



6 cases til inspiration for det videre arbejde med

HELHEDS- ORIENTERED PATIENT- FORLØB

KL



Kræftens Bekæmpelse



Danmarks
Bløderforening

FOA



Sjældne Diagnoser



**DANSKE
REGIONER**

Lægeforeningen



DANSKE PATIENTER

Indholdsfortegnelse

DEL 1

Forord 3

Introduktion 4

Tværgående elementer i helhedsorienterede patientforløb 6

Opsamling og næste skridt 9

DEL 2

Artikler om seks cases 10

Case 1: Samme dag under samme tag, Holbæk Sygehus 11

Case 2: CAPTAIN – Comprehensive And Prospective Treatment And Individual Nursing, Nordsjællands Hospital 14

Case 3: Fælles beslutningstagen og hjemmebehandling, Aarhus Universitetshospital 18

Case 4: Borgerens Team, Klinik Psykiatri Syd og Aalborg Kommune 21

Case 5: Geriatri i døren, Svendborg Sygehus 24

Case 6: Forløbskoordination for patienter med kræft, Rigshospitalet 28

6 cases til inspiration for det videre arbejde med Helhedsorienterede Patientforløb
Resultatet af indsats 4.2 "Helhedsorienterede Patientforløb" under Borgernes
Sundhedsvæsen

Maj 2018

Projektgruppen:
Dansk Sygeplejeråd, Lægeforeningen, Danske Lægesekretærer, FOA, Kommunernes
Landsforening, Danske Regioner, Danmarks Bløderforening og på vegne af Danske
Patienter, Sjældne Diagnoser og Kræftens Bekæmpelse

Layout: UHI, Danske Regioner / Tryk: ParitasInfo

ISBN tryk: 978-87-7723-945-8 / ISBN elektronisk: 978-87-7723-946-5

Forord

Manglende sammenhæng i patientforløb har været en akilleshæl for sundhedsvæsenet i mange år, og er det fortsat.

Derfor er det vigtigt at se på, hvordan vi bedre kan understøtte en kontinuerlig og helhedsorienteret indsats, der involverer patienten og tager højde for vedkommendes behov, livssituation og ressourcer. Det vil være til gavn for den enkelte patient og de pårørende, og det vil skabe værdi for personalet og for sundhedsvæsenet som helhed.

Vores viden om, hvad det kræver at skabe mere sammenhæng i sundhedsvæsenet og at arbejde helhedsorienteret med patientforløb, er stadig begrænset. Men med dette projekt kommer vi nu et spadestik dybere.

Styrken i projektet ligger i, at der på tværs af seks forskellige cases med afsæt i sygehussektoren viser sig en række fællestræk. En helt central pointe er, at skræddersyede forløb med respekt for patientens tid og livssituation er en grundlæggende værdi i alle seks cases. En anden central pointe er, at mennesket skal sættes først, hvilket kan indebære, at ledelsen skal turde udfordre økonomiske incitamentstrukturer og kendte arbejdsgange.

Fremadrettet vil der være brug for at blive klogere på, hvad der kan styrke og inspirere til helhedsorienterede patientforløb på tværs af sektorer, herunder både hospitaler, kommuner og almen praksis. Især i forhold til, hvordan vi sammen kan sikre, at alle patienter oplever tryghed og kontrol med eget forløb i forbindelse med sektorovergange.

Målet med dette inspirationskatalog er at inspirere beslutningstagere, samt ledere og medarbejdere i og uden for sundhedsvæsenet til at skabe mere helhedsorienterede patientforløb med fokus på sammenhæng og patientinddragelse.

Det er et politisk mål, som vi alle deler, og som vi hver dag skal udfordre os selv og hinanden på at opnå. Det vil være nøglen til at skabe fremtidens sundhedsvæsen.

Til sidst, en stor tak til de ledere og medarbejdere, som projektgruppen har besøgt og snakket med, og som har hjulpet med indsigt i de spændende cases, der ligger til grund for inspirationskataloget.

God læsning!

Stephanie Lose, formand for Danske Regioner
Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd
Andreas Rudkjøbing, formand for Lægeforeningen
Nathali Degn, formand for Danske Lægesekretærer
Karen Stæhr, sektorformand i FOA
Jette Skive, formand for KL's Sundheds- og Ældreudvalg
Jacob Bech Andersen, formand for Danmarks Bløderforening
Og på vegne af Danske Patienter,
Birthe Byskov Holm, formand for Sjældne Diagnoser
Dorthe Crüger, formand for Kræftens Bekæmpelse

Introduktion

Dette inspirationskatalog er et resultat af projektet Helhedsorienterede Patientforløb, som er én ud af 33 indsatser under Borgernes Sundhedsvæsen. Målet med indsatsen er, at patienter oplever trygge og sammenhængende forløb med fokus på "sømløse" overgange mellem afdelinger og sektorer.

Det konkrete projekt har haft til formål at undersøge, hvordan seks initiativer (cases) arbejder for, at patienter oplever trygge og helhedsorienterede forløb, hvor de bliver inddraget. Hertil, hvordan initiativerne har fokus på patienternes mestring af hverdagslivet med sygdom.

Inspirationskataloget består af to dele. En del, som beskriver en række elementer, der træder frem på tværs af alle seks cases. Og en del, som indeholder artikler om hver af casene.

Hvorfor helhedsorienterede patientforløb?

Omkring halvdelen af alle danskere har som patienter eller pårørende oplevet behandlingsforløb, der involverer flere dele af sundhedsvæsenet. Det fremgår af analysen "Sundhedsvæsenet ifølge danskerne" foretaget af Mandag Morgen og Trygfonden i 2016. Med flere dele af sundhedsvæsenet menes f.eks. flere afdelinger, flere hospitaler eller samspil mellem almen praksis, hospital og det kommunale sundhedsvæsen. Knap halvdelen af denne gruppe danskere har desværre også oplevet manglende sammenhæng og koordination mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet.

Ofte er de patienter, som oplever manglende sammenhæng i deres forløb, kendetegnet ved hyppig eller varig kontakt til sundhedsvæsenet. Det gælder især ældre borgere og borgere med en til flere kroniske sygdomme.

Borgerne kan opleve at være i kontakt med mange forskellige sundhedsprofessionelle, og at disse ikke kender til deres konkrete situation. Også når det gælder følelsesmæssige, fysiske og sociale følger af deres sygdomme, oplever en del borgere at være overladt til sig selv.

Særligt borgere med mere end én sygdom oplever at stå alene med at skulle håndtere den kompleksitet, som deres sygdomme medfører.

Budskaber fra borgermøder

Som en del af Borgernes Sundhedsvæsen deltog 600 borgere i 2015 på borgermøder i hver region. På møderne tegnede borgerne et billede af, hvad der er vigtigt for dem i deres møde med sundhedsvæsenet.

- **Overblik og sammenhæng:** Patienter skal vide, hvad der skal ske, hvornår og hvorfor. Det giver tryghed og mulighed for planlægning.
- **Tværfaglig videndeling:** Der skal være videndeling på tværs af medarbejdere, faggrupper og sektorer, så patienter ikke skal starte forfra, hver gang de møder en ny sundhedsperson.
- **Gennemgående livline:** Patienter og pårørende efterlyser en gennemgående sundhedsfaglig person, som de kan kontakte med spørgsmål om behandling og forløb.
- **God gensidig planlægning:** Planlægning skal ske med respekt for patient og pårørendes tid, og patienten skal have mulighed for at forberede sig.
- **Gode overgange i systemet:** Den enkelte skal være tryk i overgangene mellem sektorer, f.eks. ved udskrivelse fra hospital.
- **Inddragelse og medbestemmelse:** Patienter ønsker at blive inddraget i beslutninger om behandling og forløb, hvilket forudsætter, at de har fået de nødvendige informationer til at kunne tage stilling.

Hvad forstås ved helhedsorienterede patientforløb?

Projektet har set på patientforløb fra patientens perspektiv. Hvor "systemet" kan have en tendens til at se patientforløb inden for relativt afgrænsede kasser med veldefinerede overgange, så er et forløb set fra patientens perspektiv langt mere snørklet og fuld af afvigelser, personlige oplevelser og modstridende tanker og følelser.

Et helhedsorienteret patientforløb tilrettelægges i samarbejde med patienten og de pårørende, og der tages højde for sammenhængen på tværs af hele patientens forløb. Behandling, pleje og rehabiliteringsindsatser tilrettelægges med udgangspunkt i patientens livssituation, behov og ønsker for at kunne takle et liv med sygdom med så høj livskvalitet som muligt.

Der findes ikke en generisk model for helhedsorienterede patientforløb, da mange forhold spiller ind på den individuelle situation. På trods af det, er der nogle overordnede elementer, som gør sig gældende på tværs af forskellige helhedsorienterede patientforløb.

Projektgruppens fokus og arbejdsform

Projektet har valgt at fokusere på seks cases med afsæt i udvalgte hospitalsafdelinger og med snitflader til kommunerne. Det omfatter derfor del-elementer af patientforløb, men ikke samlede forløb.

De seks cases er:

1. Samme dag under samme tag, Medicinsk Fælles Ambulatorium, Holbæk Sygehus
2. CAPTAIN – Comprehensive And Prospective Treatment And Individual Nursing, Lunge- og infektionsmedicinsk afdeling, Nordsjællands Hospital
3. Fælles beslutningstagen og hjemmebehandling, Nyre-medicinsk afdeling, Aarhus Universitetshospital
4. Borgerens team, Aalborg Kommune og Klinik Psykiatri Syd, Aalborg Universitetshospital
5. Geriatri i døren, Geriatrisk Klinik, Svendborg Sygehus OUH
6. Forløbskoordination for patienter i kræftpakkeforløb, Finsencentret, Rigshospitalet

Projektgruppen har modtaget baggrundsinformation om initiativerne og besøgt de involverede hospitalsafdelinger. På studiebesøgene har projektgruppen primært været i dialog med hospitalspersonale samt patienter, hvor det har kunne lade sig gøre. Projektgruppen har ikke været i dialog med personale fra kommuner og almen praksis om de enkelte initiativer. Det havde været en styrke for projektet, hvis det havde haft større fokus på samarbejdet på tværs af sektorer.

Mere konkret har projektet fokuseret på, hvordan initiativerne arbejder for, at patienter oplever trygge, helhedsorienterede og sammenhængende forløb. Initiativerne har alle fokus på patientinddragelse, og hvordan patienterne mestrer hverdagslivet med sygdom. Budskaberne fra borgermøderne i regi af Borgernes Sundhedsvæsen (se faktaboks) har været et centralt afsæt for forståelsen af initiativerne.

Ved studiebesøgene deltog også en journalist. Det er blevet til seks artikler, som er opbygget efter journalistiske principper. Artiklerne bygger desuden på interviews med fagpersoner og patienter. Herudover indeholder artiklerne faktabokse, som helt kort beskriver nogle af initiativernes vigtigste virkemidler. Artiklerne kan læses selvstændigt i anden del af inspirationskataloget.

Projektgruppen har efter studiebesøgene løftet sit fokus og set på tværs af de seks initiativer med henblik på at af-dække elementer, som er relevante for alle patientgrupper og sygdomsområder.

Disse tværgående elementer viser på den ene side, hvordan vi i sundhedsvæsenet kan arbejde videre med helhedsorienterede patientforløb. På den anden side sætter de fokus på nogle af de barrierer, der er i dag.

Projektgruppen mener, at initiativerne kan tjene til generel inspiration, hvis man ønsker at arbejde mere helhedsorienteret – også på tværs af regioner og sektorer.

Borgernes Sundhedsvæsen

Borgernes Sundhedsvæsen er en fælles erklæring om at fremme en kultur i sundhedsvæsenet, hvor vi sammen skaber tryghed og kvalitet, optimale forløb og inddrager borgerne i beslutninger om egen sundhed og behandling. En kultur, hvor borgernes viden, behov og præferencer anerkendes og sættes i centrum for behandling, forløb og organisering.

Borgernes Sundhedsvæsen blev underskrevet i april 2015 af Danske Patienter, Landsforeningen SIND, Lægeforeningen, Dansk Sygeplejeråd, FOA, Yngre Læger, Foreningen af Speciallæger, Danske Lægese-kretærer, Jordemoderforeningen, Danske Fysioterapeuter, Ergoterapeutforeningen, Danske Bioanalytikere, Radiografrådet, Kommunernes Landsforening, Danske Regioner og regionerne.

Tværgående elementer i helhedsorienterede patientforløb

På tværs af projektets udvalgte cases er en række elementer i spil, som har vist sig at have stor betydning for deres arbejde med helhedsorienterede patientforløb. Særligt seks tværgående elementer træder frem, på trods af forskellige patientgrupper og lokationer.

De tværgående elementer er:

1. Respekt for patientens tid og livssituation
2. Organisation og kultur
3. Kompetenceudvikling og tværfaglighed
4. Ledelsesfokus
5. Økonomiske rammer
6. Samarbejde på tværs

Dette afsnit indeholder en beskrivelse af hver af de tværgående elementer, hvor der er indsat konkrete eksempler fra de seks cases.

