Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser

Projektsamarbejde mellem

Allerød Kommune

Frederikssund Kommune

Gribskov Kommune

Halsnæs kommune

Hillerød Kommune

Frederikssund Hospital

Hillerød Hospital

Maj 2012.

Udarbejdet af

Karna Vinther, Halsnæs kommune

Karen Gliese Nielsen, Hillerød Hospital

1. RESUMÉ 4
2. BAGGRUND OG ÆNDRING AF FOKUS 6
FOREBYGGELIGE DIAGNOSER 7
UDVIDELSE AF FOKUS TIL FOREBYGGELIGE INDLÆGGELSER 9
DET ØKONOMISKE INCITAMENT TIL FOREBYGGELSE; KOMMUNERNES MEDFINANSIERING. 10
3. PROJEKTETS FORMÅL, MÅL OG LEVERANCER 11
PROJEKTETS FORMÅL 11
PROJEKTETS MÅL 11
PROJEKTETS LEVERANCER 11
4. ORGANISERING OG FINANSIERING. 12
FINANSIERING 13
ÆNDRINGER UNDERVEJS I PROJEKTPERIODEN 13
5. METODER I PROJEKTET 14
PLANLÆGNINGSFASEN OG ANALYSEFASEN 14
UDVIKLINGSFASEN; LØSNINGER TIL PRIORITEREDE PROBLEMSTILLINGER 15
IMPLEMENTERINGSFASE; AFPRØVNING AF INDSATSER 15
EVALUERINGSFASE; UDFORDRINGER IFT. AT EVALUERE 16
UDFORDRINGER I EVALUERINGEN I KRAFT AF PROJEKTETS FOKUS 16
6. ANALYSE 17
DATAGRUNDLAG 17
RESULTATER FRA DE FORLØBSNÆRE AUDITS I KOMMUNERNE 18
RESPEKT FOR BORGERS EGEN VILJE 19
INDLÆGGELSESTIDSPUNKT OG KOMMUNAL MEDVIRKEN VED INDLÆGGELSE 19
FOREBYGGELSE EFTER TIDLIGERE INDLÆGGELSER 19
SÆRLIGE PROBLEMSTILLINGER FOR PLEJEHJEMSBEBOERE 20
MANGLENDE MULIGHED FOR SYGEPLEJE HOS BORGERE, DER IKKE ER VISITERET TIL SYGEPLEJEYDELSE 20
EGEN LÆGES ANDEL I FOREBYGGELSE AF INDLÆGGELSER OG GENINDLÆGGELSER 20
RESULTATER FRA AUDITS PÅ HOSPITALSAFDELINGERNE 21
FOREBYGGELIGE FORLØB 21
INDLÆGGELSESTIDSPUNKT OG HENVISENDE LÆGE 24
KONKLUSIONER IFT. DIAGNOSEGRUPPER 24
OPSAMLING; DE KVALITATIVE FORLØBSNÆRE AUDITS I KOMMUNER OG HOSPITALER 25
ANALYSE AF BRUGERPERSPEKTIVET; INTERVIEW MED PATIENTER/BORGERE 25
7. INTERVENTIONER 27
KOMMUNAL TRIAGE MED ÆNDRINGSSKEMA TIL SYSTEMATISK OPFØLGNING PÅ ÆNDRINGER I BORGERENS HELBREDSTILSTAND 29
INTRODUKTIONSKURSUS I DEN MOTIVERENDE SAMTALE – ET REDSKAB TIL BORGERE MED STÆRK EGEN VILJE 32
TVÆRFAGLIGE MØDER – SAMARBEJDE OM MÅL OG PLAN FOR BORGERENS FORLØB 33
SYGEPLEJETASKER TIL KVALIFICERING AF HJEMMESYGEPLEJERSKERNES KLINISKE OBSERVATIONER 34
OPTIMERING AF SAMARBEJDET MELLEM HOSPITALERNES UDKØRENDE ILTSYGEPLEJERSKER OG PERSONALET I KOMMUNERNE. 35
KOMPETENCEUDVIKLING VEDR. TIDLIG OPSPORING HOS BORGERE MED KOL 36
SYSTEMATISK MOBILISERING UNDER INDLÆGGELSE 38
FOREBYGGELSESVEJLEDNING TIL UDLEVERING TIL BORGERE VED UDSKRIVELSE 40
INFORMATION TIL KOMMUNERNE VED KORTERE INDLÆGGELSER OM, AT PT. HAR VÆRET INDLAGT MED EN FOREBYGGELIG DIAGNOSE 41
INFORMATION TIL LÆGEVAGTEN OM KOMMUNERNES BEREDSKAB VED BEHOV FOR ALTERNATIVER TIL EN INDLÆGGELSE 42
FÆLLES PROCEDURE FOR BEHANDLING AF OG OPFØLGNING PÅ URINVEJSINFEKTION FOR KOMMUNER, ALMEN PRAKSIS OG HOSPITALER 43
ØKONOMISK VURDERING AF TRIAGE OG SYGEPLEJETASKER 44

8. EVALUERING 45
EVALUERING PÅ TVÆRS AF INTERVENTIONER 45
OVERORDNET EVALUERING AF PROJEKTETS PROCES 47
NY VIDEN OM FOREBYGGELSE AF INDLÆGGELSER 47
STØRRE FORSTÅELSE FOR SAMARBEJDSPARTNERNE 47
ÆNDREDE HANDLINGER MHP AT FOREBYGGE INDLÆGGELSER 48
BEDRE, MEN IKKE NYT SAMARBEJDE PÅ TVÆRS AF SEKTORER 49
ØNSKER TIL FORBEDRING AF PROJEKTET – I TILBAGEBLIK 49
EVALUERING AF OG REFLEKSIONER OVER ALMEN PRAKSIS´ ROLLE I PROJEKTET 50
9. KONKLUSION 52
MÅL NR. 1) 52
DER ER UDVIKLET MENINGSFULDE OG ANVENDELIGE REDSKABER TIL TIDLIG OPSPORING OG INDSATS 52
MÅL NR. 2) *53*
DER ER FÆRRE INDLÆGGELSER OG GENINDLÆGGELSER AF PATIENTER OVER 60 ÅR MED UDVALGTE FOREBYGGELIGE DIAGNOSER I PERIODEN JULI TIL DECEMBER 2011, END I SAMME PERIODE 2010. 53
MÅL NR. 3) 54
FOREBYGGELSESPOTENTIALET I INDLÆGGELSESFORLØB FOR PATIENTER OVER 60 ÅR ER REDUCERET IFT. NOVEMBER 2010, HVOR DEN KVALITATIVE ANALYSE BLEV GENNEMFØRT. 54
MÅL NR. 4) 54
DER ER SKABT NYE LOKALE OG/ELLER TVÆRSEKTORIELLE SAMARBEJDER, SOM LED I AT FOREBYGGE INDLÆGGELSER OG GENINDLÆGGELSER, DET HAR BETYDNING FOR AT KUNNE AGERE ANDERLEDES IFT. ET FOREBYGGELSESFOKUS 54
MÅL NR. 5) 55
DET PROBLEMORIENTEREDE TVÆRSEKTORIELLE SAMARBEJDE SKABER NYE MENINGSFULDE SAMARBEJDER PÅ TVÆRS AF SEKTORER. 55
10. REFLEKSIONER I FORLÆNGELSE AF PROJEKTETS ARBEJDE OG KONKLUSIONER **56**
DET TVÆRSEKTORIELLE ASPEKT I FOREBYGGELSE AF INDLÆGGELSER OG GENINDLÆGGELSER 56
OM STYRKEN I AT VÆRE MANGE PROJEKTPARTNERE 56
FOREBYGGELSE AF INDLÆGGELSER PÅ DAGSORDEN 57
INVOLVERING AF BORGEREN/PATIENTEN 57

1. Resumé

Rapporten præsenterer projektet om forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser, der er gennemført i samarbejde mellem fem kommuner og to hospitaler i Planlægningsområde Nord:
Allerød, Gribskov, Frederikssund, Halsnæs og Hillerød Kommuner, Frederikssund og Hillerød Hospitaler.

Projektets fokus var indledningsvis på forebyggelse af genindlæggelser, men da det i de indledende kvantitative analyser blev klart at antallet af forebyggelige genindlæggelser var ganske lille, blev fokus udvidet til at handle om forebyggelse af både genindlæggelser og indlæggelser.

