitet i overgangen mellem hospital og primærsektor.

## 2.3 Udadgående geriatrike teams

Henriette Kaae

henriette.kaae@horsens.rm.dk

Geriatrisk speciale

Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder

Region Midtjylland

### Udgangspunkt for initiativet

Regionshospitalets ledelse og medicinsk afdelingsledelse tog initiativ til at gennemføre fase 2 af et samlet geriatrik projekt: "Bedre behandling af den ældre medicinske patient."

Projekt "Udadgående geriatrike teams" gennemførtes med formålet at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser samt at forkorte indlæggelser.

## Beskrivelse af initiativet

### Formålet med initiativet

Målet er at give den skrøbelige patient, som ikke kan profitere af en indlæggelse, en mulighed for udredning, behandling og træning i eget hjem.

En styregruppe blev nedsat med repræsentanter fra de fire omkringliggende kommuner, repræsentanter fra de praktiserende læger, hospitalsledelsen, afdelingsledelsen, terapiledelsen, lokale afsnitsledelser, det geriatriske teams ansatte og en projektleder.

Det geriatriske team har stået for den praktiske gennemførelse af projektet.

De tværsektorielle samarbejdspartnere såvel som de interne tværfaglige samarbejdspartnere har gennem hele projektet været involveret.

Metoder til inddragelse:

- fælles skolebænk
- individuelle sparringssituationer
- besøg på kommunernes centre og i teams
- aften- og informationsmøder
- afdelingsmøder
- skriftligt informationsmateriale
- personlig henvendelse
- skriftlig såvel som mundtlig evaluering

### Tids- og ressourceforbrug

Projektet er finansieret af midler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets geriatripulje.

Der er endvidere afsat ressourcer til geriatrisk speciallæge, geriatriske sygeplejersker og terapeut, sekretær og projektleder.

### Implementering og forandringspotentiale

Kvantitative og kvalitative data understøtter, at den geriatriske udadgående teamfunktion, som den fungerer på Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder kan:

- forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser
- forebygge genindlæggelser
- afkorte indlæggelser

Erfaringen viser, at det har været af essentiel betydning,

- at der er viden om funktionen hos de praktiserende læger – for at sikre henvisninger
- at sygeplejerskevisitationen i den fælles akutte modtageenhed har viden og fokus på funktionen
- at den geriatriske specialist har muligheden for at tilse patienter akut/subakut i eget hjem og/eller på hospital
- at der er et velfungerende samarbejde med hjemmeplejen, og erkendelse af, at opgaven er fælles
- at det udadgående team er specialister med indgående kendskab til samarbejdspartnere
- at der er tværfaglige kompetencer til stede
- at personale i hjemmeplejen og på sengeafsnit har viden om det geriatriske speciale
- at der er fleksibilitet og fokus på den bedste løsning i situationen for patienten

## Læring, evaluering og erfaring

Erfaring har vist, at kendskab til projektet og specialet er den største forudsætning – hertil kommer parathed til at indgå i nye strukturer og sammenhænge. Desuden er ledelsesmæssig opbakning med til at sikre fremdrift og forankring i organisationen.

Evalueringen har vist følgende udviklingsområder:

- samarbejde med de praktiserende læger
- visitation af de patienter, der ikke ses af det geriatriske team
- ambulatorium
- tilsynsmuligheden i sengeafsnit

Drømmen er på sigt, at der etableres et decideret geriatrisk specialafsnit og tværsektorielle teams.

### Opfølgning og det videre arbejde

I forhold til projektets udvikling gælder det nu om at tilpasse det geriatriske tilbud i forhold til behov og muligheder.

## 2.4 Vagtberedskabet – akutstue i eget hjem

Peter Astrup

[peter.astrup@stab.rm.dk](mailto:peter.astrup@stab.rm.dk)

Omfatter flere specialer

Århus Sygehus

Region Midtjylland

### Udgangspunkt for initiativet

Initiativet er en del af sundhedsaftalen mellem Århus kommune og Region Midtjylland. Initiativet har eksisteret siden midten af 90'erne.

Med vagtberedskabet ønskede man at sætte fokus på og forebygge unødvendige indlæggelser på hospitalet ved at indsætte en fast vagt hos en ældre medborger. Derved kan man løse en forbigående akut situation i hjemmet og eventuelt finde en mere langvarig løsning på et blivende plejeproblem. I Århus er løsningen kendt som Vagtberedskabet – andre steder opererer man med benævnelsen akutstue i eget hjem.

### Beskrivelse af initiativet

#### Formålet med initiativet

Målet med initiativet har været, at nedbringe antallet af u hensigtsmæssige indlæggelser af ældre borgere og at bistå døende borgere, der gerne vil tilbringe deres sidste tid i eget hjem.

Ideen er bl.a. opstået på baggrund af en erkendelse af at sammenhæng i forløb og udbygning af alternativer til indlæggelse. Det er tit tilfældet, at den syge ikke kan lades alene i egen bolig, og har behov for undersøgelse, behandling, observation og pleje, men det kræver ikke nødvendigvis hospitalsbehandling.

Konkret kan der fra Vagtberedskabet indsættes fast vagt i en borgers eget hjem i op til tre aftener og tre nætter. Der er ikke blevet opstillet konkrete mål for nedbringelsen af u hensigtsmæssige indlæggelser.

Der er opstillet en række kriterier for bestilling af vagt. Som hovedregel skal personen være over 60 år- men med mulighed for dispensation i tilfælde af terminal sygdom. Medianalderen for personer, der tildeles fast vagt er ca. 83 år. Hovedårsagen til tildeling af fast vagt er primært terminal sygdom og demens.

De centrale aktører i initiativer har været Århus Kommune, afløserkontoret og Region Midtjylland. Andre aktører er vagtlægesystemet og de praktiserende læger, der i samarbejde med hjemmesygeplejen kan rekvirere den faste vagt til borgeren

Det har fra starten været en central opgave i det hele taget at få oplyst om muligheden, der ligger i Vagtberedskabet ligesom rekruttering af personale, der har været villige til at dække vagterne, har været en stor opgave for afløserkontoret. Antallet af udækkede vagter har dog været ganske begrænset i hele perioden.

### **Tids- og ressourceforbrug**

Der er med baggrund i sundhedsaftalen aftalt, at Region Midtjylland og Århus Kommune hver især finansierer 50 % af omkostningerne til drift af Vagtberedskabet. Som udgangspunkt er dette ca. 1,8 mio. kr. i alt. Desuden deler parterne eventuelle overskridelser af budgettet.

Afløserkontoret står for den praktiske del af opgaven med disponering af vagter mv. Skal der dispenseres fra tildelingskriterierne tages dette op mellem parterne løbende. Afløserkontoret fungerer primært som afløserkontor for hospitalet, og vagtbehov dækkes her først, dog prioriteres Vagtberedskabet så højt, at det dækkes for ikke aftalte vagter.

### **Implementering og forandringspotentiale**

Vagtberedskabet fungerer tilfredsstillende, der er stor glæde af servicen og hospitalet vurderer, at det er med til dels at afhjælpe antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser ligesom såvel pårørende, praktiserende læger og hjemmesygeplejersker vurderer, at brugerne i høj grad har fået dækket deres behov.

## **Læring, evaluering og erfaring**

Der er i 2002 blevet udarbejdet en evaluering af Bente Besenbacher som en del af Master of Public Health uddannelsen på Århus Universitet (udgivelse nr. 52 (ISSN 1399-5871)).

Erfaringerne med initiativet er meget positive, og Region Midtjylland har overvejet, hvorledes initiativet kan udbredes til resten af regionen. Såfremt dette skal ske, bør man dog overveje en alternativ finansieringsform, hvor strukturreformens ændringer i finansieringen af sundhedsvæsenet som sådan bør indtænkes. Region Midtjylland har ikke for nuværende konkrete planer om udrulning af Vagtberedskabet.

## **2.5 Udgående akut modtageafsnit**

Oversygeplejerske Berit Juhl,  
Berit.juhl@frh.regionh.dk  
Ledende oversygeplejerske Ingelise Aarøe,  
Ingelise.aaroe@frh.regionh.dk  
Medicinsk modtagelse  
Frederiksberg Hospital  
Region Hovedstaden

## Udgangspunkt for initiativet

Initiativet blev taget af ledelsen af akut modtageafsnit (AMA) i samarbejde med den medicinske centerledelse. AMA havde erfaret, at mange patienter blev indlagt med problemer som egentlig godt kunne være løst i hjemmet, hvis de fik besøg af en behandlende sygeplejerske fra AMA. AMA lavede en kort statistik, der viste, at man skønnede mellem tre og seks patienter dagligt kunne behandles i hjemmet. Der var et stort pladsproblem i afdelingen, så derfor ville man gerne undgå uhensigtsmæssige indlæggelser.

## Beskrivelse af initiativet

### Formålet med initiativet

Målet var at undgå uhensigtsmæssige indlæggelser, og at forbedre forholdene for de ældre patienter, som blev forvirrede af en akutindlæggelse.

Udvikling af ideen blev til i samarbejde med bl.a. Socialdirektoratet, plejehjem og Hjemmeplejen i Frederiksberg Kommune samt praktiserende læger. Der blev nedsat en projektgruppe samt en styregruppe.

### Aktører/deltagere i forbindelse med initiativet

AMA sygeplejersker, Medicinsk Centerledelse og Frederiksberg Kommune var med i både i initiativfasen og i implementering. Initiativet kom fra Frederiksberg Hospitals AMA- og Centerledelse.

### Tidsforbrug og ressourceforbrug

Forløbsperiode: Start maj 2005

Ressourcerne til udgående AMA blev fundet ved at nedlægge en 37 timers stilling på AMA og i stedet bruge disse ressourcer på udgående AMA.

Udgående AMA består af to sygeplejersker, som arbejder på skift. Disse sygeplejersker stod for undervisning osv. til hjemmepleje og plejehjem, mens centerledelse og AMA-ledelse stod for orientering og dataindsamling samt indkaldelse til styregruppe og projektgruppemøder.

### Implementering og forandringspotentiale

Målet er nået og data var langt bedre end forventet. I starten var det meget svært at få kommunen og de praktiserende læger med i samarbejdet om idéen.

## Læring, evaluering og erfaring

### Evaluering

Der er blevet evalueret på initiativet. Data viser, at ideen var rigtig god, og at mange uhensigtsmæssige indlæggelser bliver undgået.

Anderledes skulle det være med forhandlinger om betaling for tilbuddet, hvis vi skulle starte forfra. Kommunen bruger ordningen rigtig meget, men udgiften afholdes af hospitalet.

### Erfaringer

Initiativet med udgående AMA viser, at samarbejde på tværs af sektorgrænser kan betale sig for patienterne. Det var en god idé at starte med en prøveperiode, det gjorde det lettere for alle at acceptere ordningen.

## Opfølgning og videre arbejde

Det ville være godt at arbejde videre med at udvide ordningen, samt med at samarbejde endnu mere på tværs af sektorer, således at endnu flere uhensigtsmæssige indlæggelser ville undgås.

Udgående AMA ville med fordel kunne udbredes til aftentimerne også.

## 2.6 Følge-hjem-projekt

Oversygeplejerske Ingelise Aarøe  
iap@frh.regionh.dk  
Medicinsk speciale  
Frederiksberg Hospital  
Region Hovedstaden

### Udgangspunkt for initiativet

En undersøgelse i AMA (akutmodtagelsen) viste, at en stor del af uhensigtsmæssige genindlæggelser drejede sig om ældre patienter med urinvejsinfektion, fald i hjemmet, dehydrering, lungebetændelse, febrilia.

Frederiksberg Hospital besluttede derfor sammen med Frederiksberg Kommune at gennemføre et projekt, hvor man havde gruppen af +75-årige medicinske patienter i fokus for at forhindre uhensigtsmæssige genindlæggelser.

Inspireret af både Glostrup-modellen og Gentofte-ordningen planlagde vi et projekt, hvor vi ville følge patienterne hjem fra hospitalet med en meget tæt opfølgning fra hjemmesygeplejen i kommunen.

## Beskrivelse af initiativet

### Formålet med initiativet

Formålet var at nedbringe antallet af uhensigtsmæssige genindlæggelser blandt +75-årige medicinske patienter med de ovenfor nævnte diagnoser. Endvidere var formålet at sikre implementering af hensigtsmæssige arbejdsgange og kontakt ved udskrivelse mellem Frederiksberg Hospital og Frederiksberg Kommunes hjemmepleje.

Forundersøgelsen pegede på, at et *følge-hjem*-projekt kunne være en løsning. Projektet blev derfor besluttet i regi af Samordningsudvalget mellem Frederiksberg Hospital og Frederiksberg Kommune.

### Aktører/deltagere i forbindelse med initiativet

Hovedaktørerne har været medicinsk afdeling på Frederiksberg Hospital og Frederiksberg Kommune.

En projektgruppe blev nedsat med repræsentanter fra begge sektorer. Projektlederen var ansat i kommunen og øvrige projektdeltagere var ansat på hospitalet

### Tidsforbrug og ressourceforbrug

Forløbsperiode: 1.9.2008 - 1.12.2009

Der er tilført midler fra puljen vedrørende ældre medicinske patienter i Region Hovedstaden.

Der er anvendt en hel stilling til projektledelse og ½ sygeplejestilling på årsbasis – derudover er der brugt 1-2 timer dagligt på screening af patienter til at indgå i projektet.

### **Implementering og forandringspotentiale**

Projektet er afsluttet og data er ved at blive opgjort. Resultater fra f.eks. Gentofte, hvor man også har en følge-hjem-ordning, viser, at der er der signifikant færre genindlæggelser i den gruppe af patienter, som var projektets målgruppe og lignende resultater må forventes på Frederiksberg.

Det har været svært at få inddraget de praktiserende læger, som i første omgang var tænkt ind i projektet. I stedet inddrog vi geriatrisk team i de situationer, hvor en lægelig vurdering var påkrævet. Det har også været svært at gennemføre projektet i weekenderne.

Vi havde fra start udeladt plejehjemspatienter, og det viste sig hurtigt, at mange af patienterne i gruppen netop kom fra plejehjem.

## **Læring, evaluering og erfaring**

### **Evaluering**

Vi har ikke evalueret projektet endnu, men har delvis sat det i drift med forskellige ordninger, da det umiddelbart giver mening, at sikre de ældre en god og tryk udskrivelse. Vi har varieret tilbuddet således, at det spænder over alle udgående funktioner lige fra ring-hjem, besøg i hjemmet af specialsygeplejerske, følge-hjem og AMA udgående sygeplejersker.

### **Erfaringer**

Umiddelbart er det en god idé at arbejde sammen tværsektorielt. Patienter oplever et langt mere sammenhængende sundhedsvæsen. Uden tvivl indebærer det langt større tryk for patienterne.

### **Opfølgning og videre arbejde**

Som nævnt ovenfor har vi varieret tilbuddet over temaet: "Udgående funktioner - rette tilbud til rette patient". I det ligger, at ikke alle patienter behøver blive fulgt hjem. Nogen kan man ringe til, andre kan få et opfølgende besøg efter et par dage, og andre skal have hele pakken med hjemfølgning og efterfølgende besøg.

## **2.7 Følge-hjem-team**

Mette Arndt Strømø  
meamst01@geh.regionh.dk  
Speciale: intern medicin: geriatri  
Gentofte Hospital  
Region Hovedstaden

## **Udgangspunkt for initiativet**

Følge-hjem-teamet gik i drift på baggrund af resultaterne fra Følge-hjem-projektet på Gentofte Hospital, hvor man påviste, at hjemfølgning af medicinske patienter reducerer akutte genindlæggelser markant. Tiden op til genindlæggelse blev i interventionsgruppen forlænget, ligesom det samlede antal liggedage under genindlæggelserne blev reduceret.

Man ønskede at arbejde videre med resultaterne fra Følge-hjem-projektet med fokus på forbedrede udskrivelser for den skrøbelige, ældre patient og et forbedret tværsektorielt samarbejde.

## Beskrivelse af initiativet

Gentofte Hospital har med Følge-hjem-team ordningen ønsket at:

- forbedre kvaliteten på udskrivelsen af den skrøbelige, medicinske patient,
- reducere antal genindlæggelser,
- forbedre samarbejdet med primærsektor,
- øge patienttilfredsheden.

Med de gode resultater fra Følge-hjem-projektet var der baggrund for at prøve at omsætte denne funktion til daglig drift. Det krævede imidlertid nogle ændringer i selve designet, idet Følge-hjem-teamet fra at være tværsektorielt baseret blev baseret alene på hospitalsansat personale, men med tætte samarbejdsrelationer til primær sektor.

### Aktører/deltagere i forbindelse med initiativet

Både i initiativfasen og implementeringsfasen var såvel optageområdets kommuner, Gentofte Hospitals direktion og medicinsk afd. C, geriatrisk funktion, involveret.

Hovedmålet for forandringen var den skrøbelige, indlagte medicinske patient, der var planlagt udskrevet til eget hjem, med behov for vurdering af sociale ydelser, funktionsvurdering i hjemmet og behov for hjælpemidler.

Følge-hjem-teamet arbejder tæt sammen med:

1. Udskrivende afdelingspersonale (læger, sygeplejersker, terapeuter).
2. Hjemmeplejen og de koordinerende sygeplejersker.
3. Pårørende.
4. Egen læge, socialrådgiver m.m.

### Tidsforbrug og ressourceforbrug

I prøveperioden 01.01.07 – 31.12.07 var der en kommunalt ansat sygeplejerske og en ergoterapeut samt en fysioterapeut, sidstnævnte begge hospitalsansatte i geriatrisk funktion. Pr. 01.01.08 gik Følge-hjem-teamet i fast drift, med to fuldtidshospitalsansatte medarbejdere, en sygeplejerske og en ergoterapeut.