I artiklerne, i anden del af inspirationskataloget, kan man læse om de enkelte cases.

1. Respekt for patientens tid og livssituation

Sundhedspersonalets respekt for patienternes tid og livssituation er et bærende element. Hverdagslivet skal hænge sammen, så patienten på trods af sygdom fortsat har livskvalitet.

Det indebærer en høj grad af inddragelse af patient og pårørende i planlægningen af behandlingsforløb, pleje og rehabilitering. Og det indebærer, at personalet opbygger en relation til patienterne, hvormed de får en bedre fornemmelse af deres behov.

Patientens ønsker og behov sættes først, hvor det er sundhedsfagligt forsvarligt. Det er betydningsfuldt, hvilken livssituation patienten er i, f.eks. om vedkommende har små eller voksne børn, er i arbejde eller bor alene. Mange faktorer kan være afgørende for, om en patient føler sig tryk i et behandlingsforløb, samt hvilken behandling en patient vælger.

Et eksempel herpå er, at personalet på Nyremedicinsk Afdeling, Aarhus Universitetshospital tilbyder en ung far, at han kan få dialyse i eget hjem. Men hvor han i stedet vælger behandling på hospitalet ud fra det perspektiv, at han gerne vil beskytte sine børn mod al for meget sygdom.

Et andet eksempel er, at Medicinsk Fælles Ambulatorium på Holbæk Sygehus tilbyder deres patienter at samle flere undersøgelser på samme dag, i stedet for at de er spredt over flere dage, hvilket f.eks. indebærer mere transporttid.

Et tredje eksempel kan findes på Nordsjællands Hospital, hvor nogle af de svageste KOL-patienter ikke kan magte turen til ambulatoriet og måske heller ikke får taget initiativ til en telefonsamtale. Det er CAPTAIN-sygeplejerskerne opmærksomme på, så de opsøger i stedet patienten, når de vurderer, behovet er der. De kan også tilbyde et hjemmebesøg.

2. Organisation og kultur

Organisationen og kulturen omkring tilrettelæggelsen af patienternes forløb har væsentlig betydning for understøttelsen af helhedsorienterede patientforløb.

Alle seks initiativer rummer eksempler på, hvordan man har understøttet organisations- og kulturændringer med undervisning, fælles temadage og individuel support ud fra den betragtning, at nye måder at arbejde på ikke kommer af sig selv, og at det er vigtigt at få medarbejderne med.

For nye arbejdsgange og arbejdsmetoder, samt mere inddragelse af patient og pårørende, kræver et fælles udgangspunkt og "mind set" for at lykkes. Det medfører ofte nye roller til de sundhedsprofessionelle, f.eks. af mere relationel art i forhold til samarbejdet med patient og pårørende. Oplæring i nye metoder og roller, samt eventuel ændret arbejdsfordeling, er vigtige forudsætninger for at komme i mål. Det er også et vigtigt ledelsesfokus.

Som eksempel på en organisationsændring med betydning for tilrettelæggelsen af patientforløb har man på Holbæk Sygehus etableret Medicinsk Fælles Ambulatorium som en ny fælles enhed. Og på Svendborg Sygehus har man placeret en geriatrisk sygeplejerske i døren af den fælles akutmodtagelse.

Som eksempel på en kulturændring af betydning for tilrettelæggelsen af patientforløb kan nævnes, at man på Nyremedicinsk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, har sat patientens ønsker mere i fokus ved at indføre en fælles beslutningsproces. Patienterne bliver f.eks. inviteret til tre samtaler om deres valg af behandling. På Nordsjællands Hospital har man med CAPTAIN-projektet også gjort op med den sædvanlige tænkning, og afskaffet rutinekontroller til fordel for patienternes reelle behov. Af samme grund har Klinik Psykiatri Syd og Aalborg Kommune med Borgerens Team gjort op med silotænkningen og indført en samlet og overskuelig patientplan i stedet for flere, ofte usammenhængende planer.

3. Kompetenceudvikling og tværfaglighed

Af væsentlig betydning for helhedsorienterede patientforløb er også medarbejdernes kompetencer og faglighed.

Generelt har initiativerne stort fokus på, at de enkelte faggruppers kernekompetencer bliver udnyttet bedst muligt. Det er f.eks. af betydning for, hvor opgaver bliver placeret, og hvem der skal inddrages hvornår.

Det kræver særlige kompetencer samt relationelle og kommunikative færdigheder hos de sundhedsprofessionelle at indgå i helhedsorienterede patientforløb. Det er tænkt ind i rekruttering og udvikling af medarbejdere. På Rigshospitalet er det f.eks. et kriterie, at de tværgående forløbskoordinatorer har en relevant masteruddannelse. Og i CAPTAIN-projektet på Nordsjællands Hospital er der fokus på, at det ikke nødvendigvis er alle medarbejdere, der har kompetencerne eller lysten til at have den meget tætte relation til patienterne. De medarbejdere, som indgår i CAPTAIN-forløbene har derfor været igennem et særligt uddannelsesforløb, og både læger og sygeplejersker tilbydes supervision af en psykolog.

Initiativerne udnytter, hvordan samspil og synergi mellem faggrupper og specialer kan bidrage til helhedsorienterede patientforløb. Et eksempel på dette er Geriatri i Døren på Svendborg Sygehus, hvor der oprettes et tværfagligt team om den geriatriske patient, der sikrer den tværfaglige vurdering, herunder fokus på polyfarmaci og genoptræningsbehov.

Bedre samspil mellem specialer kan også bidrage til hurtigere og bedre diagnosticering for patienterne, samt færre møder og større motivation for personalet, som det f.eks. ses i Medicinsk Fælles Ambulatorium, Holbæk Sygehus. Her udreder læger på ugentlige tværfaglige konferencer komplicerede patientforløb, hvor det ikke tidligere har været muligt at stille en diagnose. Med Borgerens Team i Aalborg medvirker tværfaglige møder til bedre sammenhæng i patientforløbene, og at der samlet set er behov for færre møder.

4. Ledelsesfokus

Ledelsesfokus er også en vigtig grundpille i helhedsorienterede patientforløb. Heri ligger, at ledelsen aktivt har valgt og prioriterer arbejdet med helhedsorienterede patientforløb, sætter det på dagsordenen og er risikovillig i forhold til de økonomiske rammer. Ledelsen skal også turde bryde med vante forestillinger om, hvordan tingene bør gøres.

For de seks initiativer gælder, at ledelserne for de involverede afdelinger har bakket op om organisations- og kulturændringer. Ofte er de også gået forrest i at realisere ændringerne. Det har de gjort til trods for, at initiativerne på kort sigt kan fremstå mere komplekse og økonomisk urentable. Der kan ligefrem være tale om en "underskudsforretning", som ledelsen skal finde økonomi til et andet sted i afdelingen, men hvor fordelene for patienterne vurderes langt større. Og for sundhedsvæsenet set under ét, er det økonomisk en god investering.

På Nordsjællands Hospital prioriterede ledelsen fra start at sætte CAPTAIN i drift, fordi de troede på, at det var den rigtige tilgang. På Svendborg Sygehus har ledelsen fundet ekstra projektmidler, så det var muligt at få geriatriske sygeplejersker til at være i akutmodtagelsen.

Og på Holbæk Sygehus har det krævet vedvarende ledelsesmæssigt fokus at samle syv ud af ni medicinske specialer i én afdeling med ét budget og samtidig insistere på, at patientens forskellige besøg i Medicinsk Fælles Ambulatorium skulle koordineres bedre.

5. Incitamentstrukturer

Økonomiske og juridiske rammer kan virke som brændende platforme for nytænkning af forløb, organisering og kultur. Således har et stigende antal ældre borgere og borgere med kronisk sygdom, samt frister for udredning og ventetider eksempelvis medvirket til, at Geriatrisk afdeling på Svendborg Sygehus har omorganiseret forløb, og at CAPTAIN-projektet på Nordsjællands Hospital har gentænkt tilgangen til faste kontroller.

På den anden side kan de økonomiske rammer også udgøre barrierer for arbejdet med helhedsorienterede patientforløb. Som eksempler kan nævnes DRG-systemet, samt afdelingers særskilte budgetter, som kan skabe økonomiske incitamenter, der ikke altid stemmer overens med patienternes reelle behov. DRG-systemet belønner f.eks. meraktivitet ud fra fastlagte takster, der svarer til bestemte typer af aktiviteter såsom antal kontroller, undersøgelser eller behandlinger.

Nyremedicinsk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, tilbyder f.eks. dialysebehandling i patienternes hjem, også selv om det i dag kan betyde færre penge til afdelingens drift, fordi afdelingen stadig har mere eller mindre "usynlige"

udgifter til bl.a. undervisning af patienter og kommunalt personale, samt løbende kontakt til begge. DRG-systemet kan her blive et incitament, der trækker i modsat retning af det, der bidrager til et bedre forløb for patienten og mere sundhed for pengene. Herudover er der generelt i sundhedsvæsnet en udvikling mod mere hjemmebehandling og en ny opgavefordeling, hvilket ikke afspejles i de økonomiske rammer.

Et andet eksempel er Medicinsk Fælles Ambulatorium på Holbæk Sygehus, som har prioriteret, at patienter f.eks. kan få en telefonisk konsultation eller få samlet flere kontroller og undersøgelser på én dag, hvis patienterne foretrækker dette. Det kan f.eks. spare patienterne for lang transporttid. Begge dele er muligt, fordi Region Sjælland har besluttet, at fællesambulatoriet er underlagt rammestyring i stedet for aktivitetsstyring.

De seks initiativer understreger behovet for at reagere på de negative konsekvenser af forskellige incitamentstrukturer.

Rammestyring i regionerne

Regionerne er gradvist ved at indføre mere rammestyring. Region Sjælland og Region Midtjylland indførte i 2017 rammestyring på alle hospitaler. Region Nordjylland fulgte i 2018, og i Region Hovedstaden bliver Finsencenteret, som behandler kræft, fritaget fra aktivitetsstyring. I forvejen er Bornholms Hospital og Rigshospitalets hjertecenter fritaget. I Region Syddanmark blev der i 2017 indført rammestyring på cirka en tredjedel af hospitalsaktiviteterne, og den udvikling fortsætter i 2018.

6. Samarbejde på tværs

Samarbejde på tværs kan handle om samarbejde med andre afdelinger og hospitaler. Det kan også omfatte tværsektorielt samarbejde med almen praksis og kommuner. I alle seks initiativer er der opmærksomhed omkring, at samarbejde på tværs har stor betydning for helhedsorienterede patientforløb, mens graden af formalisering og forankring varierer.

Samarbejdet med kommuner er vigtigt for at sikre tryk i overgangene mellem sektorer. I Borgerens Team i Aalborg er samarbejdet formaliseret ved, at kommunale aktører og ansatte i regionen danner team med borgeren. Teamet vurderer og prioriterer indsatsen, så krav og forventninger afstemmes i forhold til borgerens behov og ressourcer, og der udarbejdes én fælles handlingsplan.

Et andet eksempel på kommunesamarbejde er at finde på Geriatrisk Afdeling, Svendborg Sygehus. Allerede ved indlæggelse er den kommunale visitator i dialog med afdelingen for i samarbejde med patient, pårørende og sundhedsprofessionelle at planlægge rammerne for den kommende udskrivelse.

I nogle initiativer er samarbejdet på tværs i højere grad håndholdt. På Rigshospitalet har man ansat tværgående forløbskoordinatorer, der har som deres primære funktion at sikre sammenhæng og fremdrift i patientforløb på tværs af afdelinger. Den håndholdte indsats er med til at sikre, at hospitalet – også i komplicerede forløb – kan overholde behandlingsgarantien.

I andre initiativer synes samarbejdet på tværs i højere grad at være personbåret og kun i mindre grad forankret i funktioner og samarbejdsstrukturer. Der er flere eksempler på, at sundhedsprofessionelle i deres daglige arbejde samarbejder ad hoc med både andre afdelinger og kommuner, f.eks. om visitering og uddannelse. Det personbårne samarbejde er udfordret af begrænsede ressourcer og personaleskift både på hospitalerne, i kommunerne og i almen praksis. Herudover er det personbårne samarbejde udfordret af organisatoriske omlægninger.

Opsamling og næste skridt

Med udgangspunkt i seks cases har projektet peget på væsentlige elementer, der ser ud til at indgå i helhedsorienterede patientforløb – uanset patientgrupper og sygdomme – set fra udvalgte sygehusafdelingers perspektiv.

Erfaringerne fra de seks cases tyder på, at respekten for patienternes tid og livssituation er et helt bærende element. Dén er ledelsens begrundelse for at prioritere de organisations- og kulturændringer, der skal til for at arbejde helhedsorienteret. Og dén gennemsyrrer medarbejdernes relation til patienterne og deres tilgang til patientforløb.

Herudover fremgår det på tværs af casene, at "den brændende platform" for de ændringer, der er blevet gennemført, bl.a. består af den demografiske udvikling og de økonomiske rammer.