Projektets formål blev derfor forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser af borgere over 60 år, der modtager hjemmepleje-, sygepleje- eller praktiske ydelser fra kommunen.
De diagnoser der er i fokus er udvalgt på baggrund af en kvantitativ analyse; lungebetændelse, urinvejsinfektion, dehydrering, obstipation, KOL og brud pga. fald.
Diagnoserne er udvalgt blandt de diagnoser som Sundhedsstyrelsen hhv. Region Hovedstaden har defineret som forebyggelige, hvilket betyder at de ved en tidlig opsporing og indsats kan forhindres i at udvikle sig til en indlæggelseskrævende sygdom.

I den første del af projektet blev gennemført en kvantitativ og en kvalitativ analyse, der dokumenterede dels i hvilket omfang der var et forebyggelsespotentiale i de forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser, og dels hvad der ligger forud for en indlæggelse med en forebyggelig diagnose.

På baggrund af den kvalitative analyse, der omfattede grundige journalaudits af 79 indlæggelsesforløb med forebyggelige diagnoser, kunne det i projektet konkluderes;

- Langt størstedelen af indlæggelserne kan forebygges, hvis kommunerne sætter ind på et tidligt tidspunkt, hvor borgerens almentilstand bliver ændret og/eller forværret.
- Patienterne var syge, da de blev indlagt, og der var på indlæggelsestidspunktet ikke noget alternativ til en indlæggelse.
- Social- og sundhedshjælperne i kommunerne havde i langt størstedelen af forløbene tidligt observeret, at borgerens almentilstand var forværret, men der var ingen modtagere af observationerne.
- I de sidste 1-2 uger op til indlæggelsen er kommunerne typisk klar over, at borgeren er indlæggelsestruet, og reagerer ved at sætte ekstra besøg på hos borgeren.
- De ekstra besøg mangler mål og plan for besøgene, og har derfor ringe effekt ift at forebygge en indlæggelse. Kommunerne ender derfor både med udgiften til de ekstra besøg og udgiften til medfinansieringen ved indlæggelsen.
- Hospitalerne tænker ikke i forebyggelse af genindlæggelser når patienten udskrives.
- Hospitalernes personale har ikke blik for hvordan de forebyggelige tilstande/sygdomme kan forebygges
- I 75% af genindlæggelserne, der blev gennemført journalaudit på, var der tale om en forebyggelig diagnose ved både primærindlæggelsen og genindlæggelsen.
- Mellem 40% (fra den kvantitative analyse) og 60% (fra den kvalitative analyse) blev indlagt udenfor egen læges åbningstid, altså via Vagtlægen.

På baggrund af konklusionerne fra analyserne blev der udviklet 11 interventioner, der skulle matche de identificerede problemstillinger.

Interventionerne blev primært udviklet indenfor følgende overordnede problemstillinger:
1) Kommunerne tænker ikke i forebyggelse på lang sigt.
2) Hospitalerne tænker ikke i forebyggelse af genindlæggelser med forebyggelige diagnoser

I den sidste del af projektet var der fire måneder til afprøvning af de udviklede interventioner.
I løbet af de kun fire måneder blev der afprøvet følgende interventioner (kun beskrevet i udvalg, for en udtømmende liste se kapitel 7):

Kommunal triage
Et redskab til tidlig opsporing, indsats og opfølgning på ændringer i borgernes almentilstand, hvor fokus er på at opdage og forebygge tilstande, der på lang sigt kan betyde at borgeren er blevet så syg, at han/hun skal indlægges. Triage-konceptet er bygget op om en tavle med tre farver, hvor borgeren er indplaceret; grøn= borgerens habituelle tilstand, gul= borgerens almentilstand er ændret, rød= borgerne er syg og/eller indlæggelsestruet.

Systemet er enkelt; når der observeres en ændring hos en borger, skal borgeren rykke triagegruppe, hvilket medfører indsats/handling ift. at sikre at borgeren får det bedre igen og kan komme tilbage i det foregående triage-gruppe.
Triage-konceptet er blevet meget godt modtaget i kommunerne, blandt social- og sundhedshjælpere, -assistenter og sygeplejersker, som et anvendeligt og relevant redskab til tidlig opsporing og forebyggelse af indlæggelser.
Triage skaber refleksion, faglige drøftelser og sparring med kolleger og andre faggrupper, og det opleves blandt dem der har afprøvet det, som et redskab der forebygger indlæggelser.

Sygeplejersketasker
Sygeplejersker og praktiserende læger har fra begge sider efterspurgt redskaber til at kvalificere dialogen om borgerne, gennem videregivelse af præcise og gode kliniske observationer og værdier.
Derfor har fire af de fem kommuner i afprøvningsperioden indkøbt og anvendt sygeplejersketasker med blodtryksapparat, blodsukkerapparat, termometer, urinsticks m.m., med henblik på at kunne kvalificere dialogen med egen læge, samt i højere grad kunne opspore kliniske ændringer tidligt hos borgeren.
Sygeplejersketaskerne er evalueret positivt af langt de fleste af de sygeplejersker, de har brugt dem i interventionsperioden. De oplever bl.a. større professionalisme i samarbejdet med egen læge og større fagligt ansvar ift at forebygge indlæggelser.

Optimering af samarbejde om KOL-borgere der får hjemmeilt
Analysen afdækkede, at der er KOL-borgere med hjemmeilt, der får besøg af en udgående iltsygeplejerske fra Lungemedicinsk afdeling, uden kommunen er vidende om det.
Hjemmesygeplejen og/eller kommunen i øvrigt samarbejder derfor ikke med iltsygeplejersken fra hospitalet, og deler derfor ikke observationer, handleplaner eller andet relevant ift. at forebygge indlæggelser.
I afprøvningsperioden er der lavet aftaler for, hvilke informationer fra iltsygeplejersken, der skal sendes til kommunen, samt hvordan det kan lade sig gøre, herunder særligt ift. elektronisk kommunikation.
Både kommunernes projektdeltagere og hospitalernes iltsygeplejersker vurderer det nye samarbejde som meget relevant, bl.a. fordi hospitalernes oplysninger om patienterne kan indgå i et større billede af borgeren, hvor kommunen kan bidrage med understøttende eller supplerende tilbud, i stedet for at gøre det samme.

Guide til tidlig opsporing af behandlingskrævende urinvejsinfektion
I forbindelse med de kvalitative forløbsaudits blev det klart, at en række af de patienter/borgere, der blev auditeret, hyppigt var i behandling for en urinvejsinfektion, udover dem der var indlagt pga. urinvejsinfektionen.
Da urinvejsinfektioner generelt har en negativ indvirkning på helbreds- og almentilstanden med fx væskemangel, utilpashed, svimmelhed, manglende kræfter m.m. var der i projektgruppen et ønske om at udarbejde en guide, der kan hjælpe til tidligere opsporing af urinvejsinfektionerne, med henblik på dels at sikre tidlig behandling af de infektioner der er behandlingskrævende, samt undgå fejlagtig behandling på baggrund af lugt eller ved kroniske urinvejsinfektioner.
En arbejdsgruppe har udarbejdet en guide, der skal kvalificere de basale og kliniske observationer for at styrke en tidlig diagnosticering.
Guiden indebærer også at der ikke bliver stixet urin ved mistanke om urinvejsinfektion, men at diagnosticeringen fremover kun sker gennem dyrkning af urinprøve.
Foreløbig har tre af de medvirkende kommuner ønsket at implementere guiden efter projektets ophør.

For beskrivelse og resultater af de øvrige 7 interventioner, se rapportens kapitel 7.

Evalueringen af projektet og interventionerne viste, at projektet er lykkedes med at udvikle en metode til tidlig opsporing og indsats i forhold til at kunne forebygge indlæggelser med forebyggelige diagnoser.
Projektet har tilmed kunne konkludere, at metoden er vurderet anvendelig og relevant til at forebygge indlæggelser, af de medarbejdere, der kommer i hjemmene hos borgeren, social- og sundhedshjælpere, -assistenter og sygeplejersker.

Det er ikke muligt efter kun fire måneders afprøvning at kunne måle en effekt af de gennemførte interventioner.
Der kan konstateres en lille nedgang, svarende til 5%, i antal forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser af borgere over 65 år, i perioden juli til december 2011, ift. samme periode i 2010.
Imidlertid er ændringen ikke på nuværende tidspunkt udtryk for en generelt nedafgående tendens.

2. Baggrund og ændring af fokus

Projektet var oprindelig et projekt om at forebygge genindlæggelser, med fokus på at skabe bedre sammenhænge i patientforløb på tværs af sektorer. Formålet var "At forebygge genindlæggelser af borgere der modtager kommunalt visiterede sundhedsydelser og/eller praktisk bistand".