Samlede lønudgifter 2008: kr. 720.000

Ca. transportudgifter til kørsel med taxa for 1 år kr. 90.000

Samlede udgifter kr. 810.000

Obs.: Transportudgifter vil variere, alt afhængig af afstandene i lokalområdet.

### Implementering og forandringspotentiale

Aktuelt pågår analyser, der skal klarlægge, om effekten er den samme med de justeringer, der blev foretaget, da projektet blev omsat til daglig drift. Data fra en nyoprettet database er under bearbejdning.

Samarbejdet med primær sektor har fungeret fint, ligeledes samarbejdet med personalet på de udskrivende afdelinger. Dog skal man være opmærksom på, at det kan være lidt "følsomt" for det personale, der udskriver patienterne at blive "kontrolleret" i begyndelsesfasen. Når funktionen er indarbejdet, er det en stor trykthed for patienter og udskrivende personale.

## Læring, evaluering og erfaring

### Evaluering

Evaluering afventer igangværende analyser af datamateriale fra driftsfasen.

### Erfaringer

I projektperioden var det nødvendigt at udelukke demente patienter af hensyn til projektdesignet. Imidlertid viste erfaringerne at netop lettere demente patienter er en yderst relevant målgruppe for hjemfølgning. Der kræves et grundigt forarbejde med nøje beskrivelse af de opgaver, der løses af Følge-hjem Teamet. Orientering af personale på de afdelinger, der kan benytte ordningen er vigtigt. Orientering af de modtagende kommuner og klare aftaler om, hvordan der samarbejdes i forbindelse med følge-hjem-funktionen er ligeledes centralt.

### Opfølgning og videre arbejde

Der er potentiale for at forbedre udskrivelsen af den indlagte ældre, medicinske patient ved at etablere et Følge-hjem Team, og der er potentiale for at forebygge genindlæggelser. På sigt arbejdes der på, at der kan tilbydes Følge-hjem Team til alle skrøbelige patienter, der udskrives fra hospitalet. Det kræver en tydelig beskrivelse af målgruppen for hjemfølgning og informationsmøder på relevante afdelinger.

## 2.8 Opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse fra hospital

Carsten Hendriksen, overlæge, afdeling for Sammenhængende Patientforløb  
chen0002@bbh.regionh.dk

Flere specialer på Bispebjerg Hospital i samarbejde med Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune og praktiserende læger  
Bispebjerg Hospital, Region Hovedstaden

### Udgangspunkt for initiativet

Når ældre, svækkede medicinske patienter udskrives fra et hospital, er risikoen for genindlæggelser stor. I 2003-2005 blev der ved Glostrup Hospital gennemført et randomiseret, kontrolleret interventionsstudie af opfølgende hjemmebesøg ved praktiserende læge og hjemmesygeplejerske. I dette projekt var det muligt at nedbringe antallet af genindlæggelser. Kontrolgruppen havde en genindlæggelsesfrekvens på 52 %, interventionsgruppen på 40 %. Desuden har Glostrup Projektet været underkastet en MTV (medicinsk teknologivurdering), der viste en regional besparelse på lidt over 5.000 kr. per patient ved opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune (SUF) tog initiativ til nærværende randomiserede og kontrollerede projekt med opfølgende hjemmebesøg ved egen læge og en hjemmesygeplejerske til ældre over 64 år, som udskrives fra hospital. Tilsvarende projekter udføres i fire andre områder i Danmark.

Bispebjerg Hospital har flere års erfaring med at samarbejde med SUF, som foreslog et samarbejde med hospitalet og praktiserende læger i kommunen. Projektet koordineres af Center for Faglig Udvikling, Københavns Kommune og bydelene Østerbro, Nørrebro, Bispebjerg og Brønshøj/Husum er optageområder.

Projektet påbegyndtes i april 2009 og den praktiske udførelse af projektet forventes færdigt ved udgangen af 2010. Projektet er således fortsat i gennemførelsesfasen.

## Beskrivelse af initiativet

### Formålet med initiativet

Formålet med projektet er at afprøve og videreudvikle opfølgende hjemmebesøg som indsats efter udskrivelse. Dette sker med henblik på at reducere antallet af genindlæggelser samt styrke det tværsektorielle samarbejde og koordinering af indsatsen efter udskrivelse. Projektet har ligeledes til formål at foretage en omkostningsanalyse ved implementering af indsatsen.

### Delformål:

- At borgeren oplever sammenhæng, kvalitet, samarbejde og koordinering af indsatsen efter udskrivelsen.
- At borgeren undgår indlæggelser og de mulige bivirkninger som f.eks. tab af muskelmasse, tab af funktionsevne, smitte med infektioner.
- At styrke samarbejdet mellem praktiserende læger og Københavns Kommunes hjemmepleje.
- At styrke samarbejdet mellem hospital, praktiserende læger og Københavns Kommune om planlægning af udskrivningsforløb.
- At optimere medicin håndtering i forbindelse med udskrivning.
- At optimere opfølgning på hospitalsbehandling og -pleje ved at hospitalets plan for pleje og behandling indgår aktivt i forbindelse med opfølgende hjemmebesøg.
- At afdække behov og volumen for opfølgende hjemmebesøg.
- At der er bred involvering fra almen praksis, hospital, hjemmesygeplejen og visitationen i udvikling, planlægning og implementering af projektet.

### Målgruppe

Patienter på og over 65 år, indlagt på fem afdelinger på Bispebjerg Hospital og som udskrives til egen bolig. Inklusionskriterier er bl.a. stort funktionsevnetab, ændret helbredsstatus, skrøbeligt netværk og behov for koordinering af mange aftaler.

### Aktører/deltagere i forbindelse med initiativet

Patienterne randomiseres på Bispebjerg Hospitals til interventions- eller kontrolgruppe – ca. 300 deltagere i hver gruppe. Kontrolgruppen modtager sædvanlige procedurer.

Oplysning om deltagere i interventionsgruppen sendes til visitator i Københavns Kommune, som tager initiativ til, at praktiserende læge og hjemmesygeplejerske sammen gennemfører et opfølgende hjemmebesøg – som hovedregel inden for fem hverdage efter udskrivelsen. Besøget omfatter en struktureret gennemgang af medicin, opfølgning på behandlings- og plejeplanen fra hospital, en sygeplejefaglig vurdering herunder, om der er behov for at kontakte visitationen med henblik på justering af personlig og praktisk hjælp. Ved behov gennemføres herefter yderligere to besøg henholdsvis tredje og sjette uge efter udskrivelse.

### Tidsforbrug og ressourceforbrug

Forløbsperiode: 2009 - 2010

Der vil blive udarbejdet en omkostningsanalyse bl.a. mht. kommunale udgifter, men da projektet fortsat er i gang foreligger der ikke data endnu.

### Implementering og forandringspotentiale

Projektet er fortsat i gennemførelsesfasen og data foreligger endnu ikke.

## Læring, evaluering og erfaring

Evalueringen vil indeholde både en kvalitativ og kvantitativ analyse. Sidstnævnte gennemføres i samarbejde med Dansk Sundhedsinstitut (DSI).

Kvantitative metoder:

- Undersøge effekten af indsatsen i forhold til fald i genindlæggelser, ved at sammenligne antal genindlæggelser i interventions- og kontrolgruppen.
- Omkostningsanalyse med særlig vægt på de kommunale udgifter.
- Kvalitative metoder (interviews).
- Evaluering af arbejdsgange og kommunikation mellem hospital, praktiserende læger og hjemmesygeplejen.
- Evaluering af målgruppen.
- Evaluering af vejledende tjekliste.

### Opfølgning og videre arbejde

Evalueringen vil give mulighed for at vurdere om opfølgende hjemmebesøg fungerer rent praktisk – f.eks. hvor mange af de planlagte besøg bliver gennemført? Kan effekten af dette praksisnære projekt genfinde effekter fra tidligere studie? Hvis effekten genfindes, vil der afhængig af omkostningsanalysen kunne tages beslutning mht. evt. videreførelse i driften.

## 2.9 Iltsygeplejerskefunktion til KOL-patienter

Jeanne Jacobsen, iltsygeplejerske

[jjac@regionsjaelland.dk](mailto:jjac@regionsjaelland.dk)

Marianne Vind, klinisk udviklingssygeplejerske

Medicinsk afdeling, ambulatorium.

Region Sjælland , Sygehus Syd (Næstved)

### Udgangspunkt for initiativet

Det altoverskyggende problem for KOL-patienten er åndenød, som over tid manifesterer sig i en voldsom angst for ikke at kunne få sit vejr. Denne angst betinger foruden de fysiske og psykiske begrænsninger også en social isolation. Som en del af den medicinske behandling ordineres der ilt i hjemmet, hvilket er en lettelse for patienten, men samtidig en belastning at leve med. Initiativet blev derfor igangsat for at øge patientens livskvalitet, skabe tryghed og mindske angst samt forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser

### Beskrivelse af initiativet

**Formål:**

At føre tilsyn med patienter i iltbehandling i eget hjem for at:

- Sikre kvaliteten af den ordinerede behandling.
- Øge livskvaliteten for patienterne og deres pårørende.
- At udbrede og forbedre iltpatientens, de pårørendes og samarbejdsparternes viden om iltbehandling.
- Sikre optimal udnyttelse af medicinsk ambulatoriums ressourcer.

**Mål:**

- At undervise iltpatienten i formålet med iltbehandling, symptomer på for lavt ilt indhold i blodet samt ophobning af kuldioxid.
- Afdække den enkelte patients behov for egenomsorg for bedring af dennes livskvalitet.
- Sikre compliance.
- Sikre den mest hensigtsmæssige behandlingsform for at sikre patienten forbliver længst muligt i eget hjem.
- Tilse patienten i eget hjem 14 dage efter udskrivelsen.
- Tilse patienten hver 3-6 måned.
- Sikre et højt informationsniveau om, hvilke muligheder og rettigheder iltpatienten har.

Der blev udarbejdet en projektbeskrivelse der indeholdt følgende områder:

- Generelt om prognoserne for behov for iltbehandling.
- Mål for iltsygeplejerskens funktion.
- Selve hjemmebesøget.
- Anvendelse af ilt.
- Iltudstyr, skift af udstyr samt seponering.
- Forhindring af indlæggelse.

**Aktører/deltagere i forbindelse med initiativet**

Projektet startede med to sygeplejersker, en fra lungemedicinsk afsnit og en fra medicinsk ambulatorium, samt daværende overlæge i lungemedicin.

Det overordnede formål var at forebygge indlæggelser og at undervise patienten og de pårørende i egen sygdomsforståelse. Efter pilotfasen, som varede fra 01.01.02 til 01.06.02, blev projektet implementeret.

Der er i dag ansat en sygeplejerske på 30 timer og hun varetager funktionen for 150 patienter.

**Tidsforbrug og ressourceforbrug**

Forløbsperiode: Pilotprojekt fra januar - juni 2002, herefter implementeret og forankret.

Udbringning af ilt til patienterne overgik fra Falck til et andet firma. Den økonomiske fordel ved dette, valgte sygehuset at anvende til at starte projektet "iltsygeplejerske med udgående funktion".

Der bruges en del ressourcer (ca.1/3) på at føre sygeplejefaglig dokumentation. Dette mener sygeplejersken kunne gøres af en sekretær, således at hun kunne anvende tiden på mere konkrete sygeplejefaglige opgaver.

**Implementering og forandringspotentiale**

De opsatte mål er nået og funktionen opleves af både patienter, pårørende og iltsygeplejersken som velfungerende.

**Læring, evaluering og erfaring****Evaluering**

Der er ikke foretaget en egentlig evaluering. Patienterne udtrykker glæde og behov ved jævnligt besøg med tilsyn og rådgivning. Iltsygeplejersken har én gang på seks år oplevet, at en patient ikke fandt det betydningsfuldt, at have denne kontakt.

## **Erfaringer**

Der arbejdes for tiden med en anden struktur, idet det har vist sig, at patienterne har et øget behov for hurtigere og hyppigere besøg i starten, efter at de er udskrevet fra sygehus.

## **Opfølgning og videre arbejde**

Udover de kontinuerlige besøg er sygeplejersken patientens kontaktsygeplejerske i alle spørgsmål vedrørende iltbehandlingen og KOL-sygdommen.

Et lignende projekt er beskrevet under kapitlet om ændret arbejdstilrettelæggelse.

## **Øvrige initiativer omhandlende udgående enheder**

- Udgående funktioner samt akutte ambulante tider i hæmatologisk ambulatorium, Regionshospitalet Viborg, Skive og Kjellerup, Marianne Jensen, [marianne.jensen@viborg.rm.dk](mailto:marianne.jensen@viborg.rm.dk)
- Opfølgende hjemmebesøg, Regionshospitalet Holstebro, Herning og Ringkøbing, Mette Bruun Pedersen, [hecmbp@ringamt.dk](mailto:hecmbp@ringamt.dk)
- Den gode overgang, Sygehus Vendsyssel, Himmerland og Aalborg, Jette Boilesen, [jebo@rn.dk](mailto:jebo@rn.dk)

## 3 Akutte og subakutte tilbud

Det er essentielt, at de medicinske patienter får et hensigtsmæssigt behandlingsforløb målrettet deres behov. Derfor er det vigtigt, at den praktiserende læge og vagtlægen har mulighed for at kunne henvise patienten til hurtig udredning og vurdering på hospitalet, uden nødvendigvis at skulle indlægge patienten. Oprettelse af akutte eller subakutte tilbud kan afhjælpe, at den medicinske patient indlægges unødigt.

### **Erfaringer med akutte og subakutte tilbud**

*Citater fra involverede personer:*

*Det var vanskeligt at vende personalet i de akutte modtageafsnit til at "huske", at det er muligt, at "vende en akut patient i døren".*

*Målene nås ganske langsomt, men sikket. Problemet er at udbrede kendskabet til en stor gruppe af praktiserende læger.*

*Som med alle projekter er det vigtigt, at have et fleksibelt personale, der er vant til forandringer og parate til at prøve noget nyt uden sikkerhedsseler.*

*... det har vist sig, at der blandt de øvrige ambulante patienter har været en fantastisk forståelse for, at akutte patienter har kunnet medføre lidt afvigelser og forsinkelser i de øvrige planlagte aktiviteter.*

### 3.1 Subakut dagafsnit med sammedagsudredning

Bjørn Mathiassen og Else Marie Damsgaard  
bjomat@rm.dk  
elsedams@rm.dk  
Geriatrisk speciale  
Århus Sygehus  
Region Midtjylland

#### Udgangspunkt for initiativet

Udgangspunktet for projektet var et politisk ønske om at undgå unødige akutte indlæggelser og i stedet behandle patienterne ambulant. Ældre medicinske patienter har bedst af at blive udredt hurtigt og være kortest muligt på hospitalet for at undgå delir og tab af funktioner. Udgangspunktet var ligeledes en akut personalemangel og stort vikarforbrug.

#### Beskrivelse af initiativet

##### Formålet med initiativet

Formålet med initiativet har været, at den praktiserende læge kan henvise en patient direkte til en akut tid

samme eller følgende dag. De tider, som ikke bruges, meldes til det akutte modtageafsnits koordinator. Patienter, som meldes til akutmodtageafsnit uanset tid på døgnet, kan i stedet få tilbudt en tid i dagafsnittet den følgende dag.

Patienterne møder kl. 9 eller kl. 10 og undersøges af en speciallæge. Der er to tider til røntgen af alle slags, ultralyd og CT-skanning af hjerne, bryst og maveregion. Dagafsnittet skal melde patienterne til røntgen afdelingen senest kl. 11 samme dag. Hvis tiderne ikke bruges, kan røntgenafdelingen bruge tiderne til andre patienter. Eventuelt kan udredningsplanen være lagt før patienten møder, såfremt der fra den henvisende praktiserende læges side er givet så fyldestgørende oplysninger, at det er indlysende, hvad der skal foretages af undersøgelser.

Patienten får svar af den samme speciallæge, som har undersøgt patienten, enten samme dag eller ved en efterfølgende konsultation i afdelingen eller i hjemmet.

Der er mulighed for kontakt til røntgenafdelingens ledende overlæge med henblik på at få faste daglige tider til alle typer af røntgen og skanning samt mulighed for kontakt til de akutte modtageafdelinger og til praktiserende læger.

### **Tids- og ressourceforbrug**

Forudsætninger, som var til stede:

- En overlæge fire dage pr. uge – en overlæge, som havde brug for et mere fleksibelt job, som passede med at være uddannelsesansvarlig overlæge. Det var samtidig muligt at tage en yngre læge med som en del af dennes uddannelse.
- Der var mulighed for at konvertere stillinger fra sengeafdeling til ambulansfunktion.
- Der var en meget positiv indstilling fra røntgenafdelingen.
- Tæt samarbejde med geriatrisk teams afsnitsledelse med henblik på at få en fleksibel udnyttelse af pleje- og lægeressourcer mellem geriatrisk team og det nye dagafsnit og mulighed for at trække på deres erfaring med hensyn til hurtige udredning i ambulans regi af meget syge ældre patienter.
- Ikke mindst et meget fleksibelt personale i hele afdelingen.

### **Implementering og forandringspotentiale**

Målene nås ganske langsomt, men sikkert. Problemet er at udbrede kendskabet til en stor gruppe af praktiserende læger. Det tager lang tid, selvom der informeres både skriftligt og mundtligt og gennem praksiskonsulent og til møder.

Det var vanskeligt at vende personalet i de akutte modtageafsnit til at "huske", at det er muligt, at "vende en akut patient i døren". Ligeledes viser erfaringerne, at det er vigtigt, at indgangen til at booke en tid er meget tydelig og entydig.

## **Læring, evaluering og erfaring**

Der foretages løbende evaluering og tilpasning.

Initiativet er et udviklingsprojekt, og man må lære undervejs. Som med alle projekter er det vigtigt, at have et fleksibelt personale, der er vant til forandringer og parate til at prøve noget nyt uden sikkerhedsseler.