I de seks cases bidrager fokus på helhedsorienterede patientforløb samtidig til mere skræddersyede forløb til den enkelte patient. I nogle tilfælde er der flere kontakter mellem patient og sundhedsvæsen og mellem sundhedspersoner, bl.a. fordi patienternes forløb er komplekse. Og i andre tilfælde betyder indsatsen færre kontakter og møder, fordi patienternes forløb faktisk afspejler patienternes reelle behov, og fordi personalet i højere grad udnytter tværfaglige synergieffekter. Mere skræddersyede forløb, der tager højde for den enkelte patients livssituation og ressourcer, kan formentlig også bidrage til mere lighed i sundhed.

Samtidig er initiativerne eksempler på, hvordan differentierede patientforløb med stor sandsynlighed også kan medvirke til, at vi bruger ressourcerne i sundhedsvæsenet, hvor de er til størst værdi for patienterne. På den måde kan der være god økonomi i helhedsorienterede patientforløb.

Der er dog flere barrierer for at indfri det potentiale i dag. Initiativerne peger bl.a. på, at samarbejde på tværs stadig begrænses af forskellige pengekasser, datalovgivning og myndighedsansvar.

Ikke desto mindre viser initiativerne, at der er meget, man som afdeling kan gøre lokalt – inden for egen matrikel – for at arbejde mere helhedsorienteret med patientforløb. Initiativerne rummer også eksempler på, at samarbejde på tværs kan forankres i funktioner og samarbejdsstrukturer, der både gavner borgeren og sikrer en mere effektiv anvendelse af ressourcerne i sundhedsvæsenet. Meget tyder på, at der netop i forhold til samarbejde og overgangene mellem sektorer for patienter er plads til en øget indsats.

Projektet har ikke forholdt sig til mere end de hovedsageligt kvalitative erfaringer fra de seks initiativer. Det ville have været en styrke, hvis flere af initiativernes effekter var dokumenterede gennem forskning eller evaluering. Ligeledes ville det have været en styrke for projektet, hvis det havde haft større viden om samarbejdet på tværs af sektorer.

Det vil være et naturligt næste skridt at udbrede de gode erfaringer, der allerede er med helhedsorienterede patientforløb, men samtidig dokumentere effekterne af igangværende og fremtidige initiativer, særligt i forhold til øget tryghed hos patienterne, inddragelse af patienterne, patientsikkerhed og bedre ressourceudnyttelse.

Artikler om seks cases

Case 1:	Samme dag under samme tag, Holbæk Sygehus	11
Case 2:	CAPTAIN – Comprehensive And Prospective Treatment And Individual Nursing, Nordsjællands Hospital	14
Case 3:	Fælles beslutningstagen og hjemmebehandling, Aarhus Universitetshospital	18
Case 4:	Borgerens Team, Klinik Psykiatri Syd og Aalborg Kommune	21
Case 5:	Geriatrici i døren, Svendborg Sygehus	24
Case 6:	Forløbskoordination for patienter med kræft, Rigshospitalet	28

CASE 1

Samme dag
under samme tag,
Holbæk Sygehus

Af Andreas Rasmussen

Til gavn for patienten

Færre hospitalsbesøg, fokuseret udredning af komplekse sygdomme og et stort skridt væk fra silotænkningen. I Holbæk har de fundet en organisationsmodel, der virker og respekterer patientens tid.

I DAG:

9.00 AMBULATORIUM
9.15 KLINIK
9.30 SCANNING
10.00 KONSULTATION
10.30 BLODPRØVE
1100 VEJLEDER



Med 572 patienter, der til sammen havde 5898 besøg, blev det i 2013 klart for ledelsen på Holbæk sygehus, at der var behov for forandring for at skabe sammenhæng for patienterne.

“Hvis vi både skulle have skiftet olie og dæk på vores bil, så ville vi jo heller ikke acceptere, at det skulle ske på forskellige dage,” siger Henrik Ancher Sørensen. Han er ledende overlæge på Medicinsk afdeling, Holbæk Sygehus, og en af de centrale personer bag konceptet “Samme dag under samme tag”, der i disse år har stor succes. Her har patienterne fået færre besøg på hospitalet, udredningerne af komplekse sygdomsbilleder er blevet mere effektive, og det tværfaglige samarbejde er blevet bedre.

Farvel til kassetænkning

Med indførelsen af supersygehuse skete der en forskydning af arbejdsopgaver mellem hospitalerne i Region Sjælland. Holbæk Sygehus fik status som akutsygehus, og i den forbindelse tog man konsekvensen og slog de medicinske ambulatorier sammen til én fælles enhed, Medicinsk Fælles Ambulatorium (MFA), med en samlet stab og et fælles budget.

Som led i processen blev begrebet “Samme dag under samme tag” indført. Det dækker over en målsætning om at samle patienternes hospitalsbesøg, særligt i forbindelse med undersøgelser og udredning, i stedet for langtrukne processer med mange hospitalsbesøg.

“Udgangspunktet er, at alt, hvad der kan foregå på en dag, skal foregå på en dag. Vi har respekt for patienternes tid og sætter ikke organisationen først,” fortæller Knut Borch-Johnsen, der er lægefaglig vicedirektør på hospitalet.

Han uddyber med, at økonomien har været en central udfordring for at få den nye model til at fungere.

“Vi har gjort en del ud af at sige, at optimering i egen kasse ikke er tilladt. Også selvom DRG-systemet f.eks. lægger op til at fordele undersøgelsestider på tre dage for at få tre takster,” siger han.

DRG-taksterne var en barriere, som umuliggjorde rationelle patientforløb. F.eks. giver DRG-taksten for en fysisk konsultation på ambulatoriet cirka 1.500 kroner, mens en telefonkonsultation giver betydeligt mindre, cirka 300 kroner – til trods for at lægen bruger den samme tid på samtalen. Men telefonsamtalen kan være en stor fordel for en patient, der slipper for at skulle transportere sig til sygehuset.

Derfor fik Holbæk Sygehus en aftale med Region Sjælland om, at økonomien blev omlagt, så en større andel var et basisbudget og kun et mindre beløb var aktivitetsbestemt. Forsøget gik godt, og i dag er afdelingen komplet rammenstyret. Sammen med en fælles ledelsesenhed, bestående af både overlæge og sygeplejerske, er det nogle af årsagerne

Medicinsk Fælles Ambulatorium:

De vigtigste tiltag

- Organisering som én enhed med 7 af de 9 medicinske specialer
- Fælles ledelsesenhed for Medicinsk afdeling (ledende overlæge og oversygeplejerske)”
- Organisatorisk ledelsesenhed for MFA (specialeansvarlig overlæge og sygeplejerske)
- ”Samme dag”-undersøgelser af patienten
- Ugentlige tværfaglige konferencer
- Opgaveplacering, der afspejler faglige kompetencer
- Opstart med fælles kurser og fokus på kulturændring
- Rammestyret økonomi

til, at MFA langt hen ad vejen er lykkedes med ambitionen om at være et ambulatorium med respekt for patientens tid i centrum.

Ét samlet ambulatorium

De fleste patienter, som kommer i MFA, er allerede i et behandlingsforløb. De har typisk en eller flere kroniske sygdomme, der allerede er udredt, og som kræver opfølgning. Denne gruppe af patienter har selvstændige konsultationer med både læger og sygeplejersker i MFA.

For at det kan lade sig gøre at samle patienternes tider i ambulatoriet, har Klinisk biokemisk afdeling på Holbæk Sygehus et fremskudt laboratorium på MFA, hvor svartiderne er på under en time. På den måde kan patienterne møde en time før sin konsultation til blodprøver, som så er klar til konsultationen, og efter konsultation kan der tages nye prøver, hvis det skønnes nødvendigt, uden at patienten behøver at vente flere uger på svar.

Fordi “Samme dag under samme tag” også betyder, at patienterne skal opholde sig adskillige timer på sygehuset og ofte har ventetid mellem de forskellige prøvetagninger, samtaler og konsultationer, er der oprettet et spritnyt patientopholdsrum. Det er indrettet med nye, behagelige møbler, som gør det muligt at slappe af eller arbejde i ventetiden. Her er der altid en sygeplejerske til stede, der kan forklare undersøgelser, og som sørger for, at patienterne får lidt at drikke og spise.

Detektivbureauet for diffuse symptomer

For patienter, der skal udredes for sjældnere sygdomme eller mere komplekse sygdomsbilleder, har organiseringen af MFA også gjort det muligt at oprette en enhed, hvor læger i fællesskab får diagnosticeret patienterne, så de inden for kort tid kan starte i den rette behandling.

”Enhed for tværfaglig udredning og behandling” (ETUB) har fire læger tilknyttet. Patientens første konsultation er med den patientansvarlige læge, hvortil der er reserveret halvanden time.

Den lange konsultation er ikke spildt, for den giver mulighed for at komme i dybden med patientens sygdomshistorie med det samme, forklarer overlæge Anne Jung.

”Det er lang tid, og nogen læger får teen i den gale hals, når de hører det, men det er bedre end fem gange en halv time,” siger hun.

De komplekse patienter tages op på en ugentlig tværfaglig konference. Her deltager læger fra otte medicinske specialer, kliniske farmaceuter og hver anden uge også kliniske farmakologer.

”De komplekse patienter er meldt ind på forhånd, så lægerne kan forberede sig. De kan lide det, fordi de bliver fagligt udfordrede” siger overlæge Anne Jung.

Lægesekretæren passer på patientens tid

For at få en udredning med samtaler hos flere forskellige sundhedsfaglige personer og flere typer af prøvetagninger til at løbe af stablen på én dag er det nødvendigt med en effektiv planlægning og koordinering. Her træder lægesekretærene ind på scenen.

Marianne er lægesekretær og sikrer det administrative patientforløb for patienter i ETUB.

”Det, vi laver, er godt, gammeldags lægesekretærarbejde. Vi er hver især tilkoblet de specialer, der bor i MFA, men vi koordinerer på tværs. Vi styrer lægerne og sygeplejerskernes kalendere og ændrer tider, hvis der f.eks. skal være plads til en ekstra patient. Vi sætter også tid af til administration, så der kan følges op,” fortæller hun og fortsætter:

”Vi aftaler en ny tid med det samme, før patienten går hjem. Det sætter patienterne pris på. Vi sætter også tid af til at tjekke op på, om der er kommet svar på prøver, så lægerne ikke skal huske på det.”

Det er helt centralt for succes på Holbæk Sygehus, at lægesekretærene kan jonglere mange bolde og få hver enkelt patient til at passe ind i ”Samme dag under samme tag”-konceptet. Det er derfor vigtigt, at konsultationer og prøvetagninger ligger i den rette rækkefølge i løbet af dagen. Som overlæge Anne Jung siger:

”De sikrer, at patientplanen holder og booker alle de relevante tider. Det har betydet en udvikling i deres rolle.”

For at dagsplanerne kan overholdes, har Klinisk biologisk afdeling kun 60 procent af deres tider booket til planlagte undersøgelser. De sidste 40 procent er reserveret til drop in-undersøgelser. På samme måde har f.eks. røntgen og CT altid ledige pladser, der er reserveret til ETUB's patienter, så endags-ambitionen kan overholdes.

Bedre overgang til kommunen

Men en ting er den udredning og behandling, patienterne får på sygehuset, noget andet er, om det hænger sammen med de tilbud, patienterne får hjemme. Holbæk Sygehus forsøger i samarbejde med berørte kommuner at sikre mere glidende overgange for deres patienter ved, at kommunale visitatorer er til stede på sygehuset. På den måde kan de sikre de rette kommunale sundhedstilbud til patienterne i hjemmet. Odsherred Kommune har f.eks. visitatorer siddende tre dage om ugen på sygehuset, men der er også et tæt samarbejde med andre kommuner.

”Samarbejdet med kommunerne bidrager til at give en væsentlig bedre udskrivelse, hvor man er mere klar på, hvad borgeren har brug for derhjemme. De har fået et kontor, hvor de har adgang til både deres egne systemer og information fra os. De går i gang, inden vi overhovedet taler om udskrivelse,” fortæller overlæge Henrik Ancher Sørensen.

Hos MFA er der ingen tvivl om, at den nye organisering er den rette vej at gå.

”Den essentielle organisatoriske ramme for de helhedsorienterede patientforløb er, at Medicinsk Fælles Ambulatorium er funderet i én stor sammenhængende medicinsk afdeling med én afdelingsledelse. Derved sikres et ledelsesmæssigt fokus på samarbejdet specialerne imellem,” lyder det fra ledelsen i en skriftlig undersøgelse.

De anerkender dog også, at modellen ikke er ”one size fits all”:

”Det har været nødvendigt for os at erkende, at ikke alle patienter har ønsket at gøre brug af vores tilbud om undersøgelsesforløb samlet på en dag. Nogle patienter har fundet det lettere at tilpasse deres dagligdag med flere hyppige og korte fremmøder i ambulatoriet frem for en samlet session af længere varighed. Vores mål for opfyldelse af det gode patientforløb er derfor ikke, at alle patienter skal passe ind i ”Samme dag under samme dag” konceptet, men at alle patienter tilbydes et forløb, der er individuelt tilpasset deres ønsker.” Nogle patienter har fundet det lettere at tilpasse deres dagligdag med flere hyppige og korte fremmøder i ambulatoriet frem for en samlet session af længere varighed. Vores mål for opfyldelse af det gode patientforløb er derfor ikke, at alle patienter skal passe ind i ”Samme dag under samme dag” konceptet, men at alle patienter tilbydes et forløb, der er individuelt tilpasset deres ønsker.”