Det udviklede sig til at være et projekt om at *forebygge indlæggelser og genindlæggelser* for borgere over 60 år, der modtager kommunalt visiterede sundhedsydelser og/eller praktisk bistand.

Udgangspunktet i 2009 var et fælles fokus for projektets parter i slutningen af 2009, hvor problemstillingen blev drøftet med henblik på en ansøgning til Region Hovedstadens Forebyggelsespulje. Der var over en periode konstateret et højere niveau af genindlæggelser i planlægningsområde Nord, sammenlignet med det regionale gennemsnit. Ønsket fra de involverede kommuner og hospitaler var, at det i fællesskab skulle afklares, hvad der var årsagen til det højere niveau i planlægningsområdet, og dernæst udvikles tværsektorielle indsatser, der kunne nedbringe genindlæggelsesprocenten.

På dette tidlige tidspunkt var der enighed om, at fokus i det tværsektorielle projekt skulle være på de genindlæggelser, der var forebyggelige, hvor både kommuner og hospitaler kunne have en andel i årsagen til genindlæggelsen, såvel som en andel i løsningen af problemstillingen.

Forståelsen af forebyggelig er i denne sammenhæng en tidlig målrettet indsats, der sigter imod at undgå, at en given situation udvikler sig, i dette tilfælde til sygdom og en genindlæggelse. Det svarer til, at den udskrivende afdeling og den modtagende kommune samarbejder om, at patienten/borgeren ikke bliver indlagt igen.

Definitionen af en genindlæggelse er Sundhedsstyrelsens og Region Hovedstadens definition af genindlæggelser, der bl.a. anvendes i forbindelse med monitorering af sundhedsaftalen:

"Genindlæggelser er defineret som en akut indlæggelse som finder sted i tidsrummet mellem 4 timer og 30 dage efter udskrivelse fra sygehus. Genindlæggelsesindikatoren er uspecifik, idet alle genindlæggelser medtages, uanset på hvilket sygehus genindlæggelsen finder sted og uanset diagnosen ved genindlæggelse."[1]

Genindlæggelsesdata vil som følge af denne definition omfatte alle genindlæggelser indenfor 30 dage, uanset patienten bliver genindlagt med en anden diagnose end ved primærindlæggelsen, eller bliver genindlagt på et andet hospital. Indlæggelser indenfor samme dato, der er en overflytning til anden afdeling/andet hospital bliver koblet til et sammenhængende forløb, der ikke registreres som en genindlæggelse, men som ét sammenhængende indlæggelsesforløb.

En forebyggelig genindlæggelse er i projektets anvendelse således en genindlæggelse, der ved tidlig opsporing og indsats kunne være undgået.

[1] "Genindlæggelser af ældre i Danmark 2008 – Nye tal fra Sundhedsstyrelsen", s. 6.

Forebyggelige diagnoser

Sundhedsstyrelsen og Region Hovedstaden har udarbejdet hver sin liste over forebyggelige genindlæggelser, hvoraf der er sammenfald på de 7 af diagnoserne:

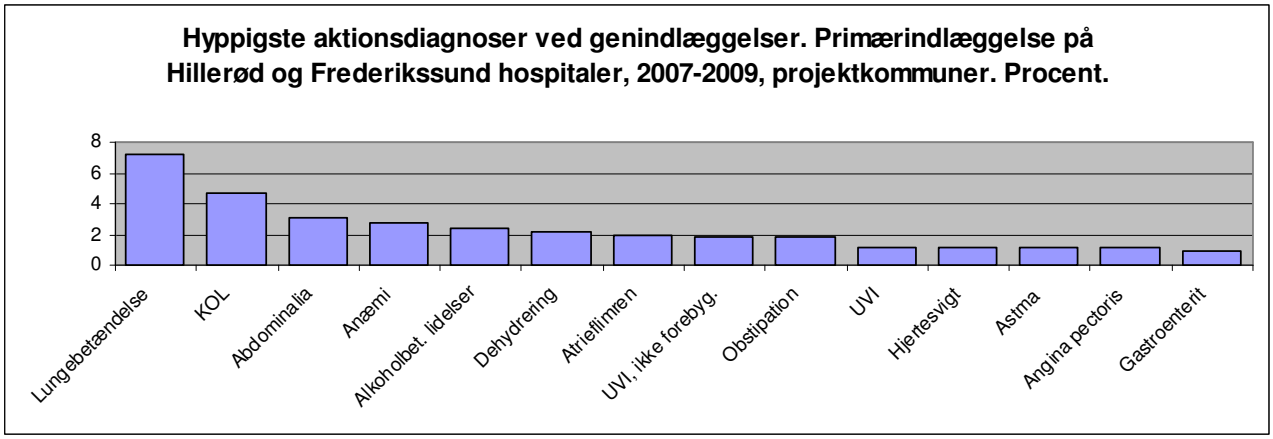
Region Hovedstaden	Sundhedsstyrelsen
Lungebetændelse	Lungebetændelse
Dehydrering	Dehydrering
Blærebetændelse	Blærebetændelse
Forstoppelse (obstipation)	Forstoppelse (obstipation)
Blodmangel (ernæringsbetinget)	Blodmangel (ernæringsbetinget)
Brud (skulder, arm, hånd, ryg, hofte, ben, ankel)	Brud (skulder, arm, hånd, ryg, hofte, ben, ankel)
Gastroenterit	Gastroenterit
Tryksår	Hjerneblødning
	KOL/Astma
	Hjertesvigt
	Gigt

Note: Listen fra region Hovedstaden er justeret siden da, nemlig i marts 2011.

Kommunerne og hospitalerne i projektet konkluderede på baggrund af genindlæggelsesdata for 3 år (2007-2009), at en række af de diagnoser der er omfattet af Sundhedsstyrelsens definition forekommer i under 1% af forløbene i den tre-årige periode, fx gigt, anæmi, brud og hjerneblødning, og derfor ikke relevante for projektets fokus, alene fordi der er for få indlæggelser (1% svarer til ca. 50 forløb).

De hyppigste diagnoser ved genindlæggelserne i de 5 medvirkende kommuner er illustreret i figur 1. Der er medtaget diagnoser der forekommer i mere end 1% af genindlæggelserne.

Figur 1



Data er baseret på de 5384 genindlæggelser, som projektkommunerne havde i perioden 2007-2009, hvor primærindlæggelsen var på Hillerød Hospital eller Frederikssund Hospital.

Generelt om genindlæggelsesdiagnoserne skal siges, at der er en meget stor spredning på diagnoserne; lungebetændelse, der er den hyppigst forekommende udgør knap 8%, og KOL, der er næsthyppigst, udgør knap 5%. Af de 14 hyppigste genindlæggelsesdiagnoser i projektkommunerne er de 8 forebyggelige jf. Sundhedsstyrelsens definition og de 5 forebyggelige jf. Regionens definition.

Styregruppen prioriterede på baggrund af de kvantitative data, at fokus i projektet skulle være på de fem forebyggelige diagnoser, der var hyppigst forekommende i projektkommunerne;

- Lungebetændelse
- KOL

- Dehydrering
- Obstipation
- Urinvejsinfektion

Omfanget af genindlæggelser med de fem udvalgte diagnoser var imidlertid overraskende lille, svarende til kun ca. 600 genindlæggelser over tre år, efter aldersselektionen til patienter over 60 år, fordelt som det fremgår af tabel 1. Af de ca. 600 borgere skulle der reduceres yderligere, da en del af dem ikke er visiteret til kommunale sundhedsydelser og/eller praktisk bistand.

Tabel 1. Antal genindlæggelser på udvalgte diagnoser, 2007-2009, patienter over 60 år.