Man skal sørge for at få baseline sænket svarende til det antal stationære senge, man påregner at konvertere til ambulansfunktion, selvom det er svært at vide på forhånd. Det gjorde vi ikke, og det har kostet dyrt.

## 3.2 Konvertering af akutte indlæggelser til subakutte indlæggelser

Jens Møller  
jenmoel@rm.dk  
Intern medicinsk speciale  
Århus Sygehus  
Region Midtjylland

### Udgangspunkt for initiativet

Akutte indlæggelser i aften- og nattetimer kan med fordel udsættes til dagtid såfremt den kliniske tilstand tillader dette. Vi har derfor etableret et projekt, der skal udsætte de akutte indlæggelser fra aften- og nattetid til dagtid.

Baggrunden for projektet er, at der er mere personale til stede i dagtid, og de faglige kompetencer vil oftest være lettere tilgængelige i dagtiden.

### Beskrivelse af initiativet

#### Formålet med initiativet

Projektets konkrete mål var at udsætte akutte indlæggelser fra vagten til dagtid, for derved at skabe mere hensigtsmæssige patientforløb. Når en patient henvises til sygehusbehandling finder den henvisende læge og sygeplejersken på afdelingen i fællesskab ud af, hvorvidt patienten har behov for akut indlæggelse, eller om det er mere hensigtsmæssigt for patienten at denne tilses i dagtid, hvor flere lægelige kompetencer er til stede.

Ideerne er udviklet i nært samarbejde mellem afsnits- og afdelingsledelse.

Afdelings- og afsnitsledelsen har udarbejdet og implementeret konceptet, og hovedformålet har været at skabe mere smidige og hensigtsmæssige patientforløb.

#### Tids- og ressourceforbrug

Projektet har været ressourceneutralt. Tanken er at spare dyre vagtressourcer.

#### Implementering og forandringspotentiale

Implementeringen er forløbet forbløffende glat. Der kommer ca. én patient i dagtiden, som tidligere ville være kommet i vagten.

### Læring, evaluering og erfaring

Initiativet er endnu ikke endeligt evalueret.

#### Opfølgning og det videre arbejde

Vi mener, at konceptet kan udbredes til flere specialer.

## 3.3 Ambulant behandling af patienter med diagnosen dyb venetrombose

Jens Møller  
jenmoel@rm.dk  
Medicinsk speciale  
Århus Sygehus  
Region Midtjylland

### Udgangspunkt for initiativet

Patienter med dyb venetrombose (DVT) indlægges ofte akut, fordi diagnostik og behandling bør foretages relativt hurtigt. Udredning og behandling kan imidlertid godt foregå ambulant, såfremt tidsperspektivet overholdes. Der er derfor etableret en forsøgsordning, hvor patienter med DVT henvises til ambulant udredning og behandling i Tromboseklinikken på Århus Sygehus, når de forsøges indlagt akut på de medicinske visitationsafdelinger. Initiativet til ordningen er taget af overlæge Steen Husted.

### Beskrivelse af initiativet

#### Formålet med initiativet

Det konkrete formål med initiativet er at hindre unødvendige indlæggelser og at tilbyde patienten en mere effektiv diagnostik og behandling på et fagligt højere niveau. Patienten tilbydes derudover kontakt til den klinik, der bedst varetager den fremtidige behandling.

Initiativet involverer Tromboseklinikken, de medicinske afdelinger, patienter, personalegrupper på den medicinske visitationsafdeling og på Tromboseklinikken.

Hovedmålet for forandringen var at indføre en hurtigere og mere effektiv diagnostik og behandling af DVT, og samtidigt sætte patienten i forbindelse med den største faglighed på området.

#### Tids- og ressourceforbrug

I princippet har projektet været ressourceneutralt, idet de patienter der tidligere var indlagt på den medicinske visitationsafdeling, alligevel senere overførtes til enten Tromboseklinikken eller et lignende sted.

#### Implementering og forandringspotentiale

Ordningen har været nem at indføre ikke mindst pga. engagement og samarbejdsvilje fra Tromboseklinikken.

### Læring, evaluering og erfaring

Initiativet evalueres jævnligt positivt på samarbejds møder. Initiativet har vist, hvor let det er at ændre uhen-sigtsmæssige indlæggelsesforløb til væsentligt bedre ambulante forløb.

#### Opfølgning og det videre arbejde

Projektets metoder og teorier kan benyttes inden for en række andre behandlinger af patienter, som i dag ofte indlægges unødigt.

## 3.4 Subakutte ambulatorietider

Kerstin Høgenhaug

kemh@rn.dk

Omfatter flere specialer

Sygehus Vendsyssel

Region Nordjylland

### Udgangspunkt for initiativet

Baggrunden for initiativet var et ønske om at nedbringe antallet af akutte indlæggelser samt en forventning om, at en vis del af de akutte indlæggelser kan undgås, hvis praktiserende læge/vagtlæge har mulighed for at henvise til en subakut tid i ambulatoriet. Sygehus Vendsyssel tog initiativet til at etablere tilbuddet.

### Beskrivelse af initiativet

#### Formålet med initiativet

Initiativet har haft til formål at nedbringe antallet af akutte indlæggelser eller uhensigtsmæssige indlæggelser.

Initiativets metode er, at når den praktiserende læge skal henvise en patient videre til sygehusregi, har denne mulighed for at kontakte vagthavende læge på sygehuset. I fællesskab kan lægerne beslutte, hvorvidt patienten har behov for indlæggelse, eller om det er mere hensigtsmæssigt, at patienten får en subakut ambulatorietid, hvor patienten kan blive tilset og udredt. Derved undgås unødvendig indlæggelse.

Idéen blev beskrevet i en regional rapport fra 2007 vedrørende uhensigtsmæssige indlæggelser.

#### Tids- og ressourceforbrug

Initiativet er finansieret i 2008 ved udmøntning af Strukturplanpuljen – en regional pulje initieret i forlængelse af vedtagelsen af Strukturplanen for det somatiske sygehusvæsen i Region Nordjylland.

#### Implementering og forandringspotentiale

Det har taget tid at komme ud til alle praktiserende læger, således at de praktiserende læger er blevet bekendte med initiativet. Manglen på sundhedspersonale har også påvirket dette initiativ, såvel som den påvirker andre områder af sygehusvæsenet.

### Læring, evaluering og erfaring

Erfaringerne viser, at det kræver en grundig indsats i forhold til at informere øvrige aktører om tilbuddet. Hvis ikke praktiserende læger er bekendte med tilbuddet, har initiativet ikke den tilsigtede effekt, og de afsatte subakutte tider i ambulatorierne udnyttes ikke bedst muligt.

#### Opfølgning og det videre arbejde

Initiativet kan indføres inden for rigtig mange specialer, hvilket er en styrke ved initiativet. Initiativet kan eventuelt udvides, således at vagtlægen har et vist antal forudreserverede tider, som det er muligt at henvise vagtlægepatienter til og dermed undgå indlæggelse.

## 3.5 Akut skadestuefunktion for patienter i medicinsk lungeambulatorium

Niels Ulrik Søres-Petersen  
nus@regionsjaelland.dk  
Allergologi/lungemedicinsk speciale  
Roskilde Sygehus  
Region Sjælland

### Udgangspunkt for initiativet

Oprindelig blev tilbuddet om at kunne benytte ambulatorium som 'skadestue' inden for almindelig åbningstid udelukkende givet til astma- og allergipatienter med tilknytning til det allergologiske/lungemedicinske ambulatorium. Man ønskede at udvide tilbuddet.

### Beskrivelse af initiativet

#### Formålet med initiativet

Formålet med initiativet var, at kunne yde hurtig og kvalificeret hjælp ved akut opståede symptomer, som over-steg, hvad patienten kunne håndtere selv med allerede udskrevne behandlingsmidler.

Ved at kunne yde denne service via vort specialiserede ambulatorium, har patienten fået direkte adgang til specialuddannet plejepersonale såvel som til speciallæge. Der er desuden mulighed for at kunne trække på specialiseret undersøgelseskapacitet i ambulatoriet.

Derved er et akut, kvalificeret behandlingstilbud lagt ud til patienten, samtidig med at patientens ventetid i den almindelige skadestuebehandling har kunnet undgåes. Samtidig er skadestuefunktionen aflastet for disse ofte observationskrævende patienter og den mere effektive behandling har kunnet forebygge indlæggelser.

Initiativet er iværksat og drevet tværfagligt. Alle personalekategorier dvs. sekretærer, sygeplejersker og speciallæger er involverede. De akutte henvendelser kan ikke forudberegnes, og patienten må derfor 'flekse' ind imellem det vanlige ambulante klientel, hvilket kræver erfaring og beredvillighed.

#### Tids- og ressourceforbrug

Ressourcer har ikke været specielt øremærkede til funktionen, som helt overvejende har været drevet af personalets entusiasme for sagen.

Praktisk har det vist sig, at der blandt det øvrige ambulante klientel har været en fantastisk forståelse for, at akutte patienter har kunnet medføre lidt afvigelser og forsinkelser i de øvrige planlagte aktiviteter.

#### Implementering og forandringspotentiale

Målet om at kunne tilbyde og fortsætte denne service er nået. Stort pres på området har medført ganske enkelte 'aflysninger', hvor flere samtidige akutte patienter ikke alle har kunnet håndteres i vort eget ambulatorium men har måttet henvises til sædvanlig skadestuebehandling (ganske få tilfælde over adskillige år).

Generelt kan vi frygte, at de fornødne muligheder for at kunne videreføre funktionen bliver vanskeligere, da arbejdspresset og ventelister har været jævnt stigende de senere år.

## Læring, evaluering og erfaring

Der er ikke evalueret systematisk, men vi har fra de involverede patienter haft særdeles positive tilbagemeldinger på initiativet. Det har som ventet vist sig, at den hurtige ydelse af højt kvalificeret akut hjælp både er tidsbesparende og sikrer kvalitet i behandling udover, hvad de almindelige akutbehandlingstilbud (vagtlæger, skadestuer mv.) kan tilbyde.

### Opfølgning og det videre arbejde

Utvivlsomt vil andre medicinske og kirurgiske specialer kunne anvende samme model med stor fordel – både for patient og for 'systemet'.

## 3.6 Tidlig intervention til patienter med KOL – et ergo- og fysioterapeutisk projekt

Gitte Johannesen

gjo@regionsjaelland.dk

Ergo- og fysioterapi

Roskilde Sygehus

Region Sjælland

## Udgangspunkt for initiativet

Idéen til projektet kom efter et studiebesøg på Regionshospitalet i Horsens. Her har man i flere år haft gode erfaringer med tidlig ergo- og fysioterapeutisk screening af nyindlagte patienter med akut forværring af kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL). Det har bl.a. resulteret i et bedre overblik over patientens aktuelle situation og funktionsevne. I ergo- og fysioterapien på Roskilde Sygehus er der også den erfaring, at patienter med KOL ofte i én eller anden grad har vanskeligheder ved udførelse af almindelige daglige aktiviteter, hvilket gør det meget relevant, at få et billede af funktionsniveau, tidligt i indlæggelsesforløbet. Dette gøres for at kunne støtte patienten til at vedligeholde funktioner, som denne allerede mestrer, og eventuelt genvinde tabte færdigheder ved kompenserende teknikker eller brug af hjælpemidler. Samtidig vil dette kendskab til patientens funktionsevne og aktivitetsniveau, kunne være et udgangspunkt i forhold til fastsættelse af hvilke mål, der skal være nået, inden patienten udskrives. Dette sker naturligvis i et samarbejde med patienten og det tværfaglige team.

## Beskrivelse af initiativet

Formålet med tidlig screening og vurdering af denne patientgruppe:

- At patienten så vidt muligt, kan gennemføre de aktiviteter, der er vigtige for den enkelte.
- At patienten dermed får lettere ved at genoptage sin dagligdag efter udskrivelsen.
- At lette udskrivelsen til eget hjem ved tidlig vurdering af behov for hjælpemidler, boligændringer eller assistance til praktiske gøremål.

### Forventet udbytte

Et udbytte skulle være at screeningen tidligt kan opfange patienter med behov for ergo- eller fysioterapeutisk intervention, og at patienten dermed tidligere i forløbet har mulighed for at få den træning og instruktion, der er behov for og dermed bliver mere selvhjulpne. Det forventes ligeledes, at der tidligt i forløbet vil være vurderet, om patienten har behov for hjælpemidler ved udskrivelsen, og at en kontakt til den kommunale kontaktperson kan etableres med henblik på dette. Ultimativt kunne man have en forventning om at nedsætte

antal indlæggelsesdøgn for en gruppe af disse patienter, som ellers ville vente på at få afklaret, hvorvidt de ville kunne klare sig selv efter udskrivelsen.

### **Fremgangsmåde**

Ergo- og fysioterapeut screener alle nyindlagte patienter hver morgen ved hjælp af den elektroniske patientjournal. Patienter med KOL i forværring som indlæggelsesårsag vurderes ergo- og fysioterapeutisk på afdelingen ved hjælp af udarbejdet screeningskema. Alle screenede patienter opstartes herefter ergoterapeutisk med vurdering i udførelsen af en konkret aktivitet, samt af fysioterapeut med henblik på behov for lungefysioterapi og træning. Alt efter behov behandles patienten af ergoterapeut og fysioterapeut under indlæggelse.

### **Aktører/deltagere i forbindelse med initiativet**

Ergo- og fysioterapeut har efter inspiration fra studiebesøg udformet og tilpasset en sceningsmodel til Roskilde sygehus.

Hovedmålet har været at optimere det terapeutiske tilbud til patienter med kronisk obstruktiv lungelidelse, samt at gøre en indsats for at bedre det samlede patientforløb for denne patientgruppe.

### **Tidsforbrug og ressourceforbrug**

Projektet blev igangsat i oktober 2009. Ergoterapeutisk tages ressourcerne til gennemførelse af projektet ud af de eksisterende ressourcer, hvilket naturligvis er en omprioritering i forhold til fokus for den ergoterapeutiske indsats på det medicinske område. Fysioterapeutisk tages ligeledes fra eksisterende ressourcer. Det er dog en patientgruppe som i forvejen ofte er i kontakt med fysioterapeut under indlæggelsen, men i projektet prioriteres tidlig intervention højere end før.

### **Evaluering**

Projektet forventes evalueret i løbet af 2010.

## **Øvrige initiativer omhandlende akutte eller subakutte tilbud**

- Viderevisitation af patienter med exacerbation af KOL til ambulant regi, Århus Sygehus, Region Midtjylland, Jens Møller, [jenmoel@rm.dk](mailto:jenmoel@rm.dk)
- Veneblodpropper, Århus Sygehus, Region Midtjylland, Steen Husted, [steehust@rm.dk](mailto:steehust@rm.dk)
- Etablering af subakutte patientforløb, Århus Sygehus, Region Midtjylland, Steen Husted, [steehust@rm.dk](mailto:steehust@rm.dk)

## 4 Ændret arbejdstilrettelæggelse

Det er vigtigt, at den medicinske patient ikke oplever unødigt ventetid. Det kan være nødvendigt at nytænke arbejdstilrettelæggelsen og sætte den i forhold til de tilgængelige personaleressourcer, for at understøtte visitation og accelererede forløb. Det handler bl.a. om at facilitere, at personalet tilegner sig nye kompetencer, således at opgaverne kan fordeles mere fleksibelt.

### *Erfaringer med ændret arbejdstilrettelæggelse*

*Citater fra involverede personer:*

*De to kulturer kan blive et stærkt team med bred ortopædisk kompetence og en stor gruppe med mange medicinske kompetencer.*

*- når der sættes noget nyt i gang er nøgleordene: kommunikation, information, tid til processen og tæt ledelsesopfølgning, specielt i starten.*

*- besøget i patientens eget hjem (giver) sygeplejersken et erfaringsudbytte, som kan være gavnligt ved tilrettelæggelsen af hele patientforløbet.*

*Erfaringerne har bredt sig som ringe i vandet, og netværk er dannet.*

### 4.1 Sygeplejefaglig visitation

Susanne Buch Vinther  
Susanne.buch.vinther@horsens.rm.dk  
FAME - Fælles Akut Modtageenhed  
Regionshospitalet Horsens  
Region Midtjylland

#### Udgangspunkt for initiativet

Udgangspunktet for initiativet var overordnet at optimere visitationen af medicinske og organkirurgiske patienter.

Med initiativet ønskede man at sikre

- bedre service for indlæggende læger (ensartethed og rutine)
- bedre visitation af patienter tidsmæssigt og geografisk, og at sikre bedst mulig udnyttelse af ambulante muligheder samt andre tilbud, der kan forebygge en indlæggelse
- bedre arbejdsrytme for plejepersonale og læger
- bedre tid til forvagterne og til at skrive journal
- bedre service til den enkelte patient
- udnytte og styrke kompetencen i sygeplejerskegruppen

## Beskrivelse af initiativet

### Formålet med initiativet

Initiativet omhandler sygeplejefaglig visitation i hospitalets fælles akutte modtageenhed (FAME).

Der blev holdt et introduktionsmøde for alle sygeplejersker i afsnittet med bl.a. emner som: sygeplejerskefaget i udvikling, sygeplejefaglig visitation – et skridt frem for kvaliteten og sygeplejefaglig visitation på Amtssygehuset. Der var både interne og eksterne undervisere.

Efterfølgende blev der afholdt træningsdage for sygeplejerskerne, hvor vi bl.a. havde besøg af visitationssygeplejerske fra Århus Sygehus, og hvor vi gennemarbejdede "udkast til visitationsmanual". Efterhånden som der er arbejdet med funktionen i praksis, er visitationsmanualen blevet redigeret.

Af aktører skal nævnes hospitalsledelsen, afdelingsledelsen, afsnitsledelsen og en arbejdsgruppe fra afsnittet. I implementeringsfasen har ledelserne inden for de respektive specialer, plejepersonale, sekretærer, læger og praktiserende læger været inddraget.