Af Michael Bech

Patienten bliver kaptajn i sit eget liv

Relationen til den enkelte patient er altafgørende i vellykket, tværfaglig omorganisering af tilbuddet til KOL-syge patienter på Nordsjællands Hospital.



Vi er landet midt i CAPTAIN's kommandocentral. Og hvis man havde forventet en række kontrolpaneler, blinkende skærme og skrattende stemmer fra ind- og udgående kommandoer, så er man gået galt i byen.

For her er helt roligt i det lille, nøgne rum med et bord og to stole. "Kommandøren" er i dag sygeplejerske Charlotte Elving, der styrer livlinen – den åbne telefon – ud til Nordsjællands Hospitals omkring 650 patienter med meget svær KOL. En telefon, som er bemandet fra 8-10, men hvor patienterne herefter kan lægge besked hos sekretærene.

"Jeg har været med fra start – gennem tilblivelsen af CAPTAIN-projektet. Og i min daglige gang på Lunge- og infektionsmedicinsk afdeling har jeg hurtigt lært, at der er stor forskel på de enkelte kroniske patienter. Jeg opfatter mit arbejde som både udfordrende og livsbekræftende, selv om vi som regel følger patienterne, til de dør," siger Charlotte Elving.

Sygeplejersken har oplevet, at hun kan støtte patienterne individuelt, mens hun lærer dem at kende. De kan bruge hende og skrue op og ned på kontakten til hende og de andre tilknyttede sygeplejersker undervejs i deres sygdomsforløb.

"Jeg har selvfølgelig lettere ved at hjælpe dem, når de skriver eller ringer, men jeg har også lært at have tillid til dem, som vælger at klare sig længere tid uden kontakt. Endelig er der nogle, som jeg ved, jeg skal kontakte. Det er meget individuelt, selv om alle lider af samme sygdom. Der er store forskelle på de enkelte patienters behov for støtte, og patienternes behov varierer over tid," siger Charlotte Elving.

ACP-samtalen

ACP står for Advance Care Planning. ACP-samtalen erstatter, sammen med personalets tættere relation til patienterne, de almindelige kontroller. Samtalen tager afsæt i patientens oplevelser, behov og værdier i forhold til livet med kronisk sygdom. Alle patienter med kronisk lungesvigt tilbydes en årlig samtale med mulighed for flere ved negativ ændring i livssituationen.

Mål for ACP samtalen:

- Patienten kender sin sygdom, behandling og prognose for at kunne leve i overensstemmelse med egne værdier
- Pårørende får rum til at fortælle om sygdommens påvirkning på familien
- Fælles forståelse af mulige behandlingsmål og begrænsninger i den individualiserede behandlingsplan

Sådan fungerer CAPTAIN

- Tæt samarbejde mellem patient, læge og sygeplejerske
- De mest syge patienter får en fast CAPTAIN-sygeplejerske
- Minimum én årlig ACP-samtale
- Mulighed for "sub-akut" tid (2 hverdage)
- Åben telefontid hverdage 8-10 og mailkontakt
- Mulighed for hjemmebesøg
- Opkald efter indlæggelse (ringer hjem)
- Opkald til pårørende efter dødsfald

En blanding af gode intentioner og nød

CAPTAIN (Comprehensive And Prospective Treatment And Individual Nursing) retter sig mod behandling af patienter med den kroniske lungesygdom KOL. Kendskab til patienten er altafgørende, og der er fokus på et tværfagligt samarbejde mellem læger, sygeplejersker og lægesekretærer.

Det lyder svært og dyrt. Men sandheden er, at CAPTAIN kom på banen for at gøre det bedre for en gruppe patienter, som er blevet dårligere og dårligere med årene, og samtidig være i stand til at opfylde udefrakommende krav om effektiviseringer.

"CAPTAIN blev sat i gang på baggrund af en blanding af gode intentioner og nød. Udredningsreglerne fra 2013 gjorde det svært for os. Det var svært at opretholde kontroltider samtidig med, at der kom flere og flere nyhenviste patienter. Det gik ikke længere. Vi skulle tænke KOL helt anderledes," siger ledende overlæge på Nordsjællands Hospital, Thyge Lynghøj Nielsen.

Derfor blev CAPTAIN løsningen for Lunge- og infektionsmedicinsk afdeling, der dækker over de tre geografiske områder Frederikssund, Hillerød og Helsingør.

"Omorganiseringen blev gennemført lidt på trods. Men med det fokus, projektet gav os, kunne vi koncentrere os om det væsentlige. Og det blev da også en win-win-win-situation, da situationen endte med at blive forbedret for både patienterne, plejepersonalet og de pårørende. Tankerne lå der allerede, men 1.300 forløb skulle flyttes, så det var en massiv opgave. Og det er ikke kun en effektivisering, for vi har fået ovenud tilfredse patienter, mens sygeplejen nu er forankret," siger Thyge Lynghøj Nielsen.

Flere end 1.000 patienter har været en del af CAPTAIN siden juni 2014. En tredjedel af dem er døde (august 2017), mens der lige nu er 650 KOL-patienter under behandling. Cirka 100 af dem kommer aldrig uden for hjemmet. Hver måned kommer der 20-25 nye patienter i CAPTAIN.

CAPTAIN modtager månedligt mere end 100 telefoniske opkald på den åbne telefon fra patienter. Disse opkald er i stigning, da patienterne bliver mere bekendt med at bruge muligheden. Mere end halvdelen af de opkald kan sygeplejersken selv klare uden at involvere en læge.

Tæt samarbejde mellem kaptajner

Der er omkring 80-100 patienter pr. sygeplejerske, og der er løbende cirka 10 sygeplejersker, som er en del af CAPTAIN sideløbende med andre opgaver i ambulatoriet. I opstarten begyndte sygeplejerskerne ved opkald at spørge ind via stikord og emner, men i dag har de rutinen og kendskabet til patienterne, fortæller projektleder og sygeplejerske Marie Lavesen.

"Vi havde nogle komplekse og varierende behov hos en gruppe kroniske patienter. Og vores ønske var at se menneskene bag sygdommen, så de kunne leve bedst muligt med sygdommen på basis af de tilbud, vi som plejepersonale – og sundhedsvæsen – kunne tilbyde. Vi ville gøre det anderledes!," siger Marie Lavesen.

Den klare målsætning var, at patienterne på trods af den høje symptombyrde ikke bare skulle sendes til palliativ afdeling, som kun i begrænset omfang tager denne type af patienter. I stedet ville projektlederne øge samarbejdet med patienten og de pårørende om støtte til at leve livet med KOL, mens de gik efter at optimere det tværfaglige samarbejde i afdelingen og det generelle tværsektorielle samarbejde.

"Vi har fundet ud af, at vi ser andre ting i patientforløbet, end dem vi har været vant til, når vi kigger med andre øjne. Nu ringer både patienter og hjemmesygeplejen ind til os, og de giver os ny viden samt bedre information om patienten, så vi bedre kan hjælpe og sikre mere sammenhæng i forløbet. Det har betydet øget tryghed for KOL-patienterne – og de oplever nu i langt højere grad end tidligere, at de faktisk får hjælp, når de har behov for det," siger Marie Lavesen.

Sygeplejerskerne i CAPTAIN er blevet tovholdere, og de er ansvarlige for patienten og kontakten til ham eller hende. Samtidig skal de hjælpe med at finde den bedst mulige behandling til patienten.

Tværgående samarbejde skaber ny viden

"Vi skal bygge en bedre relation til patienterne, for vi har dem, til de dør. Fokus skal derfor være på livskvalitet, og vi skal huske at finde andre ressourcer og sociale drivkræfter hos den enkelte. Med CAPTAIN tænker vi i længere forløb, og det handler i høj grad om god sygepleje. Vi skal finde ud af, hvad der optager patienten: spørge mere ind til, hvordan de har det. For det handler mest om, at vi er der og støtter dem," siger Marie Lavesen.

Hjemmesygeplejersker bidrager med ny information og yderligere kontakt til patienterne. Projektet spænder over otte kommuner, og sygeplejerskerne i CAPTAIN er derfor også sat til at undervise i "Hvad er KOL?", så hjemmeplejen kan støtte på den bedst mulige måde. Der er bl.a. fokus på, at meldingen til hospitalet skal være præcis og balanceret, når en KOL-patient har det dårligt.

"Det handler i det hele taget om at tage en masse små skridt ud fra individuelle hensyn – og de kan samlet set løfte hver enkelt patient. Vi afprøvede det, da en sygeplejerske satte sig ud i en KOL-patients hjem og fungerede som støtte, da visitation var på besøg. Her møder generalistniveauet i den grad specialistaniveauet. Vi arbejder med den enkelte patients behov og ønsker – og har fjernet os fra den generelle tilgang," siger Marie Lavesen.

"Livet er blevet interessant igen – og værd at leve"

Netop den blanding af hensyn har KOL-patient og pensionist Benny Urban Pedersen nydt godt, da hans behandling af flere kroniske sygdomme blev lagt i CAPTAIN-rammer.

"Jeg har været indlagt en del gange efterhånden. Men jeg har oplevet klare forbedringer med at komme igennem med mine behov for hjælp på det seneste. Ved forrige indlæggelse gik der for eksempel kun en time, før jeg var stabil og på piller. Der skal meget til, før jeg ringer om hjælp, så det er dejligt, at man nu får fat i en person, der kender til ens sygdom. Det er som at få et fast håndtag at tage fat i. Jeg behøver ikke længere fortælle min livshistorie, hver gang jeg kontakter sundhedsvæsenet," siger Benny Urban Pedersen.

Han har været syg i 10-12 år, og sygdommen udvikler sig hele tiden. Da han første gang blev indlagt efter at have haft det rigtig skidt, vidste han ikke, hvad der var galt.

"Jeg fik ved min første indlæggelse at vide, at jeg bare skulle spørge personalet om råd. Men jeg vidste jo ikke, at jeg var syg, så hvad skulle jeg spørge om. Nu har jeg fået spurgt rigeligt ind til min sygdom, og jeg kan selv mærke, når noget er galt," siger Benny Urban Pedersen.

Han giver udtryk for, at det har givet ro og overblik, når han nu ikke længere skal køre den lange vej så mange gange til kontroller og undersøgelser. Med CAPTAIN handler det mere om ham selv og hurtig hjælp, når der er behov for det. Benny Urban Pedersen kan f.eks. også sende spytprøver ind og få svar på dem et par dage efter. Og han mener, systemet er blevet hurtigere til at ændre forløbet og tilpasse medicinen til ham.

"KOL er ud over den fysiske nedtur også meget belastende rent psykisk. Jeg kan blive utryk ved meget små ting, og min angst er blevet værre. Jeg er simpelthen lidt mere bange nu, når jeg ikke kan trække vejret, end jeg var i begyndelsen af sygdommen. Men jeg prøver at glæde mig over, at jeg har det fantastisk i varmt vejr," forklarer Benny Urban Pedersen.

Han forsøger at tackle frygten ved at tale med sin kone om sygdommen. Men han møder nu også mange andre med den samme sygdom. Og de udveksler erfaringer. For eksempel har den "erfarne" KOL-patient fortalt andre patienter om sin træning, hvilket har motiveret flere af dem til at træne.

"Min livskvalitet er da blevet ringere, efterhånden som sygdommen er blevet værre. Men jeg lærer at leve med den. På den måde er livet blevet interessant igen – og værd at leve. Jeg kender min sygdom og har fået ro med en fast tovholder. Man kan sige, at jeg er blevet ekspert i min sygdom. Nu taler systemerne også meget bedre sammen end før CAPTAIN. Så det er mere trygt for mig, selv når jeg har det skidt og bliver angst. Det afgørende er, at jeg er blevet kendt i 'huset'," siger Benny Urban Pedersen.

"Det gav nogle barske erkendelser undervejs"

Netop det øgede fokus på det relationelle forløb har givet markant større tilfredshed hos patienterne. Men det har også været en hård proces med store ændringer i afdelingen, at det faglige snit skulle omformuleres.

"Vi er kun en lille gruppe læger i CAPTAIN. Og vi fandt hurtigt ud af, at det relationelle forløb kommer meget tæt på. Vi har derfor prioriteret at have ekstern supervision af en psykolog og en speciallæge for at håndtere de udfordringer, der kan komme i forløbet. Det er en hård proces, hvor der kræves et tæt samarbejde mellem faggrupper og meget stærkere følelsesmæssig kontakt til patienter, end mange har været vant til," fortæller ledende overlæge Thyge Lynghøj Nielsen.