Aktionsdiagnose	Allerød	Hillerød	Frederikssund	Halsnæs	Gribskov	I alt
Dehydrering	9	15	29	19	10	82
Lungebetændelse	16	31	78	67	48	240
Obstipation	6	13	11	12	7	49
Urinvejsinfektion	5	7	11	12	5	40
KOL	27	34	45	36	50	192
I alt	63	100	174	146	120	603

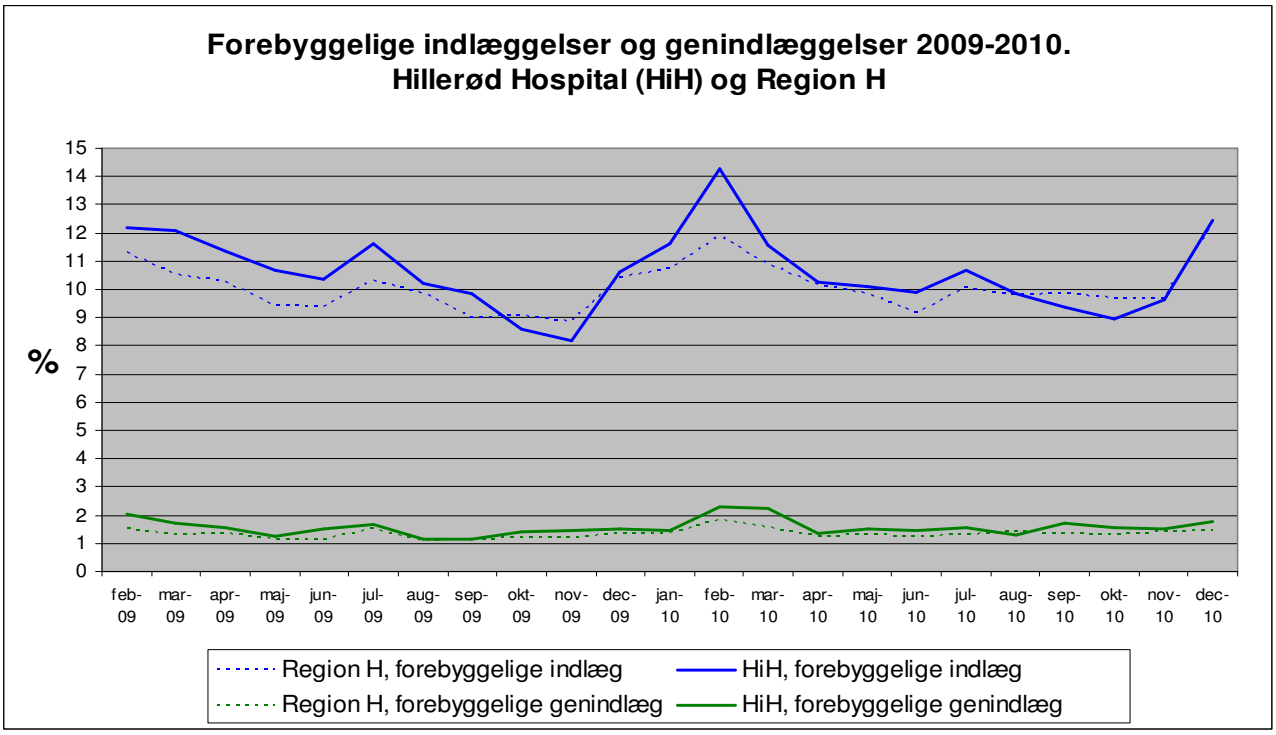
Kilde; Data vedr. genindlæggelser for 2007-2009 fra Region Hovedstaden, DRG-grupperet LPR.

Da projektansøgningen blev skrevet i efteråret 2009 var det ikke kendt, at så lille andel af genindlæggelserne kunne forebygges, og for projektkommunerne og hospitalerne var det ny viden i sensommeren 2010.

I forbindelse med målene i den nye sundhedsaftale for 2011-2014 blev de forebyggelige genindlæggelser og indlæggelser en del af den monitorering, som Region Hovedstaden udarbejder kvartalsvis til opfølgning på implementering af sundhedsaftalerne. Nedenstående graf, figur 2, illustrerer forholdet mellem andelen af forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser, baseret på data fra Region Hovedstadens ledelsesoverblik, der bekræfter konklusionen fra den kvantitative analyse i projektet.

Grafen underbygger den konklusion som styregruppen gjorde; det er ikke de forebyggelige genindlæggelser der er udfordringen, men de forebyggelige indlæggelser.

Figur 2



Kilde; Data fra Region Hovedstadens ledelsesoverblik vedr. forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser.
Note; Alle 8 forebyggelige diagnoser i Region Hovedstadens anvendelse er inkluderet i grafen, borgere over 65 år.

Udvidelse af fokus til forebyggelige indlæggelser

Styregruppe besluttede derfor i forlængelse af de første data om forebyggelige genindlæggelser at udvide fokus til også at omfatte forebyggelige indlæggelser. Diagnoserne er de samme og anvendelse af "forebyggelig" er også den samme. En indlæggelse defineres som en kontakt med hospitalet, der sker efter visitation fra en læge (praktiserende læge, Lægevagt m.m.), eller efter en 112-kørsel. En indlæggelse omfatter ikke ambulante besøg eller skadestuekontakter.

Med udvidelse af fokus blev målgruppen så meget større, at det igen var relevant at drøfte hvordan forløbene kunne forebygges, så de ikke ville ende med en indlæggelse. I forbindelse med at fokus blev udvidet blev brud-diagnosen tilføjet til styregruppens prioriterede liste, idet de forekommer hyppigt i data vedr. forebyggelige indlæggelser, mens de som genindlæggelser udgør under 1% af det samlede antal indlæggelser.

Tabel 2 viser antal indlæggelser af patienter over 60 år med udvalgte forebyggelige diagnoser i 2009, svarende til 2055 forløb for et enkelt år. Bemærk, at data vedr. KOL ikke er med.

Tabel 2. Antal indlæggelser fordelt på udvalgte diagnoser, Hillerød Hospital og Frederikssund Hospital. 2009.

Aktionsdiagnose	Allerød	Hillerød	Frederikssund	Halsnæs	Gribskov	I alt
Dehydrering	16	46	77	56	38	233
Brud	78	160	153	131	132	654
Lungebetændelse	87	207	238	182	184	898
Obstipation	23	28	34	27	29	141
UVI	17	39	27	20	26	129
I alt	221	480	529	416	409	2055

Kilde: Datavarehus, Hillerød Hospital

De 2055 forebyggelige indlæggelser er ikke det endelige antal forløb, der kan forebygges, da en del af patienterne ikke vil være visiteret til kommunale sundhedsydelser og/eller praktisk bistand.

Der blev gennemført en stikprøve med en enkelt kommune, Hillerød Kommune, for at få indikation af, hvor stor del af patienterne over 60 år, der havde været indlagt med en forebyggelig diagnose, der var kendt at kommunen inden indlæggelsen.

Stikprøven viste, at 69% af patienterne, der var indlagt i 2009 med en af de udvalgte diagnoser var kendt af kommunen forud for indlæggelsestidspunktet.
Bemærk, at tallet skal tages med forbehold, da populationen er lille, som følge af den alders- og diagnoseselektion der er foretaget for at matche projektets målgruppe.
Stikprøven er heller ikke efterprøvet i andre kommuner, og endelig omfatter den ikke alle indlæggelser, kun indlæggelser på de tre hospitaler i planlægningsområde Nord; Hillerød, Frederikssund og Helsingør, der dog er de hospitaler, som kommunens ældre medicinske borgere primært bliver indlagt på.

De data, der er kørt op imod kommunens omfatter patienter over 60 år, der har været indlagt med en af følgende diagnoser på et af de tre hospitaler i Nordsjælland:

- DJ12-18 (lungebetændelse)
- DE869 (dehydrering),
- DK590 (obstipation),
- DN30, undtaget DN304 (urinvejsinfektion),
- DD50-53 (Blodmangel; ernæringsbetinget anæmi),
- DA09 (gastroenterit),
- DL89 (Tryksår)

Det er de forebyggelige diagnoser, som region Hovedstaden anvendte i 2010, suppleret med:

- DF10, (Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol).

Selektionen i kommunen udover alder var; modtagere af en af følgende ydelser: personlig pleje, sygepleje eller praktisk bistand, eller med bopæl på plejehjem.

Det økonomiske incitament til forebyggelse; kommunernes medfinansiering.

For kommunerne er medfinansieringen af DRG-taksterne et stærkt incitament til at forebygge indlæggelser og genindlæggelser, og nedenstående tabel anskueliggør udgifterne til de forebyggelige indlæggelser for kommunerne for et enkelt år, 2009.

Kommunernes medfinansiering i 2009 var 30% af DRG-taksten, dog maximalt kr. 4.934.
For de udvalgte diagnoser var den daværende kommunale medfinansiering pr. forløb som følger:

- Lungebetændelse; DRG kr. 34.194, kommunal medfinansiering kr. 4.934
- Dehydrering; DRG kr. 24.151, kommunal medfinansiering kr. 4.934
- Obstipation; DRG kr. 13.282, kommunal medfinansiering ca. kr. 4.000
- Urinvejsinfektion; DRG kr. 21.826, kommunal medfinansiering kr. 4.934
- Brud; varierede DRG-takst, dog ingen under kr. 15.000. Kommunal medfinansiering kr. 4.934

Medfinansieringen af antal indlæggelser pr. kommune er beregnet i nedenstående tabel.