### Tids- og ressourceforbrug

Den sygeplejefaglige visitator er en sygeplejerske i hver vagt – dagvagt, aftenvagt og nattevagt. I forbindelse med implementeringen havde vi ekstra plejepersonale i dag-vagt og aftenvagt i de første dage. Funktionen varetages i dag af en udvalgt gruppe af sygeplejersker, hvilket betyder, at ikke alle sygeplejersker har denne funktion.

### Implementering og forandringspotentiale

Målene er nået og initiativet er en succes. Dette måles på tilbagemeldingerne fra de indlæggende læger. Der har været modstand i forhold til initiativet, men størst er tilsagnet og accepten fra de praktiserende læger.

## Læring, evaluering og erfaring

Der har været evalueret på funktionen med sygeplejerskerne i afsnittet. Det at visitere opfattes generelt som en spændende del af jobbet. I perioder er det en temmelig belastende funktion. Sygeplejerskerne har et behov for supervision, når et sådant tilbud er sat i værk. De praktiserende læger giver mange positive tilbagemeldinger til os.

Initiativet har bidraget med mere effektive patientforløb.

- de praktiserende læger bruger visitatoren som konsulent
- forvagterne har mere ro til journaloptagelser og kan dermed yde bedre service for den enkelte patient
- bedre arbejdsrytme for plejepersonalet
- styrker sygeplejerskens kompetencer

Visitatoransvar og kompetenceområder:

- ansvarlig for at tilrettelægge differentierede og koordinerede patientforløb i samarbejde med indlæggende læge og øvrige samarbejdspartnere
- medansvarlig for kvaliteten i det overordnede patientforløb i FAME - Akutmodtagelsen og overgange i forbindelse med overflytning og udskrivelse fra FAME - Akutmodtagelsen
- medansvarlig for hensigtsmæssig udnyttelse af FAME - Akutmodtagelsens og HBO's kapacitet
- medansvarlig for hensigtsmæssig ressourceudnyttelse

Visitators arbejdsopgaver:

- varetager kommunikationen med indlæggende læger vedrørende patienter
- triage af den akutte patient

- varetager kommunikationen med øvrige samarbejdspartnere vedrørende de enkelte patientforløb – eget afsnit, øvrige afsnit, øvrige sygehuse
- delegerer arbejdsopgaver til de øvrige sygeplejersker/social- og sundhedsassistenter/serviceassistent i FAME - Akutmodtagelsen under hensyntagen til patientens behov og medarbejderens kompetence
- varetager kommunikationen med afdelingssygeplejerske, lægelig leder og lægelig bagvagt vedrørende pladssituationen på FAME – Akutmodtagelsen, de øvrige afdelinger og hospitaler i Region Midtjylland
- koordinerer det daglige tværfaglige samarbejde
- varetager samarbejdet med koordinatore og ledere i hospitalets øvrige afdelinger
- oplæring af nye i visitatorfunktionen

## 4.2. Projekt Iltsygeplejerske

Karen Marie Brøste Wells og Karen Ersgaard  
 kaarenmariebroste.wells@horsens.rm.dk  
 karen.haar.bagger.ersgard@horsens.rm.dk  
 Lungemedicinske speciale  
 Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder  
 Region Midtjylland

### Udgangspunkt for initiativet

KOL-patienter var en gruppe af patienter, der fordrede store personalemæssige ressourcer. Tidligere var der ingen opfølgning efter indlæggelse, og der var ingen ambulatoriefunktion. Desuden var der lægemangel. Når en KOL-patient først havde været indlagt, var der stor risiko for genindlæggelse. Daværende oversygeplejerske og afdelingssygeplejerske initierede projekt iltsygeplejerske.

Man skønnede, at det skulle være en sygeplejerske med specialerfaring, der skulle tage sig af den patientgruppe, der skulle have ilt i hjemmet. Man vurderede, at opgaven ikke kunne løses af hjemmesygeplejerskerne.

I 1999 var det kun læger på hospitaler, der kunne udskrive ilt til hjemmet. Inden da var det praktiserende læger. Udgifterne til iltbrugere i hjemmet havde været stigende, og man ønskede at se, om man kunne påvirke udgifterne.

### Beskrivelse af initiativet

#### Formålet med initiativet

Hovedmål for forandringen har været, at patienten kunne blive behandlet i eget hjem. Det var projektets formål og dermed afgørende for udformningen, at vurdere og undersøge effekten af undervisning og vejledning, rådgivning, pleje og behandling af den iltbehandlede patient. Dette skulle varetages af iltsygeplejersker med særlig viden om og erfaring med pleje og behandling af KOL-patienter såvel under indlæggelse som i hjemmet.

Når iltsygeplejersken besøger KOL-patienten i hjemmet, tjekkes patientens iltmætning i blodet og eventuelle gener som følge af iltindtages afhjælpes. Iltsygeplejersken forsøger så vidt muligt at lette KOL-patientens hverdag med råd og vejledning omkring iltindtaget. Idet sygeplejersken besøger patienten i eget hjem, opnår sygeplejersken indgående kendskab til patients generelle ressourcer, hvilket betyder, at sygeplejersken har de bedst mulige forudsætninger for at hjælpe patienten.

Aktørerne som var en del af projektet omfattede den udpegede iltsygeplejerske, sengeafsnittets personale, de omkringliggende sengeafsnit og kommunen. Dertil kom de praktiserende læger, udviklingspsygeplejersken og oversygeplejersken. Alle har været aktører i både initiativfasen og implementeringsfasen.

### **Tids- og ressourceforbrug**

Projektet blev finansieret af det tidligere amt samt sygehusledelsen.

De personalemæssige ressourcer har været tænkt ind fra starten, herunder udviklingspsygeplejersken.

### **Implementering og forandringspotentiale**

Mål og formål blev opnået. Der blev foretaget en kvalitetsvurdering, som blev afrapporteret i Kvalitetsvurdering af projekt "Iltsygeplejerske", af Karen Ersgaard, 2003.

Man forpligtede sig fra medicinsk afdelings side til at køre projektet i drift.

## **Læring, evaluering og erfaring**

Evalueringen viste patienterne gav udtryk for øget fysisk velbefindende. Råd i dagligdagen gav mulighed for at håndtere egen dagligdag på et bedre niveau. Projektet havde effekt på patienternes både fysiske og psykiske helbred, antallet af genindlæggelser faldt, og indlæggelserne blev kortere.

Endelig havde projektet den effekt, at afdelingen blev aflastet.

Herudover viste evalueringen, at oprettelse af ambulatorier med sygeplejersker på specialistniveau virker og er effektivt. Projektet har bl.a. betydet et meget forbedret forhold til primærsektor og til de praktiserende læger. Desuden giver besøget i patientens eget hjem sygeplejersken et erfaringsudbytte, som kan være gavnligt ved tilrettelæggelsen af hele patientforløbet.

### **Opfølgning og det videre arbejde**

Dette projekt har medvirket til udviklingen inden for KOL i Danmark. Erfaringerne har bredt sig som ringe i vandet, og netværk er dannet. Således er fælles kliniske retningslinjer også blevet en naturlighed på tværs af regionen.

Helt overordnet har projektet sat fokus på sygdommen KOL og konceptet har spredt sig og anvendes nu også på astmaområdet.

Et lignende projekt er beskrevet under kapitlet om ændret udgående funktioner.

## **4.3 Geriatrisk tilsyn med patienter med hoftenære frakturer**

Lisbeth Hansen

[lisbeth.c.hansen@horsens.rm.dk](mailto:lisbeth.c.hansen@horsens.rm.dk)

Kirurgisk, medicinsk og geriatrisk speciale

Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder

Region Midtjylland

### **Udgangspunkt for initiativet**

Efter ansættelse af et geriatrisk team på Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder har ortopædkirurgisk sengeafdeling haft et ønske om at have geriatrisk tilsyn på nogle af de patienter, der indlægges på ortopædkirurgisk sengeafdeling. Derfor rettede ortopædkirurgisk afdeling henvendelse til det geriatiske team.

Når en geriatrisk patient falder og pådrager sig et hoftebrud skyldes det ofte et samspil af flere faktorer, herunder nedsat syn, lidelse i bevægeapparatet, almen svækkelse, svære kroniske lidelser f.eks. medicinske, kardiologiske og neurologiske sygdomme. For at patienten hurtigst muligt skal rehabiliteres, bør der tages højde for, at flere faktorer har betydning for behandlingen, og der bør ikke udelukkende ske behandling af frakturen.

Opgørelser fra Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) viser, at stort set alle patienter med hoftenære frakturer har en systemisk sygdom i en eller anden sværhedsgrad forud for frakturen.

## **Beskrivelse af initiativet**

### **Formålet med initiativet**

Den 01.11.08 startede hospitalet med daglig stuegang til patienter med hoftenære frakturer. Inden start var der møder mellem de geriatriske læger og medicinsk afdelingsledelse.

Hovedmålet for forandringen er at sikre denne patientgruppe et forløb af høj kvalitet og at sikre, at patienter, der pådrager sig en hoftenær fraktur modtager en medicinsk årsagsudredning, da disse patienter ofte har andre lidelser, som kan ligge til grund for det fald, som resulterede i frakturen. For at få udviklet ideen yderligere, er der lavet en beskrivelse af ortopædkirurgisk/geriatrisk rehabiliteringsafsnit, som startede 01.02.09.

Målet for denne patientgruppe er at sikre et rehabiliteringsforløb karakteriseret ved kommunikation, koordination og kontinuitet på tværs af fag og sektorer. Der tages udgangspunkt i patientens hele livssituation, og forløbet bygger på principperne for det accelererede operations- og patientforløb.

Der har været nedsat en gruppe med personaler (sygeplejersker, terapeuter, læger) på tværs af afdelingerne både i den periode, hvor det er beskrevet, hvordan afsnittet (geriatrisk stuegang) skulle foregå. Der har været afholdt møder, hvor hele personalegruppen inklusiv terapeuter er blevet orienteret om den nye funktion. Plejepersonalet har fået undervisning af en sygeplejerske fra det geriatriske team om emnet: den delirøse patient. Der er givet vejledning i indsamling af data til geriatrisk stuegang af sygeplejerske fra det geriatriske team.

Lægegruppen er informeret af geriatrerne om deres funktion, og det er nøje beskrevet, hvem der er forløbsansvarlig (ortopædkirurgisk afdeling), og hvem der tager sig af hvilke opgaver.

### **Tids- og ressourceforbrug**

Vi har ikke opgjort ressourceforbruget, men geriatrerne har afsat 15 timer pr. uge til denne funktion. Dette har indtil nu været dækkende for behovet.

### **Implementering og forandringspotentiale**

Initiativet er endnu ikke evalueret. Afdelingssygeplejersken har tæt kontakt med de geriatriske læger og den ansvarlige ortopædkirurgiske læge, hvor der drøftes, hvordan funktionen fungerer, og hvilke nye tiltag, som skal iværksættes.

Det har været en spændende udfordring at få to meget forskellige kulturer til at arbejde sammen (ortopædkirurgisk og geriatrisk personale). Afdelingen er stadig i gang med processen. De to kulturer kan blive et stærkt team med bred ortopædisk kompetence og en stor gruppe med mange medicinske kompetencer. Der afholdes afsnitsmøder en gang om ugen, hvor temaet er det nye rehabiliteringsafsnit.

## Læring, evaluering og erfaring

Da afdelingen gik i gang den 01.11.08 med daglig geriatrisk stuegang, var denne funktion ikke beskrevet endnu, og der forelå kun mundtlige aftaler. Først med etableringen af rehabiliteringsafsnittet den 01.02.09 er funktionen blevet beskrevet. Det gjorde, at den geriatriske stuegangsfunktion på ortopædkirurgisk afdeling fik en famlende start. Det har lært afdelingens personale, at det er vigtigt, at forarbejdet er gjort ordentligt, da det kan give en del frustrationer. En beskrivelse med en klar opgavefordeling er specielt vigtig, når flere specialer skal arbejde sammen. Ligeledes vil undervisning før start også være en god ide. Det har helt klart givet et kvalitetsløft for gruppen af patienter med hoftenære frakturer, at de lige efter bruddet og under indlæggelsen får et geriatrisk tilsyn. Det betyder, at der bliver set på patientens hele situation, ikke kun kirurgisk men også medicinsk. Det medfører forhåbentligt, at afdelingen med denne indsats kan forebygge nye indlæggelser.

Erfaringer fra det nye tiltag er, at når der sættes noget nyt i gang er nøgleordene: kommunikation, information, tid til processen og tæt ledelsesopfølgning, specielt i starten.

### Opfølgning og det videre arbejde

Afdelingen regner med, at tiltaget er kommet for at blive. Et ønske fra ortopædisk sengeafdeling er, at alle ortopædkirurgisk/geriatriske patienter kunne få dette tilbud. Der er i øjeblikket kun ressourcer til stuegang på patienter med hoftenære frakturer.

## 4.4 Afvikling af stuegang

Udviklingssygeplejerske Anne Holm Nyland,  
anne.holm.nyland@ouh.regionsyddanmark.dk  
Oversygeplejerske Charlotte Mose,  
charlotte.mose@ouh.regionsyddanmark.dk  
Medicinsk endokrinologi  
Odense Universitetshospital  
Region Syddanmark

## Udgangspunkt for initiativet

For ca. 10 år siden blev stuegangsformen ændret i endokrinologisk afdeling M, Odense Universitetshospital. Fra at gå stuegang det meste af en formiddag blev funktionen omlagt, så alle læger mødte ind til stuegang i afdelingens sengeafsnit kl. 8.15. Stuegangen blev herefter afviklet i tre teams fra kl. 8.15-9.00.

## Beskrivelse af initiativet

Hensigten var at optimere hele stuegangsforløbet til gavn for patienter, læger og sygeplejersker.

Formål:

- At patienten får løst sit problem hurtigst muligt.
- At skabe optimale forhold i stuegangssituationen – alle møder på samme tid.
- At skabe kontinuitet i stuegangsforløbet i forhold til bl.a. patient/behandler-relationen.
- At afvikle stuegang hurtigt, så alle kan varetage øvrige opgaver såsom pleje, udføre ordinationer, varetage ambulatoriefunktioner, etc.

### **Aktører/deltagere i forbindelse med initiativet**

Hele afdelingens personale samt ledelsen har været involveret, idet ændringen af stuegangen også medførte ændret struktur i ambulatorium og blandt de enkelte personalegrupper.

Projektet startede op via en arbejdsgruppe, hvorefter der blev afholdt stormøder for hele personalet omkring omstruktureringen. Der er efterfølgende blevet afholdt evalueringsmøder for alt personale.

### **Tidsforbrug og ressourceforbrug**

Initiativer blev sat i gang i 1999. Ressourceforbruget er ikke øget.

### **Implementering og forandringspotentiale**

Stuegangsformen har ændret sig lidt i årenes løb, efterhånden som man fandt frem til den bedste praksis for afvikling af stuegang.

Stuegang starter kl. 8.15, hvor læger og sygeplejersker mødes i respektive teams. På forstuegang drøftes dagens patienter, og man prioriterer, hvilke læger, der skal tilse hvilke patienter.

Stuegangen forløber som en dialog mellem sygeplejerske og læge til en forstuegang og siden mellem patient og læge/sygeplejerske.

## **Læring, evaluering og erfaring**

Stuegangsformen forløber meget tilfredsstillende. Stuegangen er hurtigt overstået, og patienterne kommer hurtigt videre i undersøgelses- og behandlingsprogrammet, idet diverse ordinationer m.m. udføres tidligt samme dag, som ordinationen foreligger.

Lægerne får afsluttet stuegangsarbejdet og kan starte rettidigt i afdelingens ambulatoriefunktioner. Sygeplejerskerne kommer hurtigt videre med dagens øvrige pleje- og behandlingsopgaver.

Gennem årene har afdelingen haft flere forespørgsler i forhold til organisering af ændret stuegangsform, og flere læger og sygeplejersker har været på studiebesøg.

Liggetiden er reduceret fra 6 til 4 ½ dag takket være bedre planlægning i forbindelse med stuegangen.

## **4.5 Accelereret forløb for patienter med blodprop**

Overlæge Roman Sykulski  
Afdelingssygeplejerske Susanne Lund  
slun@regionsjaelland.dk  
Kardiologisk afdeling, Næstved  
Sygehus Syd, Region Sjælland

### **Udgangspunkt for initiativet**

Kardiologisk laboratorium på Rigshospitalet var initiativtagere. Man ønskede at reducere ventetiden for patienter med blodprop (NSTEMI= AMI) til subacut KAG og PCI+stent (undersøgelser, der afklarer hvilken form for blodprop patienten har). Ventetiden i vores afdeling kunne være op mod 2-3 uger for disse patienter og de kunne ikke udskrives i ventetiden.

## Beskrivelse af initiativet

Målet var at patienter med NSTEMI indenfor 48 timer fik lavet KAG og evt. PCI på Rigshospitalet. Vores mål i afdelingen var at tilpasse informationsmængde og -niveau til vores patienter til den stærkt afkortede indlæggelsestid. Et mål var også, at patienterne fik en information, der gjorde patienterne trygge ved udskrivelsen. I samarbejde med rehabiliteringssygeplejerskerne inviteredes patienterne til første sygeplejekonsultation. Dette skete max. 2 uger efter udskrivelsen. Tidligere var dette 4 uger.

Metoden var Gennembrudsmetoden, som tidligere har været anvendt i afsnittet under projekt "Operation Life", hvor der blev arbejdet med AMI-pakken og således en kendt metode for medarbejderne. Målopfyldelsen for dette projekt var 90% på alle elementer i AMI-pakken. Det var absolut afgørende at personalet i vores afsnit kunne se formålet med de ændrede arbejdsgange. Desuden var det vigtigt med synlighed i afsnittet om, hvordan processen skred frem og hvor barometret stod mht. målopfyldelse undervejs.