Det er en vigtig erkendelse, at ikke alle læger eller sygeplejersker ønsker at arbejde i så tætte faglige relationer. Ledelsen tog derfor fra starten af en snak med hver medarbejder om, hvorvidt de havde lyst til at arbejde på denne måde. Dog ud fra den betragtning, at der ikke er noget, der er vigtigere eller bedre end andet.

"Vi skulle væk fra at tale 'end-of-life' og i stedet tale 'rest-of-life', og det gav nogle barske erkendelser undervejs. Og vi skulle væk fra den instrumentale, kliniske konsultation og frem til at tro på, at der er mere kvalitet i – og bedre resultater ved – at inddrage patienten. Vi er på vej mod en ny erkendelse. Men vi skal først finde ud af, hvem der kan, og hvem der vil være med. Det kræver et højt refleksionsniveau og kompetenceopbygning i tværgående samarbejde i CAPTAIN," siger Thyge Lynghøj Nielsen.

Kvalitet kan ikke gøres op i DRG-takster

CAPTAIN har været nødt til at etablere friske samarbejdsrelationer, gå til nye arbejdsopgaver, bruge andre arbejds-gange og finde de rette administrative systemer. Det har udfordret både læger og sygeplejersker, mens en stor del af det administrative og koordinerende arbejde er blevet udført af dygtige lægesekretærer.

"De gode resultater kræver noget, der ikke kan gøres op i DRG-takster. Og vi må erkende, at den indledende proces koster, når vi vil øge kvaliteten og danne nye tværgående samarbejder. Læren har været, at man skal turde være i uvished for at gennemføre projektet. Og så har det været altafgørende, at de rette menneskelige ressourcer bliver brugt de rette steder – til patientens bedste," siger projektleder og sygeplejerske Marie Lavesen.

Organiseringen er i det nuværende takstsystem præget af, at en klassisk lunge- og infektionsmedicinsk afdeling på et hospital udfordres af hoteldrifts-filosofien: Er der ingen gæster, så er der ingen penge.

"Færre faste undersøgelser og kontroller betyder med andre ord færre midler, selv om vi med CAPTAIN har bevist, at patienterne er gladere, når de selv kan vælge at henvende sig ved problemer. Og de vil hellere være hjemme end i kø til en undersøgelse, der ikke giver mening for dem," siger Thyge Lynghøj Nielsen.

I CAPTAIN tror man på, at patientens behov skal styre kontakten til sundhedsvæsenet. Men overlægen erkender, at det er en kultur, der skal komme langsomt ind. For systemet er lige nu ikke sat op til, at faste planlagte undersøgelser erstattes af behandling, når patienten selv har brug for det.

"Det har været en proces, hvor vi virkelig har høstet helt nye erfaringer. Og vi er et helt andet sted nu. Vi har bevæget os organisatorisk og følelsesmæssigt. Fokus er således ikke længere kun på medicin og lungetal, men også på patienternes angst og bekymringer. Det bliver nu italesat til gavn for patienten," siger Thyge Lynghøj Nielsen.

Af Michael Bech

Når man først kommer ind i patienthjulet, så bliver man der

På Nyremedicinsk afdeling i Aarhus er læger og sygeplejersker fanget mellem hensynet til økonomiske regneark og ønsket om at give de kronisk syge et værdigt liv i et svært sygdomsforløb. Det har ført til øget inddragelse af patienten i fælles beslutninger om behandling.



4.500. Så mange patienter har Nyremedicinsk afdeling på Aarhus Universitetshospital at tage sig af.

Og for en stor del af patienterne er det vel at mærke kronisk syge borgere med nyrelidelser, som betyder, at patienterne skal behandles i afdelingen resten af livet.

For når man først er ramt af en kronisk nyresygdom, så har man behov for en tæt kontakt til sundhedsvæsenet resten af livet. Det lægger et ekstra ansvar på skuldrene af de læger og sygeplejersker, der er specialister i nyresygdomme ved universitetshospitalet i Aarhus.

”Patienten kommer her 150 gange om året, hvis han eller hun er i dialyse på hospitalet. Derfor skal vi være totalt orienteret mod patientens behov. Vi skal gøre det, som giver mening for patienten,” siger ledende overlæge på nyremedicinsk afdeling, Stinne Kvist.

Hun betoner, at afdelingen altid på forhånd skal have respekt for patientens tid. Og da mange af patienterne er multisyge, vil det for eksempel betyde ekstra hensyn til at lægge patientens aftaler med flere forskellige fagpersoner på samme dag.

Afdelingen i Aarhus har en tæt relation til patienterne gennem hele deres sygdomsforløb. Netop af den grund er det også vigtigt for de ansatte på nyremedicinsk, at der er en sammenhæng mellem patienternes ”sygdomsliv” og deres levede liv.

Patienten skal selv vælge

”For to år siden kiggede vi vores patientforløb igennem. Det viste os, at vi var gode til at informere om muligheder, men ikke til at hjælpe patienten med at træffe valg. Så vi vendte det lidt på hovedet for bedre at kunne tilgodese patienten. Det er stadig sådan, at lægen tager en del af beslutningerne, men vi benytter nu et ’beslutningsstøtte-værktøj’, der hjælper patienten med at træffe det valg, som passer bedst ind i hans eller hendes liv. Beslutningen træffes efter tre individuelle samtaler med en sygeplejerske,” fortæller oversygeplejerske Anni Sørensen.

En stor del af nyrepatienterne – omkring 1.000 – er nemlig på nuværende tidspunkt så svækkede af deres kroniske sygdom, at sundhedspersonalet skal bruge ekstra mange kræfter på dem.

”Vi taler om et ’patienthjul’, hvor vi har kontakt med 1.000 patienter, som har behov for en tæt kontakt til sundhedsvæsenet resten af livet. De fleste af de andre kroniske patienter kommer også på et tidspunkt ind i dette patienthjul. Kronikerne i patienthjulet har så lidt nyrefunktion, at de enten står over for en nyretransplantation, skal have dialyse eller overgå til palliativ behandling,” siger Stinne Kvist.

Fælles beslutningstagen

Afdelingen giver patienterne et bedre grundlag for deres valg af behandling gennem tre patient-samtaler:

- Første samtale med fokus på patientens situation
- Anden samtale med fokus på hvilket valg af behandling, der er bedst for patienten
- Tredje samtale med fokus på det endelige valg, som patienten skal tage på oplyst grundlag

Det er sygeplejerskerne, som sørger for kontakt, planlægning og transport samt fungerer som tovholdere på projektet med at inddrage patienterne yderligere i valg af behandling og eventuel dialyse i hjemmet.

Patienterne henvender sig i forvejen i høj grad om alt muligt af både praktisk karakter og vedrørende sygdommen. Her er det også sygeplejerskerne på nyremedicinsk, som er blevet de vigtige koordinatore mellem sygehus, behandling og patient.

De 1.000 patienter i patienthjulet er karakteriseret ved, at forværringen i deres nyresygdom typisk rammer dem hårdt fysisk med stor træthed, mens en udbredt del af gruppen også lider af andre kroniske lidelser.

Derudover oplever patienterne rent psykisk et markant tab af kontrol og indgreb i den fri vilje. Rent socialt gør besøg på et hospital tre gange om ugen det tillige svært at passe skole, uddannelse eller arbejde. Økonomien bliver også et problem for især yngre patienter. Og familien bliver belastet af at skulle vise hensyn og give ekstra plads til den syge.

”Vi fortæller folk, at det svarer til et halvtidsjob at være i dialyse. Isoleret set er dialyse nemt at planlægge, men patienten skal konstant være involveret. Vi vægter det højt, at der skabes ro på flest mulige planer for patienten, for det personlige overskud – eller underskud – fylder rigtig meget i sygdommen,” siger afdelingssygeplejerske Hanne Hermansen.

Mere fritid og bedre kontrol med livet

Det er en lettelse for rigtig mange dialysepatienter, at de kan få dialysemaskinen med hjem og selv klare behandlingen med hjælp eller støtte fra en hjemmesygeplejerske.

Lars valgte hensynet til familien

40-årige Lars er i arbejde, gift og har to børn. Han har været fulgt af ambulatoriet i 10 år.

Det var ventet, at Lars ville vælge posedialyse hjemme, men han ønskede ikke, at hjemmet skulle ligne et hospital, eller at hans børn skulle opleve en syg far. Så han valgte at få hæmodialyse på Aarhus Universitetshospital tidligt om morgenen.

Senere bliver Lars' nyre transplanteret. Og da han noget tid efter skal i dialyse, er børnene blevet store og flyttet hjemmefra. Så Lars vælger hjemmedialyse, som hustruen også oplæres i.

Cirka 300 af patienterne på Aarhus Universitetshospital er så svækkede, at de er i dialyse – heraf er omkring en tredjedel nu kommet i hjemmebehandling.

”Når en borger skal i dialyse, så medfører det en række begrænsninger i hans eller hendes liv. Derfor har hjemmedialyse været en god løsning for mange, der på den måde kan bevare deres normale liv til en vis grad, mens de er i behandling. På den måde får de mere fritid og bedre kontrol over deres liv ved siden af sygdommen. Vi skal som rådgivere kun tænke i, at patienten skal foretage det rette valg for ham eller hende. Ikke i, om det er økonomisk fordelagtigt for os. Det må og skal handle om patientens livskvalitet,” siger Hanne Hermansen.

Samtidig er hjemmebehandling fortsat forbundet med en del undervisning, patientkontakt og kontrol for nyremedicinsk afdeling.

”Hjemmebehandling med posedialyse er for os et tæt samarbejde med den primære sundhedssektor. Når først udstyret er installeret i patientens hjem, kan de fleste med

hjælp fra hjemmesygeplejersken selv sætte dialysen i gang på de tidspunkter, der passer bedst. Vi tager med ud og installerer, vi lærer patienten op, instruerer hjemmesygeplejersken og følger derefter forløbet. Derefter kan patienten ringe til os for at blive guidet, men der er stadig ambulante kontroller hver 6. uge, og vi kan også i nogle tilfælde overvåge udstyret i hjemmet via en pc på hospitalet,” fortæller oversygeplejerske Anni Sørensen.

”Styret af regneark”

Personalet på nyremedicinsk afdeling vil af hensyn til patientens livskvalitet og frihed helst anbefale hjemmedialyse i de tilfælde, hvor det er muligt. Men paradoksalt nok går netop den øgede popularitet for hjemmebehandlingen ud over personalet og arbejdsmiljøet på den travle afdeling.

”Vi vil gerne gennemføre det helhedsorienterede patientforløb, som giver den største kvalitet og bedste behandling for borgeren. Men økonomien er et problem. Basalt set er det sådan, at hver gang vi sender en patient hjem til dialysebehandling, så har jeg færre penge til drift,” siger Stinne Kvist.

Den ledende overlæge skal derfor i princippet afskedige sygeplejersker på grund af hjemmebehandling. Der er således lavet et skrivebordsregnestykke, som viser, at der kan spares penge. Men regnestykket tager ikke hensyn til personaleforbrug til for eksempel hyppige telefonkontakter med patient, pårørende, hjemmepleje og dialyseteknikere.

”Økonomi på hospitaler er i dag styret af regneark. Men når patientens behov ikke længere kommer i centrum, så har vi mistet vores berettigelse – vi er til for borgernes skyld. Vi skal ubetinget prioritere tid og omsorg i forhold til patienten, for vores behandling er meget livsindgribende,” siger Stinne Kvist.

Af Diana Mammen

Når én er bedre end mange

Det plejer at hedde 'jo flere, jo bedre', men ikke når det kommer til antallet af planer og involverede parter i psykiatriske patienters forløb. Hos Klinik Psykiatri Syd på Aalborg Universitetshospital samarbejder man med Aalborg Kommune, og her er én plan bedre end mange.



Behandlingsplaner, job- eller uddannelsesplaner, genoptræningsplaner, rehabiliteringsforløb, dømsbehandling og misbrugsbehandlingsplaner. Isoleret set giver de mange planer mening. Men for psykiatriske patienter bliver det alt for meget at forholde sig til på én gang. Derfor besluttede man hos Klinik Psykiatri Syd på Aalborg Universitetshospital at samle alle indsatserne for borgeren i én plan. Borgere ns plan.

I et pilotprojekt har man sat sig for at udvikle samarbejdet mellem psykiatrien og kommunen for at sikre sammenhæng på tværs af sektorerne. For selvom de mange planer er lavet i den bedste tro, så ender de ofte med at være uoverskuelige for borgeren samtidig med, at de ikke understøtter hinanden.

”Før knoklede man løs på hver sin plan, og det endte nogle gange med, at man lavede benspænd for hinanden på tværs af faggrupper,” fortæller Tine Blach, som er ledende socialrådgiver i Psykiatrien i Region Nordjylland. Pilotprojektet har fokus på, at der skal være klarhed for borgeren, så det har hjulpet alle involverede parter, at man i fællesskab ligger én plan. Det er lige fra socialpædagogen fra bostedet, sygeplejersken fra psykiatrien og til rådgiveren fra jobcenteret.