Tabel 3. Medfinansiering af forebyggelige indlæggelser, udvalgte diagnoser. 2009.

Aktionsdiagnose	Allerød	Hillerød	Fr.sund	Halsnæs	Gribskov	I alt
Dehydrering	78.944	226.964	379.918	276.304	187.492	1.149.622
Lungebetændelse	429.258	1.021.338	1.174.292	897.988	907.856	4.430.732
Obstipation	92.000	112.000	136.000	108.000	116.000	564.000
UVI	83.878	192.426	133.218	98.680	128.284	636.486
Brud	384.852	789.440	754.902	646.354	651.288	3.226.836
I alt	**1.068.932**	**2.342.168**	**2.578.330**	**2.027.326**	**1.990.920**	**10.007.676**

For hospitalerne er der ikke et direkte økonomisk incitament, som i kommunerne, til at forebygge indlæggelser og genindlæggelser, men dog en økonomisk forpligtelse til at sikre, at ressourcerne anvendes bedst muligt og med omtanke. Det indebærer eksempelvis en kontinuerlig opmærksomhed på, at de patienter der indlægges i Akutmodtagelsen, i det omkostningstunge akutte beredskab der er til rådighed døgnet rundt, året rundt, er de rette patienter.

For både kommuner og hospitaler har der været en fælles motivation i hensynet til borgeren/patienten, idet der er en fælles forståelse for, at for så vidt det angår forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser, så er det bedst at blive i eget hjem. En akut indlæggelse er, især for ældre borgere, en stor omvæltning og forstyrrelse i den daglige rytme, og i det omfang det kan forebygges at borgeren bliver så syg at en indlæggelse er nødvendig, så er det at foretrække at blive hjemme.

3. Projektets formål, mål og leverancer

På baggrund af den indledende dataanalyse besluttede styregruppen en let justering af projektets formål og fokus.

Projektets formål

At forebygge indlæggelser og genindlæggelser af borgere over 60 år, der modtager kommunalt visiterede sundhedsydelser og/eller praktisk bistand, med fokus på følgende forebyggelige diagnoser: Lungebetændelse, UVI, dehydrering, obstipation, KOL og brud pga. fald.

Projektets mål er også revideret ift. den oprindelige projektansøgning, som følge af udvidelse af fokus til også at omfatte indlæggelser.
Derudover er effektmålet ændret, da det viste sig at det oprindelige effektmål var opfyldt inden projektet var i gang. I projektansøgningen var målet at niveauet af forebyggelige genindlæggelser skulle nedbringes til regionens gennemsnitsniveau. Som det fremgik af figur 2 har Hillerød Hospital siden starten af 2009 været på regionens niveau.

Projektets mål

1. *Det deltagende personale i kommuner, almen praksis og på hospitalerne vurderer, at de enkelte indsatser, der er afprøvet, er meningsfulde og fungerer som et anvendeligt redskab i dagligdagen ift. tidligt at opspore forværring i almentilstanden og forebygge indlæggelser og genindlæggelser.*
2. *For de deltagende kommuner og hospitaler er der registreret færre indlæggelser og genindlæggelser af patienter over 60 år med udvalgte forebyggelige diagnoser (lungebetændelse, KOL, dehydrering, obstipation, UVI og brud pga. fald) i perioden juli til december 2011, end i samme periode 2010.*
3. *Forebyggelsespotentialet i indlæggelsesforløb med en af de udvalgte diagnoser for borgere/patienter over 60 år er reduceret ift. november 2010, hvor analysen konkluderede, at langt størstedelen af de analyserede forløb kunne være forebygget.*
4. *Der er skabt nye lokale og/eller tværsektorielle samarbejder, som led i at forebygge indlæggelser og genindlæggelser, som har betydning for at kunne agere anderledes ift. et forebyggelsesfokus.*
5. *Det problemorienterede tværsektorielle samarbejde har skabt nye meningsfulde samarbejder på tværs af sektorer.*

Projektets leverancer

- At identificere organisatoriske og strukturelle faktorer i relation til forebyggelse af genindlæggelser samt identificere relevante aktører
- At afdække behovet for kompetenceudvikling med henblik på at nedbringe antallet af forebyggelige genindlæggelser
- At igangsætte og afprøve prioriterede organisatoriske/strukturelle tiltag, der er identificeret som havende betydning for forebyggelse af genindlæggelser (f.eks. samarbejde mellem praktiserende læge og hjemmepleje, behov for information til borgere om hvornår man henvender sig på hospitalet m.m.)
- At udvikle og afprøve et koncept for kompetenceudvikling, såfremt der identificeres et behov for dette
- At udvikle metoder til at følge udviklingen af generelle forebyggelige tilstande

4. Organisering og finansiering.

Projektpartnerne er Gribskov, Hillerød, Allerød, Halsnæs og Frederikssund Kommuner, og Frederikssund og Hillerød Hospitaler.

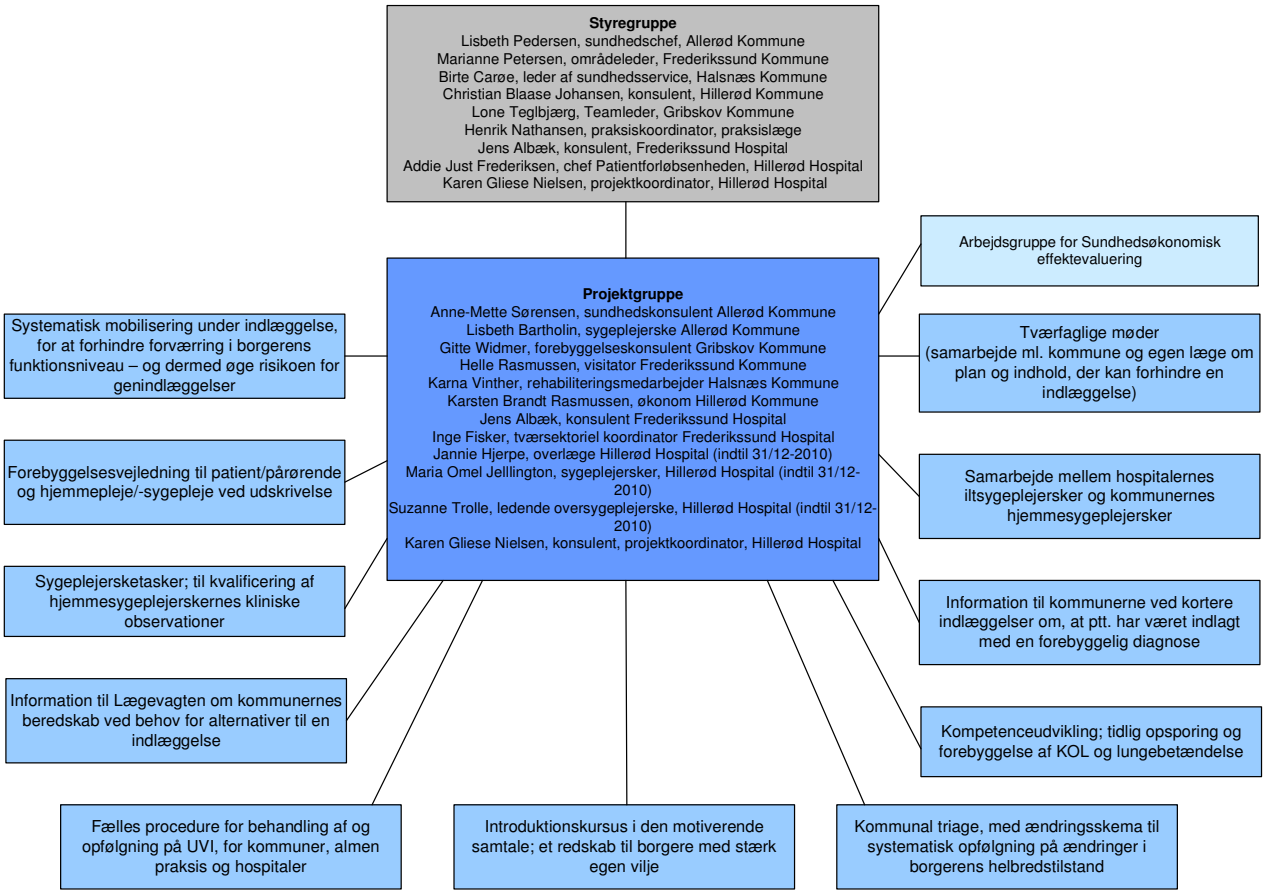
Projektet har været organiseret med en tværsektoriel styregruppe og projektgruppe.