### Aktører/deltagere i forbindelse med initiativet

Vi oprettede et team i afsnittet bestående af:

- 1 kardiologisk overlæge
- 1 afdelingssygeplejerske
- 2 klinisk ansvarlige sygeplejersker

Teamet samledes ad hoc. Vi indtastede løbende vores auditresultater i Operation Lifes database. Vi fik løbende support fra en lokal kvalitetskonsulent.

### Tidsforbrug og ressourceforbrug

Der har ikke været tilført ekstra ressourcer til projektet. I praksis har det været nødvendigt med overarbejde for teammedlemmerne. Dette er ikke opgjort.

### Implementering og forandringspotentiale

Målopfyldelsen på de 90% blev nået.

At målet med en tryk udskrivelse er nået tyder en spørgeskemaundersøgelse på.

## Læring, evaluering og erfaring

### Evaluering

Vi har adspurg 10 patienter, og skal fortsætte denne tilfredshedsundersøgelse.

### Erfaringer

Idéen bag metoden er princippet om at kvalitetsforbedringer opnås gennem afprøvning, tilpasning og implementering af viden om den bedste praksis. Metoden er systematisk og giver meget hurtigt et overblik over om de ændringer, der er sat i værk, virker efter hensigten. Dette er vældig gavnligt og motiverende for personalet.

### Opfølgning og videre arbejde

Ved implementeringen af hjertepakkerne, herunder hjertesvigtspatienterne, vil vi anvende samme metode.

## 4.6 Målsamtale

Else Marie Damsgaard

elsedams@rm.dk

Geriatrici, Århus Universitetshospital,

Århus sygehus, Region Midtjylland

### Udgangspunkt for initiativet

Initiativet startede i 1996 i forbindelse med et EU-støttet projekt (LEO), hvor alt personale og alle ledere i geriatrisk afdeling deltog.

Det oprindelige ønske var at sikre en god tværfaglig kommunikation og koordinere den tværfaglige indsats, så alle faggrupper havde samme mål. Senere blev det afdækket i forbindelse med patienttilfredshedsundersøgelser, at det var vigtigt, at de opsatte mål var i overensstemmelse med patientens og de pårørendes opfattelse, og at de var helt synlige for dem. Det har medført en videreudvikling gennem de sidste to-tre år, hvor målsamtalen er blevet til en slags kontrakt med patienten.

### Beskrivelse af initiativet

#### Mål

- at sikre, at patienten oplevede at blive hørt og at det var patientens problemer, der var udgangspunktet for indsatsen
- at patient og pårørende var med til at sætte målene for indlæggelsen og kendte målet fra starten af indlæggelsen
- at optimere og koordinere indlæggelsen
- starte udskrivelsen ved indlæggelsen
- undgå spildtids og derved reducere indlæggelsestiden

#### Delmål

At bruge tiden bedre dvs. ændre den sædvanlige gennemgang og den traditionelle stuegang til konsultationsstuegang, hvor der fra starten er taget hånd om alle de problemer, patienten oplever at komme med.

#### Læringshistorier

Der blev fra starten afholdt såkaldte *læringshistorier*, som er møder, hvor en patienthistorie blev gennemgået af det tværfaglige team. Der blev gennemgået, hvad der var gået godt og, hvad der var gået mindre godt, og så blev der opsat forslag og mål for forbedring. I initiativfasen var det primært lederne, der skulle fungere som primus motor, men alle ansatte var med i processen omkring at forbedre den tværfaglige kommunikation.

#### At fastholde målsamtalen

I perioder, når der er blevet taget for løst på målsamtalens indhold og målene har fremstået uklare, har det været terapeuterne eller sygeplejerskerne, som har sagt: "Det er nu ærgerligt at målsamtalen er skredet. For det er vigtigt for os, at vi kender det mål, vi stiler imod. Og at det er det samme som de øvrige personalegrupper tænker og det patienten forestiller sig, så vi ikke beholder patienten længere end nødvendigt". Derefter har vi igen strammet op med undervisning, supervision, audit af journaler og nye læringshistorier.

#### Inddragelse af patient og pårørende

Det, der virkelig har hjulpet, var da vi for 2-3 år siden begyndte at udlevere en kopi af målsamtalen – og andre samtaler – til patienten. Nu kom patient eller pårørende nemlig tilbage med feedback på, hvorvidt problem-

afdækning og det aftalte var i overensstemmelse med, hvad de havde opfattet. Sekretærene har opgaven at sikre, at lægen har læst målsamtalen igennem og at den udleveres derefter.

### **Lægerne vigtige at inddrage**

Først skal speciallægerne være med på ideen og se, at det nytter. Det er sket ved, at de skulle deltage i læringshistorierne. Derefter skal alle nyansatte læger undervises lige fra starten af ansættelsen i at afholde målsamtalen.

### **Instruks/vejledning**

Der er udarbejdet en instruks/vejledning, som ligger synligt på afdelingens fællesdrev og som udleveres til nyansatte efter en grundig gennemgang i forbindelse med introduktionen.

### **Tidsforbrug og ressourceforbrug**

Forløbsperiode: 1997 og frem, men projektet er udviklet undervejs, især de seneste 2 år.

Der har ikke været sat ekstra ressourcer ind.

Ressourceforbruget består mest i, at man som leder skal holde fast, indtil forandringen ligger som en fast forankring i kulturen i afdelingen. Det har taget år at nå dertil. Især de læger med "de gamle vaner" har skullet bringes til at ændre opfattelse. Både speciallægerne og nye læger har skullet se, at det nyttede at holde målsamtale i stedet for den mere rutineprægede "gennemgang" (= journaloptagelse for anden gang) og i stedet sætte mål op på basis af problemer, som patient, pårørende og personale har observeret.

*Læringshistorierne* skal der afsættes tid til, og der skal af funktionslederne i afsnittene gives plads til, at det tværfaglige team, som har haft patientforløbet, får lov til at gå ind i et andet rum et par timer. Det er helt afgørende, at de involverede læger – også speciallægen – er med. En neutral person skal styre læringshistorien. I starten skal det være en gang hver eller hver anden uge, så alt personale kommer hurtigt igennem og samtidig får nyt syn på patientforløbet og på det tværfaglige samarbejde. Det blev gjort i 1996-97, men senere er der kun blevet gennemført læringshistorier, hvis der har været et specielt patientforløb, der krævede audit eller debriefing.

Målsamtalen plus behovsstuegang udgør tilsammen stort set det samme ressourceforbrug, måske endda lidt mindre, end den sædvanlige gennemgang og almindelig stuegang dagligt. Der bruges lidt længere tid på patienten pr. gang, men til gengæld kommer man hele vejen rundt om patientens problemer hver gang. Der kræves heller ikke daglig stuegang og ikke sjældent viser det sig, at planen ved målsamtalen ender med et ambulantly forløb og udskrivelse samme dag, fordi det er patientens ønske.

Målsamtalen indeholder en cirka udskrivelsesdag og planlægning af udskrivelsen, så udskrivelsen ikke kommer som en overraskelse for både patienten og personalet, når patienten er medicinsk klar til udskrivelse. Det afkorter indlæggelsestiden med flere dage og giver færre patientklager, som ville være tidskrævende at behandle.

### **Implementering og forandringspotentiale**

Vi nåede det oprindelige mål og meget mere.

De væsentligste udfordringer i forbindelse med implementeringen har været at skabe en kulturændring. Det kræver, at man tager fat i kulturbærerne og at man gør det på samme tid. Derfor skal alt personale medinddrages stort set samtidigt. Personalet skal lære af konkrete patienthistorier, så baggrunden for en ændring opleves næsten personligt relevant for aktørerne.

Ændring fra gammeldags gennemgang til målsamtale er lægernes domæne. Lægerne er ikke undervist i en problemorienteret tilgang under studiet, hvorfor man allerførst skal få dem til at se nytten, især speciallægerne,

som skal supervisere de yngste. Lægerne synes, at det er tidskrævende og svært - hvad det også er - idet lægen skal kunne overskue mange problematikker hos samme patient i løbet af ret kort tid. Derfor er det vigtigt, at man accepterer, at den enkelte læge ikke kan holde målsamtale for flere patienter på samme dag, end de magter.

Inddragelse af patienter og pårørende ved at udlevere kopi af samtalen er det, der virkelig har flyttet noget.

At få sekretærerne til at sikre, at der bliver skrevet, gennemlæst og udleveret en målsamtale har nedbrudt de sidste barrierer.

## Læring, evaluering og erfaring

Vi har ikke foretaget en formel evaluering, men målsamtalen, udført som ovenfor beskrevet, effektiviserer og afkorter patientforløbet. Vi kan se, at vores liggetid er faldet mere end blot, hvad der skyldes det generelle fald i liggetid. Målsamtalen har givet langt mere tilfredse patienter og pårørende og færre frustrationer i personaletgruppen.

Vi har ikke haft patientklager de sidste år og speciallægerne i afdelingen har spontant udtrykt, at de kan se, at de selv meget bedre kan styre de mest problematiske patientforløb, når de selv afholder målsamtalen. Flere af de yngre læger har spontant givet udtryk for, at de synes det er svært, men en god arbejdsform og de udtrykker alle efter kort tid i afdelingen forundring over, så ofte de oplever, at patienten har et helt andet problem som hovedproblem end det, de troede ud fra henvisningen eller primærjournalen og før de talte med patienten.

### Erfaringer

Meget synlige og fælles mål for alle involverede parter fra starten af et patientforløb og hele vejen igennem er det allervigtigste i et patientforløb. Det skaber klarhed og mindsker frustrationer og risiko for fejl og klager.

Målsamtalen skal ledes af en person – helst en læge – med erfaring og overblik. En yngre læge under uddannelse skal undervises grundigt og superviseres af en erfaren læge. Det er vigtigt med feed back til de yngre læger på hvordan de afholder og skriver målsamtalen. Den læge, der afholder målsamtalen, kan med fordel fungere som kontaktperson, således at der skabes kontinuitet og tryk for patient og pårørende.

Målsamtalen og de deraf afledte konsekvenser kan anvendes af yngre læger til at lære noget om ledelse og dermed bidrage til at opnå ledelseskompetence.

Det er vigtigt, at der er repræsentanter fra det tværfaglig team med ved målsamtalen. Repræsentanten skal have observationer med fra resten af behandlerteamet. I starten havde vi hele teamet repræsenteret ved målsamtalen, men det var både alt for ressourcekrævende og alt for overvældende for patienten.

### Processen

Vi har udviklet konceptet over flere år og gør det stadig. Vi har lært af erfaring og ændret tilsvarende. Eksempelvis udlevering af samtalen kom til ved, at en læge i afdelingen selv foreslog det. I dag er det indlysende rigtigt.

Erfaringen har vist os, at for at facilitere processen er det vigtigt, at ledelsen (herunder også funktionslederne): 1) vil det, 2) sikrer oplæring af lægerne og det øvrige personale fra starten af ansættelsen, 3) sikrer supervision, 4) sikrer opfølgning ved eks. audit med jævne mellemrum, 5) ikke er bange for at "droppe" den gammeldags gennemgang og stuegang til fordel for at opstille mål og afholde behovsstuegang, 6) "tør" udlevere dele af journalen herunder målsamtalen til patienten og finder nogle "allierede" i afdelingen (eks. sekretærgruppen) til at holde fast og ikke mindst 7) er lydhør overfor forbedringsforslag fra personalet.

### **Opfølgning og videre arbejde**

Efter vores opfattelse kan principperne med fordel anvendes af alle kliniske specialer med patientkontakter. Der bør laves en aftale for et indlæggelsesforløb, således at patienten fra starten er med til at sætte dagsordenen og kender mål og plan. Derfor skal planen udleveres i skriftlig og for patienten forståelig form. Det sidste skal vi til stadighed arbejde med, da der ofte kan snige sig latinske betegnelser ind eller formuleringer som patienten bestemt ikke kan have sagt.

Hvad der også er svært, og som vi fortsat arbejder med, er at formulere målene, så de er operative og dækker tværfagligt og ikke blot er "udskrivelse til hjemmet".

### **Andet**

Det er vigtigt at få læger og øvrigt personale til at forstå, at den medicinske problemstilling, som lægen finder vigtigst kan udtrykkes helt anderledes af patienten, men at der så godt som altid er en sammenhæng. Det gælder netop om at finde den sammenhæng, så patienten oplever sig taget alvorlig.

### **Øvrige initiativer omhandlende ændret arbejdstilrettelæggelse**

- KOL-sygeplejerskekonsultationer, Århus Sygehus, Lotte Bloch Christensen og Pernille Hauschildt
- Hjerterehabilitering, Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder, Kirsten Lysdahl, [kirsten.lysdahl@horsens.rm.dk](mailto:kirsten.lysdahl@horsens.rm.dk), og Henriette Kaae, [henriette.kaae@horsens.rm.dk](mailto:henriette.kaae@horsens.rm.dk)
- Hjertesvigtklinik, , Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder, Kirsten Lysdahl, [kirsten.lysdahl@horsens.rm.dk](mailto:kirsten.lysdahl@horsens.rm.dk), og Henriette Kaae, [henriette.kaae@horsens.rm.dk](mailto:henriette.kaae@horsens.rm.dk)
- Sygeplejekonsultationer til TB-patienter, Lotte Bloch Christensen og Pernille Hauschildt

## 5 Udskrivelseskoordination

Når den medicinske patient er indlagt er det vigtigt, at patienten efter hurtig diagnosticering og behandling efterfølgende effektivt og forsvarligt udskrives til den kommunale sektor. En måde dette kan sikres på er ved ansættelse af kommunale udskrivelseskoordinatorer. Planlægning og koordination i udskrivelsen sikrer bl.a., at patienter ikke fortsat er indlagt, når de er færdigbehandlede.

### **Erfaringer med udskrivelseskoordinatorer**

*Erfaringer fra involverede personer:*

*Der er stor tilfredshed med ordningen, både fra kommunens og sygehusets side og ligeledes fra patienter og pårørende.*

*- arbejdsgangen omkring udskrivelse var meget tung, hvilket gjorde, at færdigbehandlede patienter lå og ventede på at komme hjem fra hospitalet.*

*Faglige ledere fra kommunen og plejefaglige ledere fra hospitalet har været med til at udvikle initiativet.*

*Udviklingen af initiativet har ikke været specielt omkostningstung.*

*Det har været svært at få initiativet ind i en fast rutine.*

### 5.1 Fremskudt kommunal visitation

Else Snerum og Lis Kaastrup

e.snerum@rn.dk

lkj@rn.dk

Omfatter flere specialer

Sygehus Himmerland

Region Nordjylland

#### Udgangspunkt for initiativet

Formålet med initiativet er at forbedre udskrivningssituationen og dermed lette overgangen mellem primær- og sekundærsektor. I forlængelse heraf forventedes initiativet at kunne bidrage til at reducere liggetiderne og sikre, at patienterne får den rette hjælp efter endt udskrivning.

#### Beskrivelse af initiativet

##### **Formålet med initiativet**

På Sygehus Himmerland i Hobro har der siden begyndelsen af 2008 været to kommunale visitatorer tilstede på sygehuset dagligt. De kommunale visitatorer kan dermed så tidligt, som muligt begynde at forberede de

foranstaltninger, der skal træffes i kommunerne forud for udskrivning af patienten. Dette omfatter alle faktorer i kommunalt regi, og når visitationen sker direkte på sygehuset og i tæt samarbejde med sygehuspersonalet, kan visitatorerne inddrage både plejepersonalets og terapiens vurderinger samt familiens eventuelle ønsker forud for udskrivningen.

Initiativet er et samarbejde mellem Sygehus Himmerland og Hobro Kommune.

### **Implementering og forandringspotentiale**

Der er stor tilfredshed med ordningen, både fra kommunens og sygehusets side og ligeledes fra patienter og pårørende.

### **Læring, evaluering og erfaring**

Ordningen har været en stor succes for plejepersonalet, som ikke bruger ressourcer på direkte kontakt til kommunerne og oplever hurtigere afklaring af de sociale problemstillinger, og større match i forhold til patienternes behov ved udskrivelse.

Visitatorerne oplever, at de kan sikre hurtigere udskrivelse, idet de går i gang med planlægning og etablering af de nødvendige forandringer og hjælpemidler inden for det første døgn.

Hjemmeplejen er meget tilfreds med ordningen og anfører, at den giver dem bedre forudsætninger for at sikre den bedste pleje af de udskrevne patienter allerede fra første dag.

Patienter og pårørende er glade for ordningen og anfører, at overgangen mellem primær- og sekundærsektor gøres lettere.

### **Opfølgning og det videre arbejde**

Initiativet kan udvides til at omfatte alle specialer.

## **5.2 Kommunal udskrivelseskoordinator**

Bodil Overgaard

boaks@ringamt.dk

Medicinsk speciale

Regionshospitalet Holstebro

Region Midtjylland

### **Udgangspunkt for initiativet**

Initiativet blev etableret på forsøgsbasis med henblik på at smidiggøre udskrivelse til kommunerne for at opnå et mere sammenhængende patientforløb. Initiativet kom fra både kommune og hospital.

Oplevelsen var, at arbejdsgangen omkring udskrivelse var meget tung, hvilket gjorde, at færdigbehandlede patienter lå og ventede på at komme hjem fra hospitalet. Det forårsagede bl.a. overbelægning på hospitalet. Fra kommunens side ønskede man ud over en mere smidig udskrivelse og et bedre patientforløb også at undgå omkostningerne i forbindelse med de færdigbehandlede patienters indlæggelse.

## Beskrivelse af initiativet

### Formålet med initiativet

Den kommunale udskrivningskoordinator har sin gang på den medicinske afdeling to gange om ugen, såfremt der bliver meldt nogle patienter til udskrivelse. Kommunen er således bekendt med patienternes behov. Der er således tidligt i indlæggelsen en formodet afklaring af den pågældende patients behov for hjælp efter udskrivelse.

Ideen er blevet udviklet igennem et godt samarbejde med kommunen.