På den måde undgår man også, at de mange planer skaber forvirring og får negative konsekvenser for borgeren. For inden pilotprojektet gik i gang, kunne jobcentret risikere at kontakte borgeren efter udskrivelse, selvom det borgeren i virkeligheden havde brug for, var et rehabiliteringsforløb. Det kunne i værste tilfælde føre til, at borgeren igen blev indlagt, da forløbet blev for overvældende og uoverskueligt.

Hver enkel faggruppe planlagde førhen særskilte møder med borgeren, men nu får man i stedet lagt én plan i fællesskab. Det resulterer både i, at der er færre møder for faggrupperne og ikke mindst for borgeren, men også at møderne giver mere mening, da styrken i samarbejdet er, at man har en fælles forståelse for, hvad der skal til for at hjælpe borgeren.

12 til bords

Pilotprojektet startede tilbage i oktober 2016, og ud af en gruppe på 45 borgere med særligt komplekse forløb, blev 15 udvalgt til at deltage i projektet. Det er en tung patientgruppe, som alle, udover at have en psykiatrisk diagnose, typisk har tilknytningsvanskeligheder og misbrug. Det betyder, at projektet også har budt på udfordringer. Bl.a. fordi borgernes forløb rækker ind over flere fagområder, hvor dataudveksling kan være svært. I en ideel verden havde man fælles viden på tværs af sektorerne – ikke for at udspionere borgeren, men for at understøtte borgeren. Men data fra psykiatrien må ikke indhentes af kommunen og omvendt. Derfor kalder projektet på, at der skal være god dialog mellem alle parter, og det har ført positive virkninger med sig.

”Der er hyppigere kontakt mellem de involverede parter i forløbene for de 15 borgere, og der samarbejdes mere helhedsorienteret,” forklarer Carsten Møller Beck, som er klinikchef for Klinik Psykiatri Syd. Han fortæller, at samarbejdet på tværs af sektorerne hidtil havde båret præg af, at hospitalet havde planer for behandlingen, og kommunen havde planer for de sociale indsatser, men at der sjældent var gensidigt kendskab til planerne.

Derfor forsøger man i pilotprojektet at styrke samarbejdet, så der er en fælles forståelse og indsats for borgeren. Det indebærer bl.a. at man samarbejder om, hvilke indsatser der skal iværksættes, og hvilke der skal vente. Det betyder, at planerne kommer til at spille sammen i stedet for at modarbejde hinanden. Førhen kunne der være helt op til otte forskellige planer i gang samtidigt. Dermed fulgte også otte forskellige kontaktpersoner, og det førte ikke gode virkninger med sig.

”Nogle gange sad vi 12 mennesker rundt om bordet, når der var møde med borgeren. Borgeren følte sig udstillet, og havde ikke lyst til at deltage,” fortæller Tine Blach.

Så ikke nok med at have én plan, som er borgerens helt egen, så er et led i pilotprojektet også, at vedkommende får sit eget team. Borgerens team. Her samles de relevante fagpersoner, og det er helt okay, at man rækker ind over hinanden. Fagpersonen fra bostedet kan nemlig have en viden, som gavner lægen og sygeplejersken og omvendt.

I sidste ende skaber det værdi for borgeren, at vedkommende har et team, som kender dem. Det medvirker til, at konflikter opdages tidligere, og man kan dermed undgå unødvendige indlæggelser.

Sammensætning af Borgerens Team

Hver borger får tilknyttet sit eget team. Det bliver sammensat tidligst muligt, så det passer til den enkelte borgers behov. På den måde sikrer man, at hvert møde i teamet giver mening, og at kun de relevante fagpersoner tager stilling til, hvad der skal til for at hjælpe borgeren bedst muligt. Et team kan f.eks. bestå af følgende fagpersoner:

- Kontaktansvarlig sygeplejerske eller socialrådgiver
- Læge
- Person fra bosted eller botilbud
- Person fra jobcentret

Skræddersyet til hver enkelt

Borgeren har også en fast kontaktperson tilknyttet. Det kan enten være en sygeplejerske eller socialrådgiver, som taler med borgeren inden et møde, hvor de personer, som er involveret i forløbet, deltager. Det hjælper til, at borgeren ved, hvad der skal foregå på mødet, og ikke bliver overvældet af informationer.

Borgeren bliver heller ikke længere overvældet af antallet af personer, da man efter at have indført borgerens team, kun sidder til bords med det antal, der giver mening for den enkeltes forløb. Borgerens team vil typisk bestå af en kontaktsansvarlig sygeplejerske eller socialrådgiver, en læge, en person fra bostedet/botilbuddet og jobcentret, men teamet bliver sammensat efter det behov, den enkelte har.

”Vi spørger os selv, hvordan vi skaber stabilitet i borgerens liv, og så samler vi de relevante fagpersoner, som så bliver tilknyttet forløbet,” forklarer Tine Blach om teamets funktion. Man gør sig dermed bevidst om, hvem der skal sidde rundt om bordet for at kunne hjælpe borgeren bedst muligt. Efter hvert møde bliver de forskellige indsatser samlet i borgerens plan, så der er fokus på, hvad der nu skal ske, og hvem der gør hvad.

Planen er aldrig længere end to sider, så den er overskuelig, og den bliver revideret hver gang, teamet ses. For at planen kan overholdes i samarbejde med teamet og borgeren, og for at forløbet kommer til at fungere, er den gode relation til borgeren vigtig. Derfor er det et plus, at borgeren er tilknyttet en kontaktperson, som der skabes en relation og tillid til.

Brobygning

Det har ikke været helt gnidningsfrit at få stablet både borgerens plan og team på benene. Men ved hjælp af brobygning er det lykkedes. Det har krævet, at ledelsen giver rum til, at der bliver lyttet til flere, og at der bliver sat ind med andre aktiviteter end normalt. Carsten Møller Beck fortæller, at det har givet udfordringer bl.a. at finde tidspunkter, hvor hele teamet har kunnet mødes.

”Der har dog været udvist velvilje, og det er også lykkedes, men ikke ligeså hurtigt som først forudsat,” siger han og påpeger, at det også fortsat kan blive mere tydeligt, hvem der skal kontakte hvem i begge sektorer.

Det skyldes, at de forskellige faggrupper ikke kendte hinandens arbejdsområder på tværs. Så pilotprojektet startede med, at alle mødte hinanden for at styrke det samarbejde, der skulle til for at få stablet borgerens team og plan på benene. De involverede parter i pilotprojektet fortæller, at det har været et kæmpe plus at få kendskab til hinandens arbejdsopgaver. F.eks. har sygeplejersken været på besøg på bostedet for at få forståelse for deres arbejdsområde.

Brobygning mellem kommunen og psykiatrien var udgangspunktet for pilotprojektet. Det var også det punkt, hvor man efter at have lært af og overkommet udfordringerne især kan se de positive effekter af projektet. De koordinerende indsatser på tværs af sektorerne er omfattende men nødvendige for at få samarbejdet op og køre. Men det går den rigtige vej. For det har hjulpet faggrupperne at mødes og give viden og information videre til hinanden. Det hjælper til, at f.eks. botilbuddet ved, hvordan de kan understøtte borgerens videre behandling efter at have talt med enten sygeplejersken eller lægen.

Kontakten mellem de forskellige faggrupper bliver fastholdt gennem hele borgerens forløb.

Det skal bredes ud

Til trods for de udfordringer som har vist sig i pilotprojektet, så er erfaringerne imidlertid overvejende positive, og de er et godt grundlag for fortsat udvikling af samarbejdet og dermed opnåelse af konkrete målbare forbedringer for borgerne i pilotprojektet. Sådan sætter Carsten Møller Beck ord på, hvordan det er gået med projektet. Og han ser gerne, at det bredes ud til de borgere, der ville have brug for det.

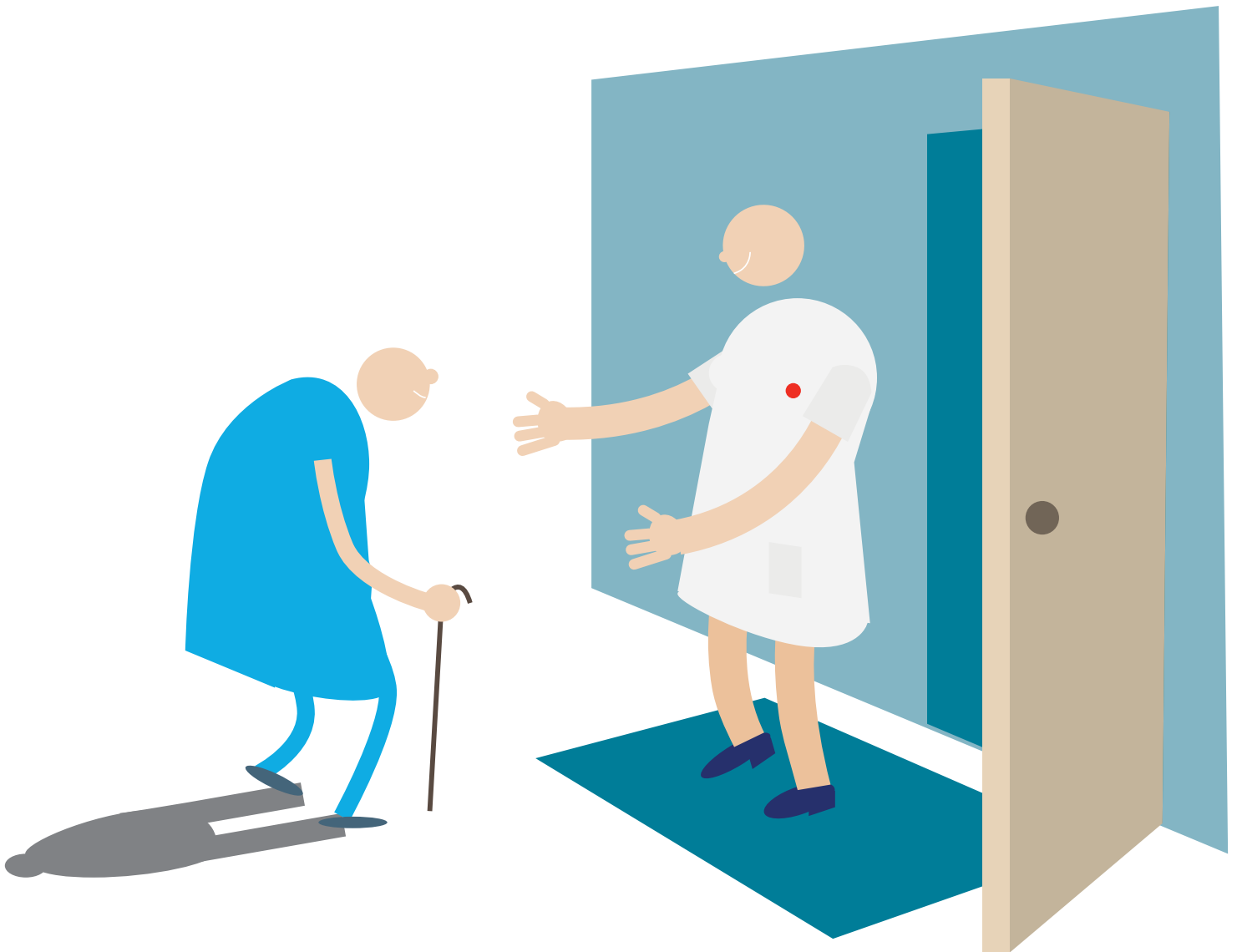
For selvom det har været tidskrævende, bl.a. at få samarbejdet til at fungere på tværs af psykiatrien og kommunen, så har det vist sig at være det hele værd. Det har nemlig været godt for borgerne, da man på tværs af faggrupper har haft en fælles og grundlæggende nysgerrighed og lyst til at lære, hvem borgeren er, og hvad der vil hjælpe den enkelte. F.eks. hvis en borger er glad for natur, så bruges den viden aktivt i borgerens behandling på tværs af sektorerne. Det kan bl.a. være ved at lade borgeren hjælpe til i bostedets have, eller sikre at borgeren får frisk luft, mens vedkommende er indlagt på sygehuset. Ved at gribe en bestemt del af borgerens personlighed eller historie, kan man sammen i borgerens team og via borgerens plan bruge den viden i behandlingen, så den hverken går tabt under indlæggelse eller i kommunalt regi.

Så i samarbejdet mellem Klinik Psykiatri Syd og Aalborg Kommune går man ind for, at én er bedre end mange. Én plan og ét team har vist sig at virke, og de individuelle løsninger til hver enkelt borger arbejdes der videre på i Aalborg.

Af Michael Bech

Mødet i døren giver de ældre et overblik

Patientpyramide, effektiv langsomhed og en forløbsplan har skabt øget patientsikkerhed og større tværfaglig kvalitet på Geriatrisk afdeling i Svendborg.



På Geriatrik Afdeling, OUH Svendborg Sygehus blev det for nogle år siden synligt for personale og ledelse, at man stod i en bekymrende situation.

For afdelingen stod over for en nær fremtid med et stærkt stigende antal behandlingskrævende ældre, mens der ikke var udsigt til at få mere personale.