Styregruppen var sammensat af en repræsentant pr projektpartner (de fem kommuner og de to hospitaler), en repræsentant for almen og projektets koordinator.

Projektgruppens sammensætning var tilsvarende, dog var det muligt for projektpartnerne at melde flere deltagere ind, hvis det var ønsket. Almen praksis har ikke været repræsenteret i projektgruppen.

I fasen med udvikling af interventioner har der været nedsat arbejdsgrupper, der har refereret til projektgruppen hhv. styregruppen. Arbejdsgruppernes formænd har med få undtagelser været fra projektgruppen.

Organisering, projekt om forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser



Parallelt med den tværsektorielle organisering har der i kommunerne været lokale projektgrupper, der ikke er med i denne oversigt. Både i de lokale projektorganiseringer og i implementeringen af interventionerne har været en række medarbejdere involveret, der har bidraget med stort engagement og aktivitet.

Projekt er gennemført i perioden fra 1. april 2010 til 29. februar 2012, med reel opstart i juni 2010.

Projektets faser er skitseret her:
1. Planlægningsfase, herunder kvantitativ analyse af data om indlæggelser og genindlæggelser
   (juni - september 2010)
2. Analysefase, herunder kvalitativ analyse af årsager til forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser
   (oktober 2010 - januar 2011)
3. Udviklingsfase
   (februar – juni 2011)
4. Afprøvnings- og implementeringsfase
   (juli – november 2011)
5. Evalueringsfase
   (november 2011 – februar 2012).

Finansiering

Projektet er finansieret af Region Hovedstadens Forebyggelsespulje med kr. 1.050.000, under forudsætning af tilsvarende medfinansiering af de medvirkende kommuner.
For kommunerne betyder det, at de har medfinansieret deres andel i projektet på følgende måde;

Tabel 4. Kommunernes medfinansiering af projektet

	2010	**2011**	*I alt*
Allerød	75.000	95.000	*170.000*
Hillerød	100.000	120.000	*220.000*
Halsnæs	75.000	95.000	*170.000*
Gribskov	60.000	110.000	*170.000*
Frederikssund	100.000	120.000	*220.000*
Egedal	100.000	0	*100.000*
I alt			***1.050.000***

Note: Egedal Kommune var kun med det første år, hvorefter fremrykkelse af ændringer i hospitalsplanen betød at kommunens patienter ikke længere tilhørte Planlægningsområde Nord.

Ændringer undervejs i projektperioden

Egedal Kommune deltog i den indledende fase med udarbejdelsen af projektansøgningen i 2009 og opstart af projektet i 2010, men trådte ud af projektet i slutningen af 2010 efter gennemførelse af ændringer i hospitalsplanen der betød, at Egedal Kommune kom til at høre under Herlev Hospitals optageområde.

Fokus blev udvidet til også at omhandle forebyggelige indlæggelser, som konsekvens af den kvantitative analyse, beskrevet i foregående afsnit.

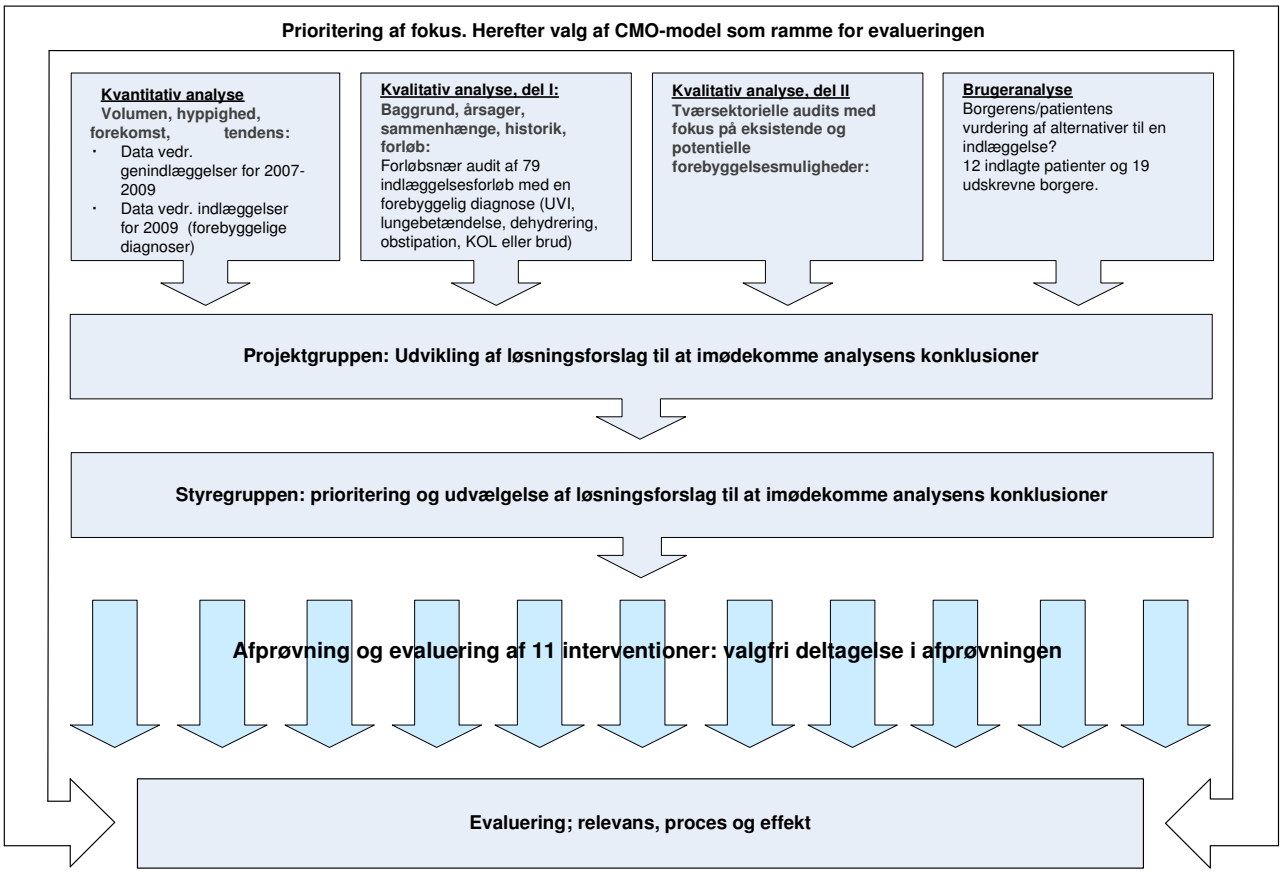
Projektet var planlagt til afslutning med udgangen af december 2011, men efter ansøgning fra styregruppen til Forebyggelsespuljen blev projektet forlænget med to måneder, så der var mere tid til at afprøve interventionerne.

5. Metoder i projektet

I dette afsnit gives en kort overordnet beskrivelse af de metoder, som er anvendt i projektet, med fokus på de udfordringer der har relateret sig til metodevalget. Beskrivelsen af metodevalg er relateret til projektets faser (planlægningsfasen, analysefasen, udviklingsfasen, implementeringsfasen og evalueringsfasen).
Hver enkelt af de 11 interventioner er evalueret særskilt af arbejdsgruppen, og evalueringsmetoder er beskrevet i kapitel 7 med uddybende beskrivelser af interventionerne, samt af bilagsmaterialet vedr. de enkelte interventioner.

Sammenhængen i projektets faser kan illustreres som nedenfor. I valget af metoder er det særligt overgangene mellem faserne der er væsentlige, idet prioriteringen og afgræsningerne typisk udmøntes her.

Generelt har der i projektet været en formativ tilgang til udvikling og fremdrift, hvor ny viden, erfaringer og konklusioner har formet og kvalificeret kravene til næste fase. Det er bl.a. blevet prioriteret, for at sikre projektparterne et aktuelt og relevant projekt med indsatser der modsvarer de konkrete erkendte problemstillinger, i fornuftig sammenhæng med ressourcebehovet.