Faglige ledere fra kommunen og plejefaglige ledere fra hospitalet har været med til at udvikle initiativet.

Hovedformålet er, at patienterne får et mere smidigt patientforløb og ikke oplever overgangen fra hospitalet til primærsektor som besværlig. Det er ligeledes at undgå, at patienterne ligger og venter på hospitalet for at komme hjem.

### Tids- og ressourceforbrug

Udviklingen af initiativet har ikke været specielt omkostningstung.

Initiativet forventes at være omkostningsneutralt i forhold til driften. Der forventes besparelser som konsekvens af den smidigere udskrivelse.

### Implementering og forandringspotentiale

Det har været svært at få initiativet ind i en fast rutine. Hidtil har der ikke været mange meldte patienter til kommunen. Dette kan skyldes, at patienterne er kendt af kommunen i forvejen, og at det ikke er vurderet, at der vil være forværret helbredstilstand efter indlæggelsen. Der har ikke været et behov for en inddragelse af kommunen for etablering af nye tilbud for den pågældende patient. Her har de kendte varslingsregler fungeret upåklageligt.

Initiativet er lige blevet etableret, hvorfor det ikke er muligt at sige noget om opfyldelse af formålene.

## Læring, evaluering og erfaring

De få erfaringer har givet en forståelse fra begge parter omkring behovet for en tidlig inddragelse af samarbejdspartnere for at få en smidigere udskrivelse. Der kunne eventuelt være behov for en tydeligere synliggørelse af initiativet blandt plejepersonalet på hospitalet.

### Opfølgning og det videre arbejde

Der forventes et klart potentiale i at udbrede det til alle kommuner i hele hospitalets optageområde. Som en videreudvikling kan man inddrage de praktiserende læger med henblik på at undgå u hensigtsmæssige indlæggelser.

## 5.3 Udskrivelseskoordinatorer Randers og Norddjurs kommuner

Birgit Svendsen

birgsven@rm.dk

Medicinsk speciale

Regionshospitalet Randers og Grenå

Region Midtjylland

## Udgangspunkt for initiativet

Initiativet blev sat i gang for at facilitere forløbet for patienter i relation til udskrivelser. Udskrivelseskoordinatorene sørger for at koordinere udskrivelsesforløb for de patienter, som har behov for hjælp fra primær sundhedstjeneste og sikrer at den hjælp, som patienten får behov for, etableres så tidligt i forløbet, at udskrivelsestidspunktet ikke forsinkes grundet manglende hjælp fra eksempelvis hjemmeplejen.

Birgit Svendsen i Kvalitetsafdelingen tog sammen med kontaktkommunerne initiativ til funktionen. Formålet med funktionen er at koordinere udskrivelsesforløbene mellem kommunerne og hospitalet ud fra målsætningen om, at udskrivelsen begynder ved indlæggelsen.

## Beskrivelse af initiativet

### Formålet med initiativet

Målet med initiativet var at koordinere nødvendige tiltag for patienten mellem hospitalet og primærsektor. Samtidig gav initiativet mulighed for at sikre en relevant og rettidig kommunikation mellem hospitalet og primærsektor. Udvikling af initiativet blev drøftet mellem de samarbejdspartnere, som jævnligt mødes i både hospitalet og i primærsektor.

### Tids- og ressourceforbrug

Ressourcerne er fundet inden for eksisterende tidsmæssige, personalemæssige og økonomiske ressourcer i de kommuner, der har visitatorer, som kommer på hospitalet.

### Implementering og forandringspotentiale

Der er foretaget en grundig evaluering af funktionen, som har været positiv. Formålet er nået.

## Læring, evaluering og erfaring

Initiativet har bidraget med en bedre koordinering og kvalitet af udskrivelsesforløbene for patienterne. Har øget samarbejdet mellem hospitalet og primærsektor.

### Opfølgning og det videre arbejde

Funktionen fastholdes og udvikles. Hospitalet har tre kontaktkommuner, hvor en tredje kommune vil indgå med samme funktion inden juli 2009.

## 5.4 Udskrivelsessamtale med tilhørende udskrivelsesark

Marian Tronhjem og Anne Ørting Kirchhoff  
matr@regionsjaelland.dk  
annk@regionsjaelland.dk  
Lungemedicinsk speciale  
Holbæk Sygehus  
Region Sjælland

## Udgangspunkt for initiativet

Initiativet opstod på baggrund af det nationale projekt "Kvaliteten i Patientens Møde med Sundhedsvæsenet". Projektet løb fra marts til november 2005. Projektet blev ledet af Kvalitetsafdelingen i det daværende Århus Amt.

Formålet med projektet var at udvikle og forbedre kvaliteten i de mellem menneskelige relationer i sundheds-personalets møde med patienten.

Der blev udarbejdet 20 anbefalinger under 3 overordnede temaer:

- kommunikation
- medinddragelse
- kontinuitet

Ét af de områder, hvor vi gerne ville forbedre os var information til patienten ved udskrivelse. Vi ville gerne, at vores patienter skulle føle sig velinformeret om indlæggelsesforløb, behandling og planer efter udskrivelse.

## Beskrivelse af initiativet

### Formålet med initiativet

Målet med initiativet var, at patienterne skulle føle sig velinformeret om deres indlæggelsesforløb, behandling og rehabilitering. Dette skulle opnås ved hjælp af udskrivelsessamtale med tilhørende udskrivelsesark .

De konkrete målsætninger var, at 90 % af patienterne skulle føle sig velinformeret ved udskrivelsen samt at 100 % af patienterne skulle have afholdt en udskrivelsessamtale.

Da udskrivelsesarket og tjeklisten var udarbejdet, afprøvede vi først initiativet i en små-skala-test, det vil sige på én patient, hvor vi efterfølgende evaluerede samtalen både med patient og med personale.

Herefter afprøvede vi initiativet i en stor-skala-test, hvor alle udskrevne patienter deltog samt tilhørende personale. I 14 dage blev initiativet løbende evalueret, både af patienterne i form af anonymt spørgeskema, og af personalet mundtligt efter endt stuegang.

Hele afdelingen har været involveret i det nye tiltag. Selve udarbejdelsen af initiativet og ansvar for implementering blev varetaget af den lille gruppe, som repræsenterede afsnittet i projektet (en overlæge, en afdelings-sygeplejerske og en sygeplejerske).

På et fælles personalemøde, blev der mundtligt informeret om initiativet. Der blev udarbejdet en projektmappe, hvor personalet kunne læse om det overordnede projekt samt de enkelte initiativer på afsnittet.

### Tids- og ressourceforbrug

Dette initiativ blev ikke tildelt nogle ressourcer, da planen var at udskrivelsesarket skulle udfyldes (håndskrevet af lægen) i forbindelse med udskrivelsessamtalen. Derefter skulle det kopieres i to til tre eksemplar; ét til projektmappen, ét til journalen, evt. ét til hjemmepleje. Patienten skulle selv have originalen.

Indimellem har det ifølge lægerne været ressourcekrævende, at skulle udfylde arket i hånden, og patienterne havde nogle gange svært ved at tyde, hvad lægen skrev.

### Implementering og forandringspotentiale

Evalueringerne fra patienterne var generelt positive, og de følte sig velinformeret ved udskrivelsen.

I forhold til de patienter, som havde hjemmepleje, fandt vi det hensigtsmæssig at udarbejde en ny sygeplejerapport, der passede sammen med vores udskrivelsesark, hvorved vi undgik dobbeltinformation.

De oprindelige udskrivningsark er videreudviklet og tilpasset.

## **Læring, evaluering og erfaring**

Initiativet fungerer fortsat. Udskrivelsesarket kan anvendes af patienterne til at repetere deres indlæggelsesforløb, og det kan medbringes til den praktiserende læge, hvis patienterne konsulterer denne inden lægen modtager epikrisen.

### **Opfølgning og det videre arbejde**

Vi vil fortsat arbejde med udskrivelsesarket og den nye sygeplejerapport.

## **Øvrige initiativer omhandlende udskrivelseskoordination**

- Udskrivelseskoordination, Sydvestjysk Sygehus, Region Syddanmark, Niels Grimstrup, [Niels.Grimstrup@SVS.regionsyddanmark.dk](mailto:Niels.Grimstrup@SVS.regionsyddanmark.dk)
- Kommunal udskrivningskoordinator, Regionshospitalet Herning, Mette Bruun Pedersen, [hecmbp@ringamt.dk](mailto:hecmbp@ringamt.dk)

## 6. Kompetenceudvikling

Det kræver særlige kompetencer at tage sig af ældre medicinske patienter. Både hos personalet på både sygehusafdelingerne, men også i hjemmesygeplejen. Der er interessante erfaringer med at etablere fælles kompetenceudvikling for personale i sygehussektoren og den kommunale sundhedssektor gennem fælles træningsforløb og fælles faglige standarder.

### **Erfaringer med kompetenceudvikling**

*Citater fra involverede personer:*

*Det er nødvendigt at tænke anderledes i forhold til sammensætning og rekruttering af sygeplejersker...*

*Der har været stort personalemæssige udbytte i at bringe det personale, som er involveret i patientforløbene sammen på tværs af fagligheder og sektorer.*

*... det kan lade sig gøre at flytte det udviklede kursuskoncept ud til interesserede lokalområder, hvor en lokal forankret planlægningsgruppe varetager kursusplanlægningen tilpasset de lokale behov.*

## 6.1 Tværfaglig og tværsektoriel kompetenceudvikling mellem hospital og kommune

Chefkonsulent Karsten Garder

karsten.garder@frh.regionh.dk

Frederiksberg Hospital og Frederiksberg Kommune

– i samarbejde med øvrige københavnske hospitaler og Københavns Kommune

Region Hovedstaden

### **Udgangspunkt for initiativet**

Projektet bygger på et arbejde, der blev udført af en arbejdsgruppe i det daværende H:S vedr. kompetenceudviklingskursus i forbindelse med udgående hospitalsfunktioner (rapport af juni 2005). Tanker og ideer herfra har projektgruppen indarbejdet og omsat i det koncept, der nu har været afprøvet på tre kursushold. Kursets fokus er den kroniske syge patient/borger og den ældre medicinske patient, svarende til to af de seks fokusområder i sundhedsaftalerne mellem Region Hovedstaden og kommunerne. Kursets særkende er den tværfaglige og tværsektorielle tilgang til det hele patientforløb, især overgangs- og gråzoneproblematikkerne oplevet af praktikere fra begge sektorer.

Projektet er finansieret af puljemidler i Indenrigs- og Sundhedsministeriet (KOL-puljen), bevilget til at afholde tre kursusforløb over to år (2007-08).

## Beskrivelse af initiativet

Der er behov for kompetenceudvikling, der kan tilføre medarbejderne i de to sektorer ny viden og redskaber til at håndtere de forventninger og udfordringer, som det tværsektorielle samarbejde fordrer, og som skal komme borgeren/patienten til gavn. Denne kompetenceudvikling skal sikre:

- At medarbejderne har den fornødne faglige viden i forhold til de krav, forventninger og behov, som borgerens/patientens situation indebærer.
- At medarbejdere, der skal samarbejde i konkrete patientforløb, har en fælles teoretisk forståelsesramme og viden om aktuelle udviklingstendenser og ny faglige tiltag, herunder udviklingen i love, regler og aftaler.
- At medarbejdere, på tværs af fag- og sektorgrænser, får et kendskab til hinandens vilkår, tilbud og funktioner, samt kan drøfte fælles problemstillinger og opnå ny viden og erkendelser.

Kurset skal derfor ses som et konkret bud på, hvordan læring via formaliseret efteruddannelse kan etableres parallelt med hverdagslæringen, når sundhedsvæsenets daglige aktører skal implementere både de radikale og de løbende ændringer og udfordringer fra et sundhedsvæsen i stadig udvikling. Kurset er en naturlig forlængelse af Region Hovedstadens strategier for kronisk syge patienter og ældre medicinske patienter,

### Aktører/deltagere i forbindelse med initiativet

Såvel projektorganisationen som den daglige kursusledelse er etableret fra start og har fungeret i den samlede periode. Den har bestået af medarbejdere fra HR & Udviklingsafdeling, Frederiksberg Hospital (konsulenter og sekretariat) og fra Sundhedsforvaltningen, Københavns Kommune; siden er teamet blevet udvidet med repræsentanter fra Frederiksberg Kommune. Dette team har vist sig at være nødvendigt for at kunne etablere et så komplekst kursusforløb. Det er foreslået at gruppen udvides med en konsulent/repræsentant for et af de yderligere deltagende hospitaler.

Deltagergruppen har været sygeplejersker, ergo- og fysioterapeuter, social- og sundhedsassistenter og andre med tilsvarende uddannelser (mellemlange, videregående uddannelser) og funktioner, samt enkelte deltagere fra interesseorganisationer i sundhedssektoren. Deres respektive arbejdspladser har godkendt deres deltagelse. Deltagersammensætningen på de tre hold har været meget repræsentativ, mht. tværfaglighed, ansættelse i hospital/kommune og funktioner.

Rekruttering af kursister er et ansvar, som har ligget ude lokalt. Kursustilbuddet kanaliseres til decentrale ledere og medarbejdere, der sammen indstiller ønsket om x antal kursuspladser. Denne procedure har den sidegevinst, at der etableres lokal interesse for implementering af de erhvervede kompetencer og for organisatoriske ændringer. Kursusledelsen foretager den endelige kursistudvælgelse, således at sammensætningen for holdet lever op til formålet.

### Tidsforbrug og ressourceforbrug

Fra puljemidlerne er der i alt modtaget et beløb, der når det omregnes, svarer til at det enkelte kursistforløb har kostet ca. 8.500 kr. - for et kursus på ti hele og tre halve dage, samt en opfølgingsdag. I denne pris indgår kursusmateriale, lønninger til fagligt velkvalificerede undervisere, forplejning m.v. og delvist til kursusledere og sekretariat. Der er ikke udbetalt compensation til vikar til arbejdspladsen. Der er ikke taget udgangspunkt i, at der skal ske indtjening fra kurset.

## Læring, evaluering og erfaring

### Evaluering

Projektet blev evalueret, afrapporteret og formelt afsluttet overfor ministeriet i vinteren 2008. Der er foretaget skriftlige evalueringer af kursisttilfredshed efter såvel basis uge som temadage/hele kurset. Disse er opgjort og brugt til løbende justeringer i kursuskonceptet.

Fra kursistside har der generelt været stor opbakning til indholdets relevans og aktualitet vedrørende formål og anvendelse i praksis. Stor entusiasme hos kursisterne kan derudover aflæses i deres store arbejde med de afsluttende praktiske opgaver, der sidenhen er forsøgt implementeret i deltagernes hverdag i form af nye handlemåder.

Der har været stort personalemæssigt udbytte i at bringe det personale, som er involveret i patientforløbene sammen på tværs af fagligheder og sektorer. Det er overordnet kursets særkende.

Der opnås organisatorisk udbytte ved konkret at kompetenceudvikle personale i de to sektorer til et bedret samarbejde, der opleves som et sammenhængende behandlings- og rehabiliterende forløb af høj kvalitet for patienten.

Endeligt præges systemerne til bedre organisatoriske former, relationer og kommunikation, herunder den læring som alle involverede parter har af kursuskonfrontationerne etc. og de konkrete aftaler kursister selv kan indgå indbyrdes som samarbejdende parter. Det giver personligt kendskab og kontakt til den samarbejdende part, inkl. dialog om samarbejdets optimering. Det giver udviklings- og innovationsgenerering og ikke mindst tiltag i retning af at kommunikationen forbedres og bestræbelser på at tale samme sprog.

Sigtet med dette er at opnå et patientudbytte, hvor patienten (og pårørende m.fl.)

- oplever bedre sammenhæng og kontinuitet i sine kontakter
- oplever en mindskning af fejl
- oplever ikke at falde ind under en eller flere gråzoneproblematikker
- oplever inddragelse af sig selv i (med)ansvaret for forløbet

### Erfaringer

Projektet vurderer, at der stabilt fremover vil være en efterspørgsel i den hidtidige, primære fokusgruppe (mellem lange, videregående uddannelser og erfarne sosu-assistenten o.lign.) med de funktioner, de varetager i begge sektorer. Især vurderes det at både de patientnære, frontlinje-praktikere og de mere administrative, koordinerende funktioner skal deltage sammen.

Men der er iagttaget andre målgrupper, som kunne have gavn at få tilbudt kompetenceudvikling, som alternative varianter af kurset (konceptet og det faglige niveau og indhold tilpasses herefter):

1. Kursus for korttidsuddannede; her tænkes mest på hjemmehjælperne. Der er formuleret et udtalt behov for at hjemmehjælperen får udvidet deres kompetencer til at håndtere deres meget centrale rolle i kontakten til debuterende og kroniske patienter. Et sådant kursus skal forankres i kommunalt regi.
2. Kursus for ledere; her tænkes både på førstelinjelederne (frontlinjemedarbejdernes ledere i kommune, institutioner og hospital m.v.) og på disses ledelser (afdelings-, enheds-, forvaltnings- og institutions- etc.-ledere). Der er iagttaget en stor interesse i og behov for, hos de hidtidige kursister, for at ledere på flere niveauer tilsvarende bliver udfordret på kursets problemstillinger, for at højne implementeringen af påkrævede forandringer.
3. Kursus for læger, det har empirisk vist sig at det aktuelle kursus ikke kan tiltrække læger. Sikkert af meget

traditionelle årsager (kursets længde, kursets primære målgruppe, det faglige fokus og niveau m.m.). Det vurderes, at der er et udtalt behov i lægegruppen (fra hospitalerne) og at dette kunne dækkes ved f.eks. koncentrerede og/eller modulopdelte kursusperioder.

En hel problematik for sig er de praktiserende lægers deltagelse. Argumentationen herfor er deres centrale rolle i patientforløbet. Det ville være fantastisk for alle kursusvarianter, hvis der kunne skabes vilkår for denne målgruppes deltagelse, eller der på andre måder kunne skabes kontakt med denne gruppe og kompetenceudviklingsaktiviteterne.