Samtidig viste det sig i afdelingens undersøgelser af patientoplevelsen, at de indlagte ældre patienter ikke oplevede et sammenhængende forløb, hvor de blev inddraget, eller havde et overblik over deres egen behandling. Tværtimod blev patienterne mødt af de samme spørgsmål fra mange forskellige sundhedspersoner lige fra deres indlæggelse til udskrivelse.

”Mange patienter var enten konfuse eller påvirket af deres demenssygdom, når de kom til os. Og på grund af den manglende geriatrike vurdering, når de ældre patienter ankom, blev screeningerne udført sent og kontakten til kommuner og de pårørende blev forsinket. Med andre ord var der i vores tidligere måde at modtage patienter på for mange ting, der gik tabt fra begyndelsen – og det havde indflydelse på patienternes indlæggelsesforløb,” siger sygeplejerske Lenette Beer Hummelgaard fra Geriatrik Afdeling, OUH Svendborg Sygehus.

Patientpyramiden satte patienten først

For at skabe gode sammenhængende patientforløb, var fagpersonerne i stigende grad nødt til at genvinde overblikket. Der skulle ske en nyudvikling til gavn for både patienter og personale. Målet var at understøtte mere effektive patientforløb, kortere hospitalsophold og bedre omsorg for kronisk syge og ældre medicinske patienter: Patienten skulle i centrum, mens personalet fik overblikket tilbage.

”Vi ønskede at forbedre patientens oplevelse på Geriatrik afdeling og på vejen gennem organisationen. Og så var det vigtigt for os som plejepersonale at sætte tidligere ind med den geriatrike faglighed,” siger Lenette Beer Hummelgaard.

Gennembruddet blev udviklingen af ”Geriatri i døren” i 2016. Nu er der placeret en geriatrik sygeplejerske allerede i ”døren” til akutmodtagelsen, så de ældre patienter mødes af den rette faglighed fra begyndelsen af.

Sådan fungerer Geriatri i døren

Når en ældre borger kommer ind i den fælles akutmodtagelse på Svendborg sygehus, mødes vedkommende af et tværfagligt team. Teamet foretager en samlet vurdering af patienten og vurderer hvilket forløb, der er relevant:

- Patienten kan komme hjem igen med det samme eller inden for de næste 48 timer. I sidstnævnte tilfælde kommer patienten til modtagerafsnittets sengeafdeling.
- Patienten skal indlægges i sengeafdelingen. Her går den geriatrike sygeplejerske med patienten op i afdelingen og giver en grundig overdragelse til personalet i sengeafdelingen.
- Patienten kan gå ambulantly i geriatrik klinik.

I tråd med udviklingen af ”Geriatri i døren”, lancerede direktionen på OUH en ”patientpyramide”, som beskriver den fælles, bærende tilgang til alt, hvad personalet gør på hospitalet. Patientpyramiden er en ledestjerne for medarbejdere og ledere og et løfte til patienterne. Den består af hovedelementerne ”Patienten først”, ”Højeste faglighed” og ”Helhed og ansvar”. Det indebærer, at personalet lærer den enkelte patient bedre at kende, hvilket betyder ændrede arbejdsgange for sundhedspersonalet, så de flugter med patientens behov.

”Patientpyramiden hjælper os til at sætte patienten først. Og den guider os til at sætte ind med højere faglighed, hvor det er relevant. Det har været godt og trygt for patienterne, at de ikke skal svare på de samme spørgsmål flere gange,” siger Lenette Beer Hummelgaard.

De geriatrike patienter er i langt de fleste tilfælde kendetegnet ved et meget komplekst sygdomsbillede. Ældre patienter er sårbare og skrøbelige, da aldersforandringer kommer snigende og dermed øger risikoen for sygdom. De ældre har ofte flere samtidige kroniske sygdomme, akut sygdom som infektioner, påvirkning af funktionsevnen og i mange tilfælde kognitive svækkelser.

Det er dermed vanskeligt at forme ensartede patientforløb, da de geriatrike patienters behov er forskellige.

”Der findes ingen pakked løsninger, for hver patient har behov for forskellige ting. Derfor skal vi lære patienterne at kende og få input til, hvad behovet er. Det kan selvfølgelig være en udfordring, når vi skal i dialog med demente ældre. Men vi ved, hvordan vi skal snakke med dem og aflæse dem nonverbalt for at se, hvad de ønsker – mens de pårørende kan fortælle os livshistorien samt mere om patientens sind og vaner,” siger Lenette Beer Hummelgaard.

Helhedsorienterede patientforløb på Geriatrisk Afdeling: De vigtigste tiltag

- Tværfagligt, geriatrisk team i akutmodtagelsen bestående af læge, ergoterapeut, fysioterapeut, akutsygeplejerske og geriatrisk sygeplejerske, som ved indlæggelse foretager en samlet vurdering af patienten
- Forløbssamtaler med patient og pårørende, hvor udgangspunktet er, hvad der er vigtigst for patienten
- Fælles patientjournal
- Udskrivningssamtaler og et letforståeligt udskrivningsbrev, som patienten får med hjem, og som sendes til hjemmesygeplejen
- Den geriatriske sygeplejerske koordinerer udskrivningsplan med hjemmesygeplejersken eller plejecenteret, samt geriatrisk klinik, hvis patienten skal følges til kontrol

Tværfaglig vurdering af patienten

Ved modtagelsen af en akut geriatrisk patient bliver der nu fra begyndelsen af læge, akutsygeplejerske, geriatrisk sygeplejerske, ergoterapeut og fysioterapeut i et tværfagligt samarbejde foretaget en vurdering og undersøgelse af patienten. Det blev tidligere foretaget i fire separate faglige besøg.

"Den samlede undersøgelse giver mening. For det er det samme, vi skal vide, men med hver vores faglighed. På den måde får vi tidligere bestilt hjælpemidler og hurtigere mobiliseret de ældre patienter, så de kan komme op fra sengen. Det giver hurtigere genoptræning og forebygger funktionstab under indlæggelsen. Samtidig har vi fået et bedre samarbejde med kommunerne, så udskrivelse kan blive planlagt tidligt i forløbet," siger Lenette Beer Hummelgaard, som har været sygeplejerske på geriatrisk afdeling både før og efter 'Geriatrici i døren'.

Blodprøver og indledende undersøgelser foretages med det samme, og den tværfaglige vurdering ligger til grund for behandling, pleje og genoptræning. Patientens egen vurdering forsøges indhentet fra begyndelsen, så den ældres behov er i fokus allerede i modtagelsen.

Det lille team tager stilling til, om patienten skal hjem med det samme eller inden for de næste 48 timer. Og hvis patienten indlægges i sengeafdelingen, følger den samme geriatriske sygeplejerske den ældre til afdelingen, hvor der foregår en grundig overdragelse.

"Det kan da virke voldsomt, når en ældre, konfus person mødes af tre-fire personer ved modtagelse, men vi tager os tid, og det virker. Vi oplever, at vi forebygger forværringer ved at være så tæt som muligt på patienten og gøre meget for at lære den enkelte at kende. De ældre og de demente skal enkeltvis se den samme kendte sygeplejerske i de fleste tilfælde, så de ikke skal forholde sig til alt for mange ukendte personer," siger Lenette Beer Hummelgaard.

"Geriatrici i døren" har medvirket til, at de geriatriske sygeplejersker fik en udvidet rolle som koordinatore, så patienterne kunne blive ledt gennem et mere trygt og gnidningsfrit forløb.

"Den største del af vores patienter har vanskeligt ved at opfatte forskellen på indlæggelse, undersøgelse og et kort ophold på Geriatrisk afdeling. Så vi har altid haft fokus på at orientere de pårørende om forløbet. Men der er klart større tryk hos de enkelte patienter nu, hvor man kan sætte sig ved patienten samt de pårørende og forklare, hvad der skal ske, mens patienten kun skal forholde sig til en enkelt person med et samlet overblik, frem for mange behandlingspersoner der kommer på forskellige tidspunkter. Nu genkender de os, og vi kender dem bedre," siger Lenette Beer Hummelgaard.

'Effektiv langsomhed' giver besparelser

"Geriatrici i døren" blev sat i søen i 2016 og var fuldt implementeret i 2017. Og de første undersøgelser af effekten viser, at plejepersonalet i Geriatrisk afdeling har fået et større overblik over patienten allerede ved modtagelsen. Alle data om patienten er indsamlet af "Geriatrici i døren", der er færre spørgsmål fra både patienter og pårørende om, hvad der videre skal ske, pårørende er mere tilfredse med modtagelsen, og patientforløbet er blevet mærkbart forbedret.

"For at få en idé om, hvad ændringerne i tilgangen har betydet for sygeplejerskerne, har vi spurgt personale på Geriatrisk afdeling fra før og efter "Geriatrici i døren". Og de giver udtryk for, at der nu er bedre overblik og ikke så mange gentagelser, mens der er mere ro omkring patienterne og klare forbedringer i vurderinger og screeninger," siger Lenette Beer Hummelgaard.

Den bedre behandling og et nyt princip om "effektiv langsomhed" over for de ældre har også givet et mere overskueligt forløb for den enkelte patient, samtidig med at der er besparelser at hente for sundhedsvæsenet, som undgår unødige indlæggelser, når patienterne udredes og behandles i ambulatoriet eller i eget hjem.

"Vi har ikke haft den nye arbejdsgang i så lang tid, og vi skal have flere målinger af patienternes oplevelse. Men alt i alt giver det mening, og det fungerer for os, patienterne og de pårørende. Princippet om 'effektiv langsomhed' gør, at vi ikke optræder forhastet over for den enkelte patient, imens vi har en god plan, der betyder kortere ventetider og forsinkelser," siger Lenette Beer Hummelgaard.

Tværfagligt har det også været en succes at samle de forskellige faggrupper om at sætte patientens behov først. Udfordringen kan være hvilken faggruppe, der skal have mest tid, når måske både sygeplejersken, fysioterapeuten, ergoterapeuten og lægen møder patienten på samme tid.

"Men det har fungeret godt, og vi finder i fællesskab den rytme, som virker bedst og er mest relevant for patienten. Sygeplejersker er primært de koordinerende, og vi kan vælge hvem og hvornår, der skal evalueres. Så vi tager måske nok styringen på det område, mens de andre får mere plads under de tværfaglige møder med patienten," siger Lenette Beer Hummelgaard.

Andre tiltag i forhold til "Geriatrici i døren" har bl.a. været evalueringssmøder, hvor plejepersonalet kan effektivisere arbejdsgangene. Det har bl.a. medført ændrede mødetider, så flest mulige fagpersoner er til stede midt på dagen til eventuelle vurderinger. Og så er fælles dataindsamling en nyskabelse.

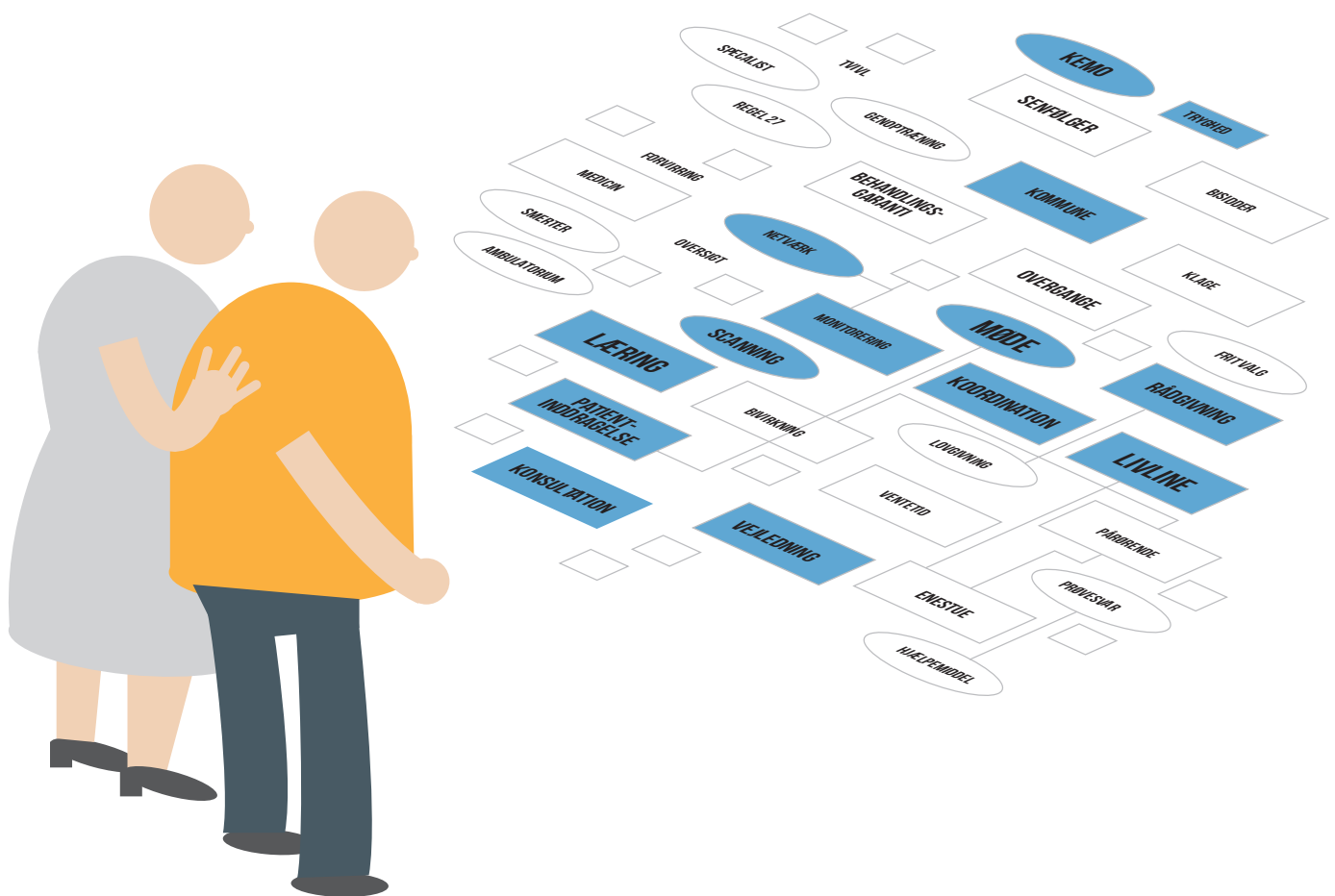
En anden del-ambition for "Geriatrici i døren" er, at projektet skal være et skridt i retning af OUH Svendborg Sygehus som demensvenligt sygehus.