Planlægningsfasen og analysefasen

I disse faser blev der i projektgruppen og af projektlederen arbejdet med at kvalificere fokus og målgruppe for iværksættelse af interventioner rettet mod forebyggelse af forebyggelige genindlæggelser og indlæggelser. Der blev anvendt både kvantitative metoder og kvalitative metoder.
Det kvantitative datagrundlag blev anvendt med henblik på at identificere de primære lokale udfordringer for projektets kommuner og hospitaler; hyppigst forekommende diagnoser, målgruppens alder, samt andre kvantificerbare tendenser.
Datagrundlaget blev udgjort af:

1. Data vedr. samtlige genindlæggelser fra 2007 – 2009 fra Hillerød og Frederikssund hospitaler. Data er genereret fra E-sundhed, der baseret på DRG-grupperet LPR. Data blev leveret af Dataenheden i Region Hovedstaden.
2. Data vedr. indlæggelser af borgere fra projektkommunerne på Hillerød eller Frederikssund hospitaler i 2009, med udvalgte diagnoser. Datakilden var Hillerød Hospitals datavarehus, der er baseret på hospitalets patientadministrative system, GS/OPUS.

Med afsæt i den kvantitative analyse blev der gennemført 79 kvalitative forløbsaudits på 79 indlæggelsesforløb. Disse audit foregik henholdsvis på de to hospitaler og lokalt i de fem kommuner. Der var indkaldt sundhedsfagligt personale, som havde været aktører i de konkrete patient-/borgerforløb. Efter de lokale audits blev afholdt 6 tværsektorielle caseorienterede audits med deltagere fra almen praksis, hospitaler og kommuner. For nærmere beskrivelse af den kvalitative analyse, herunder selektionskriterier henvises til bilag 1.

Med henblik på at inddrage borgerperspektivet blev det besluttet at udføre et antal interviews med borgere/patienter, som havde været indlagt med en af de udvalgte diagnoser. Formålet var at afdække et evt. forebyggelsespotentiale set fra borgerens vinkel. Interviewene blev gennemført i 2 kommuner, samt på Frederikssund hospital, enten i form af telefoninterview eller som interview. Der blev i første omgang udført i alt 31 interview, og herefter blev det besluttet ikke at udføre flere interview, da de første interviews ikke viste betydende bidrag til analysen af problematikker, forebyggelsespotentiale og idéer til iværksættelse af interventioner.

Udviklingsfasen; løsninger til prioriterede problemstillinger

Med afsæt i viden fra analysefasen og især de afviklede audits af kvalitativ karakter blev der i projektgruppen arbejdet med udvikling af interventioner til at imødekomme de problemstillinger, som var fremkommet i analysearbejdet. Beslutning om interventioner, som skulle iværksættes blev taget af styregruppen for projektet. Efterfølgende besluttede de enkelte og hospitaler og kommuner, hvilke interventioner de ønskede at deltage i.

Styregruppen havde forud for udviklingsfasen prioriteret de overordnede problemstillinger, samt defineret en ramme for udviklingen af interventionen, der præciserede, at tiltag skulle udvikles inden for allerede eksisterende aktiviteter på hospitaler og i kommuner.

Udgangspunktet for interventionerne var et ønske om at udvikle tværsektorielle indsatser, så flest mulige parter på tværs af sektorer blev involveret i samarbejdet. Imidlertid havde analysen vist, at problemstillingerne var hjemmehørende i de enkelte sektorer, snarere end i overgangene, og udviklingen af interventioner blev derfor meget naturligt til indsatser i den enkelte sektor.
Indsatserne blev dog i overvejende grad udviklet i tværsektorielle samarbejder.

I denne fase blev ligeledes udarbejdet beskrivelser af alle de 11 prioriterede interventioner, herunder evalueringsmetoder.

Implementeringsfase; afprøvning af indsatser

Denne fases fokus var på afprøvning af interventionerne og løbende indsamling af data til evalueringen, efter beskrivelse af hver enkelt interventions metoder.

Deltagelse for den enkelte kommune og hospitalsafdeling i hvilke og hvor mange af interventionerne blev besluttet lokalt. Også beslutningen om, hvordan afprøvningen blev gennemført også blev afklaret lokalt, naturligvis med udgangspunkt i de aftaler og det materiale der var udarbejdet af en fælles arbejdsgruppe.

Den ramme blev valgt for at sikre størst mulig opbakning til afprøvningen i den relativt korte periode der var mulig, for at få flest mulige erfaringer med de enkelte indsatser.

Metodisk betyder den frivillige deltagelse og forpligtelse, at indsatserne bliver afprøvet med varierende volumen og evt. med mindre lokale tilpasninger, hvilket kan give udfordringer ved evalueringen, eksempelvis ift. at kunne måle effekten. Sammenligninger på tværs af kommuner eller afdelinger vil også være vanskeligere, hvis de lokale implementeringer varierer meget fra hinanden.
Omvendt vil frivilligheden og fleksibiliteten i afprøvningen af interventionerne betyde, at flere projektpartnere vil deltage, hvilket er nødvendigt for at kunne få erfaringer med interventionerne. Dette bl.a. fordi selve afprøvningsfasen var relativ kort og dermed gav vanskelige vilkår for afprøvningerne.

Evalueringsfase; udfordringer ift. at evaluere

Evalueringen af projektets resultater er gennemført i et CMO-design (Context, Mechanism and Output), hvor omdrejningspunktet er at sandsynliggøre sammenhængen mellem en given intervention og en observeret effekt med udgangspunkt i en velbeskrevet kontekst. Evalueringsmodellen er valgt, da det muliggør måling og beskrivelsen af resultater af en planlagt intervention i en kontekst, hvor det er vanskeligt at sandsynliggøre sammenhængen mellem indsats og output. Se bilag 2 for yderligere beskrivelse af CMO-modellen.

Udfordringer i evalueringen i kraft af projektets fokus

Udgangspunktet for at vælge en CMO-model er, at projektets fokus overordnet giver to store udfordringer i relation til evalueringen;

A) Uforudsigelige forløb
Analysen betragter forløbene retrospektivt med udgangspunkt i en indlæggelse/genindlæggelse, og konkluderer på den baggrund, hvordan de givne forløb kunne være forebygget. Interventionerne bygger på disse konklusioner og er bedste bud på, hvad der kan forebygge en indlæggelse.

Der er imidlertid ingen mulighed for prospektivt at forudse, hvorvidt et givent forløb vil medføre en indlæggelse eller ej, uanset de interventioner der bliver testet. Det er således ikke givent, at et forløb der ikke bliver til en indlæggelse efter en given intervention, under andre omstændigheder – inden projektet og uden intervention – ville have ført til en indlæggelse.

Denne manglende "sikre" sammenhæng mellem forværring i almentilstand/helbredstilstand og indlæggelse/genindlæggelse pga. en forebyggelig diagnose betyder, at der er en del usikkerhed ift. at kunne konkludere hvorvidt interventionerne har effekt som ønsket.

B) Konkurrerende indsatser ift. samme målgruppe
Der er i kommunerne og på hospitalerne igangsat og planlagt en række indsatser til at forebygge genindlæggelser (Følge-hjemordninger, ringe-hjemordninger, følge-opordninger, Patientsikkert sygehus, farmaceuter i Akutafdelingen m.m.), hvoraf mange af disse har samme målgruppe som nærværende projekt; ældre medicinske patienter.

De mange indsatser ift. samme målgruppe vanskeliggør muligheden for at vurdere effekten af projektets interventioner ift. eventuelt forebyggede indlæggelser og genindlæggelser. Såfremt garanti for, at det netop er projektets interventioner, der forebygger indlæggelser – det kan være en eller flere af de andre projekters indsatser, eller summen af samtlige indsatser osv.
Dertil kommer, at der i dette projekt afprøves 11 forskellige interventioner indenfor samme periode – med samme diagnoser og målgrupper, hvilket yderligere gør det meget vanskeligt at konkludere, hvilken intervention der har haft effekt eller ikke, ift. at forebygge indlæggelser og genindlæggelser.

Der er gennemført evalueringer på flere niveauer:

- Evaluering af hver enkelt intervention i relation til interventionens opstillede mål, med anvendelse af både kvantitative og kvalitative metoder, som supplerer hinanden.
  To af interventionerne, triage og sygeplejetasker, er yderligere evalueret i et økonomisk perspektiv med henblik på at beregne omkostninger ved afprøvning af interventionerne ift. sparede sundhedsudgifter i kommunerne.
- Evaluering på tværs af interventioner; proces, samarbejde og effekt.