### **Opfølgning og videre arbejde**

Kursuskonceptet kan, hvis det ønskes, kopieres/tilpasses andre af regionens hospitaler og kommuner. Der er erfaring for, at der skal være sammenfald mellem et hospitals optageområde og kommunes social- og sundhedsforvaltning for optimal udbytte af dialog og aftaler mellem kursister. Sammensætningen af kursusledelsen og placering af det administrative ansvar skal modsvare dette.

Det foreslås at der etableres et fast tilbud om tværsektoriel kompetenceudvikling. Kurset rettes mod deltagere fra både hospital og kommune(r), der har permanente samarbejdsrelationer, primært for personale med en mellemlang videregående sundhedsfaglig uddannelse, samt sosu-assistenten og andre med et vist niveau indenfor kursets område.

Kursuskonceptet udrulles med stor succes i begyndelsen af 2010 to steder i Region Hovedstaden på baggrund af puljemidler fra regionen til rekruttering og fastholdelse. Den overordnede lære herfra er, at det kan lade sig gøre at flytte det udviklede kursuskoncept ud til interesserede lokalområder, hvor en lokal forankret planlægningsgruppe varetager kursusplanlægningen tilpasset de lokale behov.

## **6.2 Kvalifikationsspejl i sygeplejen**

Udviklingssygeplejerske Anne Holm Nyland,  
anne.holm.nyland@ouh.regionsyddanmark.dk

Oversygeplejerske Charlotte Mose,  
charlotte.mose@ouh.regionsyddanmark.dk

Medicinsk endokrinologi  
Odense Universitetshospital  
Region Syddanmark

### **Udgangspunkt for initiativet**

I takt med sundhedsvæsenets voksende kompleksitet og sygeplejefagets udvikling i retning af, at flere sygeplejersker har eller erhverver akademiske kompetencer, er det nødvendigt at tænke anderledes i forhold til sammensætning og rekruttering af sygeplejersker. Sammenhængen mellem teori og praksis er nødvendig for, at sundhedsvæsenets udøvere kan honorere de krav, som patienter, pårørende og kollegaer stiller til pleje og behandling.

### **Beskrivelse af initiativet**

#### **Formål:**

At sygeplejersker ansat ved endokrinologisk afdeling M

- udfører sygepleje på et højt fagligt niveau til gavn for afdelingens patienter
- arbejder med afsæt i evidensbaseret sygeplejepsiksis

- fokuserer på forskning i og udvikling af sygeplejefeltet
- fokuserer på videreuddannelse og kompetenceudvikling af sygeplejersker
- er en attraktiv afdeling og tiltrækker mange sygeplejersker

Kvalifikationsspejlet i endokrinologisk afdeling M omfatter overvejende kliniske sygeplejersker med erhvervet professionsbachelor og diplomuddannelse erhvervet efter grunduddannelsen. Herudover ansættes seks kliniske sygeplejespecialister og en sygeplejerske med en ph.d.-grad over de næste fem år (2009-2014). Desuden er en udviklingssygeplejerske med kandidatgrad (cand.cur.) ansat. I perioden 2009-2014 vil afdelingen få to afdelingssygeplejersker med diplom i ledelse samt en oversygeplejerske med diplom i ledelse og en mastergrad. En afdelingssygeplejerske har foruden en diplomuddannelse også en master i kvalitetsledelse (MQM).

### **Aktører/deltagere i forbindelse med initiativet**

Sygeplejeledelsen i endokrinologisk afdeling M, det vil sige afdelingssygeplejersker, udviklingssygeplejerske og oversygeplejerske er involveret i initiativfasen og implementeringsfasen.

Hovedformålet er at styrke og målrette den kliniske sygepleje, således at afdelingens patienter modtager den bedste sygepleje på et evidensbaseret grundlag.

Aktørerne er afdelingens sygeplejersker – nuværende og kommende. Aktørerne er inddraget og inddrages undervejs i forløbet. Tanker og formålet med kvalifikationsspejlet er drøftet på personalemøder og sygeplejekonferencer. Der afholdes informationsmøder undervejs i forløbet i implementeringsfasen.

### **Tidsforbrug og ressourceforbrug**

Tidsplanen for kvalifikationsspejlet er fem år. Der forhandles særskilt løn til de forskellige niveauer i kvalifikationsspejlet. Beskrivelse m.m. fremgår af respektive protokollater.

### **Implementering og forandringspotentiale**

Kvalifikationsspejlet er beskrevet i en rapport, der omhandler struktur, strategi, personalesammensætning og opgavefordeling, herunder varetagelse af evidensbaseret praksis samt udvikling og forskningsinitiativer.

Baggrund, formål m.m. for kvalifikationsspejlet er udarbejdet af afdelingens sygeplejeledelse og præsenteret på interne personalemøder og på en sygeplejekonference.

Forandringspotentialet består i, at afdelingen om fem år har ansat seks kliniske sygeplejespecialister, der med baggrund i en akademisk rettet uddannelse har spidskompetencer i forhold til at implementere forskningsresultater, udarbejde kliniske retningslinjer m.m., der retter sig mod sygeplejens kerneområder og den direkte patientpleje. Derudover ansættes en sygeplejerske med erhvervet ph.d.-grad med henblik på at initiere forskning i sygepleje i egen afdeling samt at være vejleder for forsknings- og udviklingsaktiviteter i egen afdeling.

## Andre initiativer

I dette kapitel beskrives bl.a. initiativer, der er meget overordnede, og som indeholder flere af de udvalgte temaer. Ligeledes beskrives et eksempel, der vedrører egenbehandling af diabetessår ved anvendelse af telemedicin.

### *Erfaringer med andre initiativer*

*Citater fra involverede personer:*

*Samarbejdsaftalens mål er, at tydeliggøre forventninger og krav til den praktiserende læge, til kommunen og til sygehuset i forbindelse med indlæggelsesforløb.*

*Indførelse af nye tværsektorielle samarbejdsprocedurer kræver lang tids omhyggelig forberedelse. Alle skal tages i ed, og mange detaljer skal belyses. Implementeringen kræver både central og lokal koordinering og dedikerede tovholderfunktioner på alle niveauer.*

*... hensigten at tilbyde hjemmebehandling til fordel for patienten og hospitalet – færre transporter til/fra hospital, mindre ventetider, aflastning af ambulatoriet, økonomiske besparelser, e-learning af primærsektorpersonale.*

## 7.1 Center of Excellence

Kirsten Fog

kirsten.fog@silkeborg.rm.dk

Omfatter hele det medicinske område

Regionshospitalet Silkeborg

Region Midtjylland

### Udgangspunkt for initiativet

Hospitalsenheden Silkeborg har gennem en årrække arbejdet strategisk og systematisk med overordnede og afdelingsspecifikke strategier og mål. Det har medført, at Hospitalsenheden på udvalgte fagområder har opnået en fremtrædende position indenfor flere medicinske specialer og det ortopædkirurgiske område. Fundamentet er således lagt til, at Hospitalsenheden videreudvikler disse tiltag, og imødekommer Regionsrådets beslutning om, at Regionshospitalet Silkeborg skal udbygge styrkepositionen på det medicinske område som "Center of Excellence", hvor målet er at udvikle metoder til omstilling fra akutte medicinske patientforløb til elektive og subakutte patientforløb.

### Beskrivelse af initiativet

#### Formålet med initiativet

Ved definitionen af Center of Excellence er der taget afsæt i fire primære kendetegn, som er fundamentet for Center of Excellence.

### 1) Attraktiv for patienten

Patienten oplever forløbet som trygt og individuelt tilrettelagt med vægt på dialog og inddragelse.

Det viser sig ved, at:

- patientens individuelle behov sættes i fokus
- der er en tæt dialog mellem patienten, pårørende og hospitalets ansatte
- der er høj tilgængelighed forstået som korte ventetider og effektive kommunikationslinier
- der er et tæt samarbejde med praksissektor og kommunerne
- der er korte ventetider til speciallægeundersøgelser

### 2) Høj faglig kvalitet og tværfaglig ekspertise

Patienten får dokumenteret høj faglig kvalitet, som er evidensbaseret og/eller bygger på anerkendt klinisk praksis.

Det viser sig ved, at:

- de ni medicinske specialer er tilgængelige i dagtiden med henblik på optimale patientforløb
- patientsikkerheden vægtes højt
- der sikres relevant tværfaglighed i sundhedsydelse
- hospitalet har en velkvalificeret og kompetent medarbejderstab

### 3) Innovativt hospitalsmiljø

Hospitalsenheden Silkeborg er nyskabende og proaktiv.

Det viser sig ved, at:

- der er et aktivt forsknings- og udviklingsmiljø inden for klinisk og organisatorisk forskning, herunder bio-psykosocial forskning
- hospitalsenhedens ansatte arbejder målrettet ud fra de i fællesskabet fastsatte strategier (Balanced Scorecard)
- der er høj fleksibilitet i de interne arbejdsgange
- der arbejdes målrettet med intern videndeling, læring og metodeudvikling
- der sker fagligt forsvarlig arbejdsdeling/opgaveflytning mellem faggrupperne
- ny teknologi, herunder IT, anvendes på en nyskabende måde

### 4) Normsættende

Hospitalsenheden Silkeborg er førende på udvalgte faglige og organisatoriske områder.

Det viser sig ved, at:

- hospitalet går nye veje inden for forebyggelse, undersøgelse, behandling, rehabilitering og pleje
- der sættes på målrettet, faglig fokusering med henblik på at etablere høj faglig viden og erfaring inden for specifikke områder
- der opbygges regionale elektive funktioner i samarbejde med Århus Universitetshospital
- der er veltilrettelagte patientforløb og høj produktivitet

## Konkrete elementer i Center of Excellence

Medicinsk afdeling har de seneste år opbygget et stærkt fagligt og organisatorisk miljø med elementer af det excellente patientforløb. Afdelingen har formået at udvikle et fagligt kompetent miljø, hvor de medicinske specialer er repræsenteret, og hvor der er udviklet spidskompetencer inden for bl.a. reumatologi. I denne udvikling har der været udbredt fokus på patientforløb, arbejdstilrettelæggelse og tværfaglighed.

Nedenfor er nævnt en række konkrete eksempler på nuværende og fremtidige tiltag, som understøtter Center of Excellence.

- Ambulant akut speciallægevurdering samme dag ved henvendelse inden kl. 12.00 på hverdage.
- Ambulant speciallægevurdering inden for 24 timer på hverdage.

- De ni medicinske specialer er nemt tilgængelige i dagtiden på hverdage, og kan varetage behandlinger på hovedfunktionsniveau.
- Tværfaglige og tværsektorielle "pakkeløsninger" målrettet forskellige medicinske sygdomme.
- Center for bevægeapparatlidelser. Et forskningsprojekt vedrørende sygemeldte borgere med smerter i bevægeapparatet, f.eks. nakke/skulder regionen. Et eksempel på et samarbejdsprojekt mellem Center for Folkesundhed i Region Midtjylland, kommunerne og Regionshospitalet Silkeborg.
- Intern fælles visitation sikrer "én indgang" til hospitalet for patienter med rygproblemer.
- Komprimerede patientforløb som følge af tværfaglige teamfunktioner på rygområdet med inddragelse af en række specialer herunder reumatologer, ryg-fysioterapeuter, ryg-ortopædkirurger og socialmediciner.
- Effektiv billeddiagnostisk understøttelse af patientforløb, herunder "drop-in" funktion, hvor patienterne kan henvende sig uden tidsbestilling.
- Patienter med visse kroniske sygdomme får rehabiliteringstilbud i samarbejde med kommunerne, eksempelvis Lunge- og Hjerteskoler.
- Nye forebyggende tiltag i samarbejde med kommunerne via sundhedsaftalerne.
- Praktiserende læger og hjemmesygeplejersker har direkte telefonisk adgang til speciallægerådgivning inden for alle specialer i dagtiden.
- Videnskabelig tilgang via f.eks. ph.d.-studerende til evaluering af organisationsændringer, som f.eks. om-lægning af akutte indlæggelser til akutte og subakutte ambulante aktiviteter.

Hele afdelingen har været og er fortsat involveret i såvel initiativfase som implementeringsfase. En projektleder er tilknyttet projektets udvikling og implementering. Samtidig er hospitalets øvrige afdelinger inddraget i det omfang, der er konsekvenser i forhold til dem.

### **Tids- og ressourceforbrug**

Etablering af Center of Excellence stiller krav til en forbedring af de bygningsmæssige rammer, tidssvarende apparatur og medicoteknik, samt et driftsbudget, som giver mulighed for at gennemføre de faglige og service-mæssige intentioner i de excellente patientforløb. F.eks. må der påregnes en betydelig udvidelse af de ambulante funktioner for at sikre, at Center of Excellence kan tilbyde udredningsforløb uden ventetid.

Det betyder, at det vil være nødvendigt at etablere en bufferkapacitet på det ambulante område. Bufferkapaciteten sikres ved at reservere undersøgelsestider dagligt svarende til 15 % af den nuværende ambulante aktivitet. Behovet for denne bufferkapacitet skal indtænkes i takstmodellens honorering af medicinsk aktivitet på Regionshospitalet Silkeborg.

Endvidere er det vigtigt at sikre et forsknings- og uddannelsesmiljø, som kan understøtte udviklingen af Center of Excellence.

Endeligt skal det gode uddannelsesmiljø ved Hospitalsenheden Silkeborg understøttes ved at sikre, at der fortsat kan uddannes yngre læger og andre sundhedsprofessionelle, f.eks. ved etablering af sammensatte uddannelsesforløb på tværs af hospitalerne, hvor dette er nødvendigt for at udnytte uddannelsespotentialerne ved Regionshospitalet Silkeborg.

### **Implementering og forandringspotentiale**

Implementeringen er endnu ikke tilendebragt.

### **Læring, evaluering og erfaring**

Der vil på et senere tidspunkt blive foretaget en evaluering af initiativet.

## 7.2 Samarbejdsaftale om tværsektorielle borger-/patientforløb – SAM:BO

Alice Skaarup Jepsen  
alice.skaarup.jepsen@regionsyddanmark.dk  
Omfatter flere specialer  
Alle regionens sygehuse  
Region Syddanmark

### Udgangspunkt for initiativet

Formålet med den regionale samarbejdsaftale om indlæggelse og udskrivning var at harmonisere de fem forskellige aftaler fra de tidligere amter i regionen. Region Syddanmark iværksatte initiativet i samarbejde med kommunerne som led i arbejdet med sundhedsaftalerne.

Særlige formål var at indskrive almen praksis' rolle i samarbejdet samt at basere hele samarbejdet på digital kommunikation. Samarbejdsaftalen benyttes for alle patientgrupper, men rummer samarbejds- og kommunikationsprocedurer, der i høj grad retter sig mod komplekse forløb, f.eks. de ældre medicinske patienter.

### Beskrivelse af initiativet

#### Formålet med initiativet

Samarbejdsaftalens mål er, at tydeliggøre forventninger og krav til den praktiserende læge, til kommunen og til sygehuset i forbindelse med indlæggelsesforløb. Herunder også samarbejdet inden en evt. indlæggelse og efter udskrivning. Aftalen er derfor bygget op over fem generiske forløbsbeskrivelser med beskrivelser af kommunikation og samarbejde.

Sundhedskoordinationsudvalget nedsatte en arbejdsgruppe med deltagelse af sygehuse, kommuner og almen praksis til at udarbejde forslag til ny regional samarbejdsaftale. Aftalen er indskrevet i sundhedsaftalerne og har dermed gennemgået flere høringsfaser og forhandlingsrunder.

Sideløbende med samarbejdsaftalen er der arbejdet med implementeringen af en regional it-strategi for digital kommunikation (MedCom-standarder og korrespondance), der er brugsklar 2. kvartal 2009. Endvidere er der udviklet opstøttende § 2-aftaler for almen praksis' indsats. Samarbejdsaftalen implementeres i sygehuse og kommuner og koordineres lokalt af de lokale samordningsfora (fælles ledelsesorganer mellem de enkelte sygehuse og de samarbejdende kommuner). Processen støttes gennem regionalt udarbejdet informations- og undervisningsmateriale samt instruktørkurser. Implementeringen i almen praksis sker i samarbejde med Praksisudvalget i regionen.

#### Tids- og ressourceforbrug

Egentlige dedikerede ressourcer har været forbundet med udrulningen af it-redskaber og i implementeringsprocessen. Ved overgangen til den nye samarbejdsaftale indføres enkelte nye procedurer for kommuner og sygehuse, men der forventes til gengæld en effektivisering af kommunikationen. For almen praksis er der ikke tale om nye specifikke opgaver. Der forventes udgifter til ydeshonorar inden for § 2-aftalerne til afløsning for andre honorarer.

#### Implementering og forandringspotentiale

Samarbejdsaftalen implementeres første halvår 2009 og tages i brug 01.06.09. Aftalens anvendelse vil blive monitoreret i 2. halvår 2009. Opfølgning sker gennem de lokale samordningsfora.

## Læring, evaluering og erfaring

Evaluering sker i slutningen af 2009 og løbende derefter.

Indførelse af nye tværsektorielle samarbejdsprocedurer kræver lang tids omhyggelig forberedelse. Alle skal tages i ed, og mange detaljer skal belyses. Implementeringen kræver både central og lokal koordinering og dedikerede tovholderfunktioner på alle niveauer.

### Opfølgning og det videre arbejde

Det forventes, at der i de kommende år sker en yderligere udbygning og raffinering af den digitale kommunikation. Endvidere vil der blive knyttet flere aftaler om særlige målgrupper til, f.eks. om terminale patienter. Der vil være behov for løbende undervisning af personalet.