Tekst: Andreas Rasmussen

Kræftpatientens livline

En person med sundhedsfaglig baggrund og forløbsoverblik. En, der kender sundhedsvæsenets organisering på flere planer, og som forstår faldgruberne i patientforløb. En, der kan og vil tage ansvar og følge patienten efter behov. En, der forstår vigtigheden af at tage udgangspunkt i helheder og dermed patientens livssituation og bryde de organisatoriske og kulturelt forankrede barrierer, der eksisterer eller opstår i forløbet.

Det har været og er stadig ambitionen på Rigshospitalet, hvor patienter med komplekse kræftforløb følges individuelt af tværgående forløbskoordinatorer efter behov.



“Det er betryggende at have en forløbskoordinator med på vejen, når ens nærmeste er syg,” er en typisk kommentar fra pårørende. “De er min støtte, når jeg skifter afdeling eller skal i kontakt med nye fagpersoner,” lyder det ofte fra patienter. En tredje hørt sætning er: “Det er en livline, jeg kan regne med.”

Og det er hele formålet med forløbskoordinatorer: At bidrage til, at patienten får ét samlet forløb, uanset hvor i sundhedsvæsenet de befinder sig. Både i de enkelte forløb og i kvalitetsudviklingen af forløb ved tilbagemeldinger til de relevante sundhedsfaglige aktører på både klinisk og ledelsesmæssigt plan.

“Sammenhængende forløb defineres af mange forhold og indsatser. Vores funktion er én måde at skabe sammenhæng mellem forskellige afdelinger, hospitaler og sektorer på. Det skal fungere både internt i den enkelte afdeling, mellem enheder og på et overordnet niveau. Det er således vigtigt, at den enkelte patients forløb er organisatorisk sammenhængende, men også at både patienter, pårørende og sundhedspersonalets behov for information og vejledning bliver opfyldt,” fortæller Anne Elisabeth Bjerrum, som er tværgående forløbskoordinator på Rigshospitalet.

Nedslående resultater krævede forandring

Tallene var simpelthen for dårlige, da man for ti år siden sammenholdte kræftbehandlingen i Danmark med de lande, som vi normalt sammenligner os med. Patienterne havde ringere chance for overlevelse end i nabolandene, og årsagerne var blandt andet for lang, unødigt ventetid og manglende sammenhæng i behandlingsforløbene.

De nedslående fakta resulterede i en omfattende politisk indsats, der blandt andet medførte indførelsen af kræftpakkeforløb i 2008 og 2009 efter inspiration fra bl.a. Vejle Sygehus. I den forbindelse blev der landet over ansat forløbskoordinatorer, der skulle være patienternes røde tråd fra mistanke og udredning til diagnose og behandling.

Tanken med forløbskoordinatorerne var oprindeligt, at de skulle kunne bevæge sig på tværs af grænser i organisationen. Mange steder er de fleste forløbskoordinatorer dog forankret på de enkelte afdelinger ud fra de behov, der optræder lokalt, og opgaven bliver dermed at tage udgangspunkt i organiseringen af patientens forløb inden for den enkelte afdeling. På Rigshospitalet ville man fra begyndelsen gerne brede funktionen endnu mere ud.

For at nedbringe unødigt ventetid og øge sammenhængen i både udredning- og behandlingsforløb er det nødvendigt også at have forløbskoordinatorer, der rækker på tværs af hele hospitalet og ud i primærsektoren. De skal have det forløbsblik og den forløbsforståelse, der skal til for at kunne understøtte forløb og viderebringe viden om de udfordringer, der bør arbejdes i fællesskab med at løse. Derfor er der i dag to typer af forløbskoordinatorer for patienter med kræft på Rigshospitalet: De lokalt

forankrede og de tværgående forløbskoordinatorer, som udgår fra Onkologisk Klinik på Rigshospitalet.

På Rigshospitalet har man fra begyndelsen i 2009 placeret de tværgående forløbskoordinatorer geografisk på direktionsgangen, samtidig med at de refererer til hhv. Onkologisk Klinikledelse og til Finsencentrets ledelse. Det skal sikre, at de ikke bliver fanget i silotænkning, men i stedet kan agere på tværs af afdelinger og sektorer. Samtidig skal både en horisontal og en vertikal sammenhæng i patientforløb understøttes for at fremme den organisatoriske kvalitet som en del af kerneydelsen

Nøglen er tillid og et ønske om læring

Anne Bjerrum er en af fire tværgående forløbskoordinatorer for mennesker med kræft på Rigshospitalet. Hun er med til at sikre, at patienter med komplekse kræftforløb på Rigshospitalet får et sammenhængende forløb, når de skal i kontakt med f.eks. andre hospitalsafdelinger eller det kommunale sundhedsvæsen.

Forløbskoordinatorerne har ansvar for at gribe ind, hvis der er problemer med overgange, og giver bl.a. feedback til de sundhedsprofessionelle eller ledelsen på de relevante afdelinger.

“Der, hvor det batter i de her funktioner, er, at vi kan gå på tværs og give ledelsesinformation. Hvis vi kan se, at forløbene ser uhensigtsmæssige ud, så kan vi handle. Det er ikke sikkert, at de enkelte ledere altid er enige med os, men de er nødt til at forholde sig til den information, de får fra os,” siger Anne Bjerrum.

Og forløbskoordinatorerne gør en forskel for både patienter og de sundhedsprofessionelle, vurderer den erfarne forløbskoordinator. “Det giver tryghed for patienten, og samtidig giver det anledning til læring for ledere og medarbejdere i forhold til, hvilke situationer der kan gøre patienter og pårørende utrygge eller utilfredse, og hvor vi derfor skal sætte ind. Det kan komme mange patienter til gode.”

En typisk kommentar fra en patient er derfor også: “De får de forskellige afdelinger til at tale sammen om mig.” En anden almindelig kommentar er: “Så er det ikke mig som patient, der skal løbe spidsrod mellem forskellige afdelinger og personer.”

En livline på hospitalet

Forløbskoordinatorernes opgave afhænger af en faglig vurdering af den enkelte patients forløb i samspil med de sundhedsfaglige samarbejdspartnere, men også af patienten og de pårørendes eget vurderede behov.

For at sikre, at patienterne ved, at de kan få hjælp af en forløbskoordinator, informeres de om det ved flere lejligheder. Patienterne bliver informeret om det, når de indkal-

des til første samtale i klinikken. Det står på Rigshospitalets hjemmeside, ligesom det oplyses på de pjecer og visitkort, som patienterne får, når de henvises til Finsencentret. Dermed ønsker man at sikre, at patienterne ved, at de kan ringe til forløbskoordinatorerne og få hjælp og støtte efter behov.

Det er der en del patienter, der gør. Det er heller ikke ualmindeligt, at patienter, der ikke længere er i forløb på Rigshospitalet, alligevel kontakter de tværgående forløbskoordinatorer, fortæller Anne Bjerrum. "Det kan handle om, at patienten ikke oplever at vide, hvad der skal ske fremadrettet, eller de er blevet utrygge over noget. Men de kender os måske fra et tidligere forløb og har tillid til, at vi kan hjælpe. Nogle gange handler det bare om at give information om patientens handlemuligheder. Andre gange er der brug for mere tæt følgeskab, og hvor vi på patientens vegne f.eks. kontakter den relevante afdelingsledelse, uanset om det er i kommunen, her i huset eller et andet hospital, så vi i fællesskab får forløbet på sporet igen."

Anne Bjerrum fortsætter: "Man kan selvfølgelig diskutere, om vi skal bruge tid på det i Rigshospitalets regi, men jeg oplever, at det giver rigtig god mening i den store sammenhæng. Hvis vi alle tager ansvar for de gode overgange og fokuserer mere på helheder, så får vi sat handling bag ordene om det efterhånden lidt slidte udtryk 'at sætte mennesket i centrum'."

Det handler om en fælles indsats

På Rigshospitalet har man valgt, at de tværgående forløbskoordinatorer ikke blot skal være sygeplejersker. De skal også have specialeerfaring med kræftpatienter og have en videregående uddannelse på enten kandidat- eller masterniveau. Det er desuden vigtigt, at de besidder stærke analytiske kompetencer, så de hurtigt kan forstå, forudse og intervenere i overgangsproblematikker med komplekse sygdomsbilleder og behandlingsforløb i en organisatorisk kontekst.

Det er bl.a. relevant, fordi de ikke kun skal indgå i koordination og dialog med patienter og pårørende, men også med andre enheder og afdelinger og intervenere, hvis der steder i systemet er unødige barrierer for patientens behandling. De bidrager samtidig til forløbsanalyser, følger op på forløbstiderne i de forskellige kræftpakkeforløb og deltager i en systematisk kvalitetssikring – og kvalitetsudvikling af patientforløbene.

"De tværgående forløbskoordinatorer kan inddrages af alle aktører i et forløb. Det kan være patienter eller deres pårørende, der ringer for at få hjælp til at forstå, forbedre eller forandre et behandlingsforløb. Det kan også være praktiserende læger, speciallæger, hjemmesygeplejersker, patientens lokale sundhedscenter eller patientforeninger, der alle kan være i kontakt med patienten igennem hele eller dele af forløbet," siger Anne Elisabeth Bjerrum.

Eksempler på forløbskoordinatorens opgaver

- **Kontaktmulighed i forbindelse med overgang:** Patienter, pårørende eller sundhedsprofessionelle samarbejdspartnere kan tage kontakt med udgangspunkt i et fagligt eller patientvurderet behov.
- **Individuel overvågning (udvidet koordination):** Imødekomme patienters individuelle behov for information og vejledning, samt professionel koordinering i komplekse forløb. Kriterier for udvidet koordination er komplekse forløb med f.eks. kontakter i mere end to enheder eller afdelinger, multisygdom, psykosocial sårbarhed eller tidligere erfaring med kontinuitetsbrud.
- **Monitorering:** Monitorering af forløbstider og understøttelse af, at pakkeforløbstiderne bliver overholdt.
- **Kvalitetsforbedring:** Forløbskoordinatorer bidrager til forbedringer på tværs, ikke mindst ved sikring af kommunikationen mellem relevante aktører i de enkelte patientforløb.
- **Netværk:** Gensidig inspiration og udvikling gennem "Nationalt netværk for sygeplejefaglige forløbskoordinatorer".

Hun fortsætter:

"Ikke mindst kan sundhedsprofessionelle fra både Rigshospitalet og andre hospitaler selvfølgelig henvende sig til forløbskoordinatorerne, når de har brug for at samordne indsatsen i det enkelte kræftforløb og for den enkelte patient." De forløbsspecialiserede sygeplejersker kan også kobles på i overgangen fra hospital til kommune, når en patient har forløb i begge sektorer.

Anne Bjerrum understreger, at det er en forudsætning for vellykkede forløb, at der er en tværprofessionel og tværsektoriel indsats. "Vi har hver vores rolle. Det skal være systematisk tilrettelagt, så man altid tænker på tværs af både professioner og sektorer, når man vil optimere patientforløb. Vi er afhængige af hinanden. Det handler om ledelse og om at invitere til en fælles indsats."

For sundhedspersonale, som vil have fat i forløbskoordinatorerne på vegne af patienter eller vedrørende koordinering af eller kommunikation om forløb, foregår kontakten via en skriftlig henvisning, et telefonopkald eller via en besked i Sundhedsplatformen.

Forløbskoordinatorindsatsen falder godt i hak med Finsencentrets øvrige indsatser, der er forankret i patientinddragelse i alle aspekter af patientforløb.

KL



Kræftens Bekæmpelse



Danmarks
Bløderforening

FOA



Sjældne Diagnoser



**DANSKE
REGIONER**

Lægeforeningen



DANSKE PATIENTER