## 7.3 Kronikerenheden

Alice Morsbøl

alice.morsboel@rn.dk

Er ikke i sygehusregi

Region Nordjylland

### Udgangspunkt for initiativet

Initiativet er forbundet med Region Nordjyllands beslutning om at sætte særligt fokus på kroniske sygdomme. Kronikerenheden og etableringen heraf er tæt forbundet med regionens beslutning om at udarbejde frivillige sundhedsaftaler mellem region og kommune på ni kronikerområder.

Initiativet skal ses i lyset af den store andel af kroniske syge, samt forventningen om at andelen af borgere med en eller flere kroniske sygdomme forventes at stige i de kommende år. Formålet skal sikre bedre og mere klare aftaler mellem region og kommune, samt bidrage til at sikre de bedst mulige patientforløb for de kroniske syge.

### Beskrivelse af initiativet

#### Formålet med initiativet

De nordjyske kommuner og Region Nordjylland har indgået en aftale omkring organisering af indsatsen for mennesker med kroniske lidelser. Formålet med dette samarbejde er:

- at skabe sammenhængende patientforløb for mennesker med kroniske lidelser
- at gå fra strategi til handling
- at skabe et kvalitetsløft i indsatsen for mennesker med kroniske lidelser
- at skabe et fagligt kvalitetsløft for de sundhedsprofessionelle der arbejder med mennesker med kroniske lidelser

For at koordinere og sikre samarbejdet har man i fællesskab besluttet at oprette Kronikerenheden Nordjylland – en enhed der organisatorisk er forankret i Region Nordjylland og i praksis placeres imellem de nordjyske kommuner og Regionen.

Kronikerenheden Nordjylland beforder et tæt samarbejde mellem kommuner, region, sygehuse og praktiserende læger og er ansvarlige for bl.a. koordinering, planlægning og kvalitetssikring. Den overordnede målsæt-

ning er, at mennesker med kroniske lidelser kan lære at tage vare på eget helbred og få redskaber til at leve livet med en kronisk sygdom. Dette omfatter alle specialer og herunder også de medicinske patienter.

Til at varetage denne opgave er der ansat en regional koordinator samt et sekretariat. Både region og kommuner har været involveret i initiativet.

### **Tids- og ressourceforbrug**

Kronikerenheden drives i samarbejde mellem Region Nordjylland og de nordjyske kommuner og finansieres af disse parter.

## **7.4 Telemedicinsk hjemmebehandling af diabetiske fodsår**

Niels Ejskjær

niels.ejskjaer@aarhus.rm.dk

Medicinsk endokrinologisk speciale

Århus Sygehus

Region Midtjylland

### **Udgangspunkt for initiativet**

Diabetiske fodsår ses ofte ugentligt eller hyppigere i ambulatoriet og er ressourcekrævende ikke bare for sundhedssektoren, men også for patienten, der transporteres af ambulance eller patientbefordring. Ofte viser det sig, at besøget ikke er strengt nødvendigt, men det gennemføres "for en sikkerheds skyld".

Initiativet blev taget af en ph.d.-studerende i samarbejde mellem medicinsk afdeling M. To ph.d.-projekter blev antaget med vejledere fra Center for Den Diabetiske Fod og Alexandra Institutet: "Kvalitative forhold ved telemedicinsk fodsårbehandling" og "Tekniske forhold ved telemedicinsk fodsårbehandling".

Vi ønskede at sikre evidens og sikkerhed for, at telemedicinsk behandling er bedre eller mindst lige så god som fremmøde i ambulatoriet. Dette er sikret ved to ph.d.-afhandlinger forsvaret i 2006.

Overordnet var hensigten at kunne tilbyde hjemmebehandling til fordel for patienten og hospitalet – færre transporter til/fra hospital, mindre ventetider, aflastning af ambulatoriet, økonomiske besparelser, e-learning af primærsektorpersonale.

### **Beskrivelse af initiativet**

#### **Formålet med initiativet**

Konkret var målet at oprette behandlingsforløb for specialistbehandling i patientens hjem i samarbejde med primærsektoren.

Delmål:

- 1) Etablering af en fælles internetbaseret kommunikations- og dokumentationsplatform med adgang for alle inklusiv patienten og dennes familie.
- 2) Testning og valg af optimalt teknisk udstyr.
- 3) Dokumentation af brugertilfredshed, såvel patienter, familie som personale i primær og sekundærsektor.
- 4) Sikring af klinisk kvalitet af behandlingen.

Udvikling af idéen:

Brugerorienteret "participatory design metode" med involvering af patient og alle brugergrupper i workshops, ved målrettede interviews, transskriberinger, videooptagelser og delrapporter under projektet.

Center for Den Diabetiske Fod og Laboratorier på Alexandra Institutet, IT-byen, Aarhus dannede fysiske rammer for projektet. Slutteligt udelukkende Center for Den Diabetiske Fod.

Involverede:

Patienter, pårørende, personalegrupper Center for Den Diabetiske Fod, sygeplejersker primærsektor, to ph.d.-studerende, fire vejledere, flere rådgivere teknisk og teoretisk.

Hovedmålet for forandringen var, at vi under dette treårige forskningsforløb gradvist indførte hjemmebehandlingen, således, at den var fuldt implementeret efter tre år, hvor al evidens også ville være på plads.

Alle aktører var inddraget fra første færd med deltagelse i workshops og fuld informationsstrøm om projektet. Dette sikrede alle "ejerskab" i forhold til projektet og dermed også maksimalt input til projektet.

### **Tids- og ressourceforbrug**

Center for Den Diabetiske Fod har stillet personaletimer til rådighed. Hovedparten af projektet var planlagt som en naturlig del af den daglige drift med minimal indgriben i denne. Primærsektorens fagpersonale deltog uden ekstra honorering efter tilladelse fra deres ledelser. Ph.d.-studerende sikredes midler efter centrale ansøgninger.

Ressourceforbruget har været beskrevet fra starten. Vi har med fuldt overlæg indbygget projektet i den daglige drift, hvorved implementering faciliteres, da projektet dermed er kendt og "faggrupperne har ejerskab". Der er skrevet målrettede ansøgninger til forskningsopgaverne.

### **Implementering og forandringspotentiale**

De fastsatte mål er nået, måske i høj grad i kraft af formulerede forskningsprojekter og konkrete deadlines.

Fortsat økonomisk grundlag for driften er den største udfordring for denne nye behandlingsform, da der endnu ikke findes DRG / afregningskoder, som dækker den kliniske afdeling ind for udgifter. Dette er vanskeligt at ændre.

Derimod har det været let at få personale til at benytte dette velgennemarbejdede værktøj, som er hurtigt, intuitivt brugbart og en fordel i det daglige for alle.

Hovedbarrieren er at inkorporere nye arbejdsmetoder i et bestående og til tider stationært sundhedsvæsen.

### **Læring, evaluering og erfaring**

Initiativet evalueres løbende. Der er ikke udfærdiget MTV-rapport, hvilket ønskes gjort. Udelukkende positive tilbagemeldinger fra patienter og pårørende og øvrige brugere. Enkelte patienter har ønsket fortsat fremmøde på hospitalet, men har accepteret at "dette er behandlingstilbuddet".

Vi ville afgjort igen vælge "forskningsplatformen", som sikrer kvaliteten i arbejdet og medfører "peer-reviewed" anerkendelse af resultaterne og påtænkte kliniske behandling.

Initiativet har bidraget med en mere hensigtsmæssig behandling af patienter med diabetiske fodsår:

Færre irrelevante hospitalskontakter, mindre transporttid for patienten, mindre ressourceforbrug på hospita-

lerne, e-learning af primærsektor-personale, økonomiske fordele for sundhedsvæsenet, mere ensartet behandlingskvalitet uanset geografi (på sigt).

Man skal sikre sig brugerdrevet udvikling:

Alle brugere involveres (samtidigt) i udviklingsprocessen. Alle høres. Alle resultater bogføres (her gennem to ph.d.-studerende). Ved projektets afslutning skal resultaterne have ført til klinisk implementering.

### **Opfølgning og det videre arbejde**

Projektets metoder og teorier kan benyttes inden for en række andre behandlinger af kroniske patienter (men også ikke-kroniske). Projektets idéer og videnskabelige resultater er taget i anvendelse ved en række fodcentre/sårcentre i Danmark og også inden for dermatologi.

Vi udfører nu pilotprojekter:

- 1) Center for Den Diabetiske Fod til praktiserende læge
  - 2) Center for Den Diabetiske Fod til Regionshospital
- Derudover findes flere andre multisektorielle muligheder.

## **7.5 Tværsektoriel kvalitet og sammenhæng i genoptræningen**

Dorthe Maagaard

Dorthe.Maagaard@slb.regionsyddanmark.dk

Fysioterapi og Ergoterapi

Fredericia og Kolding Sygehus, Sygehus Lillebælt

Region Syddanmark

### **Udgangspunkt for initiativet**

Gennem mange år har Fredericia og Kolding Sygehuse, Fredericia Kommune og Kolding Kommune haft et rigtig godt samarbejde omkring genoptræningen af patienten/borgeren. Regelmæssig mødevirksomhed, tradition for besøg hos hinanden, fælles temadage m.m. har gjort, at vi har haft nært kendskab til hinanden og derfor kunne løse opståede patientproblemstillinger med det samme. Derudover har vi gennem en årrække udviklet og arbejdet med ICF, *International Classification of Function*-begreberne som en ramme for overleveringerne af patient/borger oplysninger mellem os.

Da Indenrigs- og Sundhedsministeriet først i 2006 annoncerede, at der var afsat midler til at udvikle samarbejdsrelationerne mellem sektorerne i forhold til medicinske patienter, var vi både på sygehuset og i kommunerne enige om, at vi ville ansøge om et projekt rettet mod genoptræningsmæssig overlevering af "den ældre medicinske patient" mellem sektorerne. Kommunalreformen, med udlægning af store dele af den ambulante genoptræning til kommunerne, var også medvirkende til, at vi kunne se muligheden for at udvikle de gode samarbejdsrelationer yderligere

### **Beskrivelse af initiativet**

Det overordnede formål med projektet er i relation til disse udfordringer, at sikre sammenhæng og patientoplevelt kvalitet i den ældre medicinske patients tværsektorielle genoptræningsforløb. I projektet er der derfor sat fokus på tre områder til opfyldelse af det overordnede formål:

**Mål 1:** Udvikling af tværsektorielle kvalitetsstandarder til sikring af samarbejde, sammenhæng og koordinering i genoptræningen af den ældre medicinske patient.

**Mål 2:** At sikre den patient-/pårørendeoplevede kvalitet ved udskrivelser og videre træning i patientens nærmiljø.

**Mål 3:** Bidrage til udvikling af faglig kompetence hos kommunale ergo- og fysioterapeuter med fokus på den ældre medicinske patients genoptræning på krops- og aktivitetsniveau.

Målgruppen er dermed også de kommunale og sygehusfysioterapeuter og ergoterapeuter, som arbejder direkte med den gruppe af ældre patienter, som er inkluderet i dette projekt. Geografisk set er der tale om patientforløb mellem Fredericia og Kolding kommuner samt Fredericia og Kolding sygehuse under Sygehus Lillebælt.

### **Aktører/deltagere i forbindelse med initiativet**

Til at udføre projektets aktiviteter blev en projektgruppe ansat bestående af fire personer, henholdsvis ergoterapeuter og fysioterapeuter.

I fase 1, kalenderåret 2007, skulle tværsektorielle kvalitetsstandarder udvikles til sikring af samarbejde, sammenhæng og koordinering i genoptræningen af den ældre medicinske patient. For at indsamle data til udvikling af standarder, som skal sikre disse områder, skulle der gennemføres interessentanlyse, observationsstudie, fokusgruppeinterview med terapeuter samt screening af patientgrundlaget. Der skulle endvidere tages stilling til den overordnede planlægning i fase 2.

Projektterapeuterne skulle i denne fase følge patienten i hele forløbet fra henvisning til genoptræning under indlæggelsen på sygehuset til afslutning i kommunerne. Projektterapeuterne skulle observere procedurer, arbejdsgange og organisering af genoptræningsarbejdet. De inkluderede patienter skulle tilknyttes en projektterapeut under indlæggelsen og en anden i kommunalt regi, for at opnå indsigt i faglige og organisatoriske problemstillinger relateret til sektorovergangen mellem sygehus og kommunaltræning. Ved at en person afleverede og en anden modtog henover de to sektorer, forventede man at få indsigt i, hvad der var vigtigt i denne overlevering. Den viden, som her blev genereret i den samlede dataindsamling, skulle identificere kvalitetens beskaffenhed og danne indholdet i de standarder, som skulle udvikles til sikring af kvalitet.

I fase 2, som var hele 2008, skulle projektet i første omgang bestå af implementering af de udviklede standarder via afprøvning med monitorering og justering. Der skulle endvidere indgå interviews med patienter og litteraturstudie i justeringen. Fra denne proces skulle der også udledes opmærksomhedspunkter som denne gang skulle bruges i relation til projektets bidrag til kompetenceudvikling hos sygehus- og kommunalterapeuter i fase 2.

Projektterapeuterne skulle have en deltagende rolle og indgå som ansvarlig i et behandlingsmæssigt samarbejde med sygehusterapeuten under patientens indlæggelse. Når patienten ved udskrivelsen overgik til kommunalt genoptræningsregi, skulle projektterapeuten fortsat være tilknyttet patienten som ansvarlig. Projektterapeuten skulle her indgå i det behandlingsmæssige samarbejde med den kommunale terapeut. Hensigten med at arbejde på tværs af sektorerne var at opnå indsigt i faglige og organisatoriske problemstillinger relateret til sektorovergangen mellem sygehus og kommunal genoptræning. Projektterapeuterne skulle samlet set stå for dataindsamling og formidling i begge faser og implementering af handlinger i fase 2.

### **Tidsforbrug og ressourceforbrug**

Projektet blev den 18. september 2006 tildelt midler fra genoptræningspuljen fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets "2006-puljen for den ældre medicinske patient." og er gennemført i perioden 01.01.07 – 31.12.08.

## Læring, evaluering og erfaring

### Evaluering

Projektet er evalueret af ekstern evaluatør Ulla Ølgaard, Center for Kvalitet. Projektet er evalueret ved hjælp af virkningsevaluering.

Evalueringen kan nu rekonstruere de årsagsvirkningsmekanismer, som i dette projekt har haft en god virkning. Modellen udskifter programteorien. Den har været anvendelig i den fremadskridende undersøgelse. Evalueringen viser at meget er lært og meget er revideret undervejs, fordi der er målt, evalueret, reflekteret og taget beslutninger på dette grundlag. Det har medført en anden ordens ændring (Dahler-Larsen 2008). I første ordens ændringer påvirkes, ifølge Dahler-Larsen, det sprog som man bruger til at beskrive problemer. Det er sket undervejs i dette projekt. I anden ordens ændringer træffes der beslutninger om ændringer. Det er også sket via beslutningen om tværsektorielle møder, kommende audits m.m.

### Erfaringer

Selvom vi i forvejen havde et langt og tæt samarbejde bag os mellem sygehusene og Fredericia og Kolding Kommuner har det været utrolig givtigt og lærerigt at have dette projekt mellem os. Det at have fire projektterapeuter ansat, som arbejder både på sygehusene og i kommunerne har givet os yderligere indsigt i de kulturforskelle og forskellige paradigmer, man arbejder under i de to sektorer – forskelle som nødvendigvis må give forskellige måder at takle problemstillinger omkring patienten og borgeren på, og som vi hele tiden må have for øje i vores samarbejde.

Indtil nu er projektets retningslinjer implementeret blandt de terapeuter, der tværsektorielt samarbejder omkring den ældre medicinske patient og som hele tiden arbejder for at styrke indsatsen for den komplekse ældre medicinske patient. Her ligger en stor opgave i ledergruppen og blandt frontlinjeterapeuter i begge sektorer i at holde fast i de nye retningslinjer og ikke glide tilbage til tidligere praksis. At holde fast i det fælles ansvar vi har for at fastholde, styrke og fortsat udbygge samarbejdet omkring den ældre medicinske patient. Ultimo maj afholdes der afslutningskonference for alle involverede terapeuter, styregruppen, projektgruppen og andre samarbejdspartnere i kommunerne og på sygehusene. Her vil resultaterne fra rapporten blive fremlagt. En tværgående gruppe af ledere står for dette arrangement og denne gruppe vil også i fremtiden have ansvaret for tværfaglige og tværsektorielle arrangementer mellem os. Ønsket er nu at løfte tankerne fra projektet op på højere niveau i Region Syddanmark. Efter sommerferien er fremlæggelse af rapporten for projektet også dagsordens sat på møde i Lokalt Samordningsforum, som øverste ledelsesforum mellem Sygehus Lillebælt og relaterede kommuner. Tanken her er at få projektets retningslinjer til at sprede sig til de øvrige sygehuse og kommuner i Sygehus Lillebælts optageområde.

Derudover vil retningslinjerne blive forelagt i Kvalitetsrådet for Sygehus Lillebælt med henblik på at implementere dem i andre specialer ud over det medicinske og dermed gøre dem generelle for hele sygehuset og dermed for hele samarbejdet med kommunerne.

## Øvrige eksempler på andre initiativer

- Oversigt over kommunale tilbud til forebyggelse af u hensigtsmæssige akutte indlæggelser og til sikring af hurtig udskrivelse efter hospitalsindlæggelse, samarbejde mellem Region Midtjylland og kommunerne, Anita Fogh, [anita.fogh@stab.rm.dk](mailto:anita.fogh@stab.rm.dk)
- Oversigt over udadgående hospitalsfunktioner, alle sygehuse i Region Midtjylland, Anita Fogh [anita.fogh@stab.rm.dk](mailto:anita.fogh@stab.rm.dk)
- Implementering af ny teknologi til diagnosticering af lungecancer, Regionshospitalet Silkeborg, Region Midtjylland, Frank Dyekjær Andersen [franka@dadlnet.dk](mailto:franka@dadlnet.dk)



DANSKE  
REGIONER