6. Analyse

Den samlede analyse består af tre dele;
- En kvantitativ analyse
- En kvalitativ analyse
- En analyse af brugernes oplevelser og forventninger til forebyggelse, relateret til en indlæggelse med en forebyggelig diagnose.

De data, der blev genereret i den kvantitative analyse er præsenteret i udvalg i rapportens kapitel om baggrund og udvidelse af fokus og vil ikke blive yderligere præsenteret her.
Dette kapitel vil samle konklusionerne fra den kvalitative analyse, og afslutningsvis i kapitlet vil brugerundersøgelsen blive beskrevet.

Datagrundlag

Den kvalitative analyse er baseret på lokale forløbsnære audits gennemført i kommuner og på hospitaler i november 2010. For beskrivelse af metoden se bilag 1.
I alt er der gennemgået 29 forløb i de fem medvirkende kommuner, samt 50 forløb på hospitalerne, fordelt som følger:

Tabel 5; Fordeling af diagnoser, forløbsnære audits november 2010.

	Dehydrering	UVI	Obstipation	KOL	Hoftebrud	Lungebetændelse	I alt
Hillerød Kommune	1	1		1	1	2	6
Allerød Kommune	1	1	1	1	1	1	6
Frederikssund kommune	2		1		1	1	5
Halsnæs Kommune	1	1	1	1	1	1	6
Gribskov Kommune	1	1	1		1	1	5
Lungemed. Afd. HiH				5		7	12
Akutafd, HiH	3	4	2			4	13
Ortopædkir. Afd. HiH					7		7
Kardio. Afd. HiH	8	2					10
FrS Hospital	1	2	2	2		2	9
I alt	18	12	8	10	12	19	79

Det fremgår af tabellen, at der er en overrepræsentation af diagnoserne dehydrering og lungebetændelse og en underrepræsentation af obstipation og KOL. Årsagerne er dels mønsteret i de kvantitative data, hvor indlæggelser pga. obstipation forekommer mindre hyppigt end eksempelvis lungebetændelse og dehydrering, og dels, at det viste sig ved udvælgelsen af forløb til audits, at der særligt i relation til indlæggelser med diagnosekoden obstipation, i nogle tilfælde er registreret obstipation, hvor patienten ikke har været obstiperet, men har haft mavesmerter.

Gennemgangen af de kvalitative resultater er delt i to dele;
1) Forløbsnære audits i kommuner
2) Forløbsnære audits på hospitaler

De vurderinger og konklusioner der fremgår af analysen er fremkommet dels under gennemførelsen af audits og dels i projektgruppens efterfølgende drøftelser og opsamlinger. Der bliver derfor nogle steder skelnet mellem om det er auditdeltagernes eller projektgruppens vurderinger/kommentarer, idet der er nogen forskel på opfattelsen af, hvad der kan forebygges, hvilket formentlig skyldes, at projektgruppedeltagerne har en mere fremadrettet vinkel på forløbene, mens auditdeltagerne har den konkrete borger i tankerne, og har en oplevelse af muligheder og begrænsninger i det pågældende hjem.

Konklusionerne er rapporteret forholdsvis deltaljeret, da analysen er en del af det fælles output og vidensgrundlag, som projektet har genereret, og som samarbejdet omkring forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser i planlægningsområde Nord også fremover skal kunne basere sig på.

Resultater fra de forløbsnære audits i kommunerne

En generel vurdering af de forløb, der blev gennemført audit på i kommunerne er, at langt størstedelen af indlæggelserne kunne være forebygget og den konkrete indlæggelse således kunne være forebygget. Af de 29 forløb vurderede auditdeltagerne at 16 forløb kunne være forebygget, 8 forløb kunne muligvis være forebygget og kun 4 forløb kunne ikke være forebygget.

Den primære, generelle og for alle kommuner gældende observation, der er afdækket i de forløbsnære audits er, at der er et betydeligt forebyggelsespotentiale i forhold til at forhindre en forværring af borgerens almen tilstand. Det skyldes, at det i størstedelen af forløbene bliver vurderet, at hvis der bliver gjort en tidlig indsats ift. borgeren, når der observeres en ændring/forværring i almentilstanden, så er der muligheder for at forhindre, at det ender med en tilstand, der kræver indlæggelse.

For at denne forebyggelse kan realiseres er der to forhold, der skal være på plads:
a) Det forudsætter at der bliver observeret på borgeren med henblik på at opdage ændring i funktionsniveau/almentilstand. Observationerne skal opsamles systematisk og formidles til rette modtager.
Det er projektgruppens vurdering på baggrund af de forløbsnære audits, at der bliver gjort mange gode og fine observationer i hjemmene, men der er ikke en systematisk opsamling og handlepligt på disse observationer, hvilket betyder at de ikke bringes i anvendelse. Det kom fx til udtryk hos forskellige social- og sundhedshjælpere, som: ”borger var gennem længere tid blevet dårligere”, ”lå mere i senge”, ”var holdt op med at bruge rollatoren og kun brugte kørestolen”, ”ikke ville spise og drikke så meget mere”, ”var blevet mindre glad” osv.

b) Modtager skal reagere på de løbende observationen på borgeren. Konkret blev det nævnt, at der ikke rigtig er nogen der reagerer på de observationer, som social- og sundhedshjælperen kommer med, og derfor stopper tilbagemeldingerne om observationerne.

Audits viser også, at når borgeren først er ”dårlig”, fx spiser og drikker mindre, er mindre mobil, og måske oveni har en urinvejsinfektion eller lungebetændelse under opsejling, så er det vanskeligt at forhindre indlæggelsen.

Konklusionerne er derfor i mange af de gennemgåede forløb, at der i de konkrete tilfælde ikke var alternativer til indlæggelse, men de er samtidig blevet vurderet som forebyggelige, såfremt der havde været den tidlige indsats.
En konklusion i forlængelse heraf er også, at de patienter der bliver indlagt med en forebyggelig diagnose ikke er raske og *ikke* kunne være vendt i døren og sendt tilbage til den kommunale pleje – det er de for syge til på selve indlæggelsestidspunktet.

Kommunernes typiske indsats ift. en indlæggelsestruet borger, eller en borger, der akut har fået det dårligere, hvor social- og sundhedshjælper, assistent eller sygeplejerske vurderer, at der skal sættes ekstra ind, er ved at visitere ekstra besøg til borgeren.

En stor del af forløbene viser således, at der inden for de sidste 14 dage op til indlæggelsen bliver sat hurtigt ind med ekstra besøg, enten via selvvisiterende hjemmepleje/sygepleje eller hurtigt reagerende visitationer.

De forløbsnære audits i kommunerne viser, at det fungerer meget effektivt med hurtigt at sikre mere hjælp til en dårlig borger. Imidlertid er det samtidig tydeligt, at der i langt størstedelen af forløbene ikke formuleres et konkret mål og en plan for indholdet i de ekstra besøg, ligesom der ikke følges op på, hvorvidt de ekstra besøg har den ønskede effekt.

I de forløbsnære audits kom dette til udtryk mange gange fra hjælpere, i form af, at man kommer forbi en ekstra gang hos borger, for at se hvordan det nu gik. Ikke at der registreres fx temperatur, hvor meget der er drukket/spist, om humøret er blevet bedre osv.
Fra projektgruppen er vurderingen, at man i kommunerne i de tilfælde gør mere af det samme, der ikke altid virker, i stedet for at gøre noget andet, fx bringe andre initiativer, redskaber, fagligheder eller kompetencer ind i processen.

Det betyder, at de ekstra besøg der blev givet i de gennemgåede forløb, ikke har haft den ønskede effekt, set fra kommunernes perspektiv.

I forlængelse af konklusionen om, at der skal forebygges allerede når borgerens funktionsniveau begynder at ændre sig er det en væsentlig observation fra de gennemgåede forløb, at langt størstedelen af disse borgere har flere daglige besøg, hvor der er mulighed for at observere borger (også inden der visiteres ekstra besøg).
Det rejser spørgsmålet om, hvad det rent faktisk er der skal observeres hos borger; er det vejrtrækning, stemningsskift, temperatur, selvvurderet helbred eller lign? På den lange bane vil fokus være på ændringer i hverdagsindikatorer, mens der ift. en forværring skal være fokus på sundhedsfaglige, kliniske observationer.

Der er også behov for systematisk opsamling af disse daglige observationer, i en let form, samt klare aftaler om, hvordan der handles på afvigelser.
Altså er det ikke kun i tilfælde af forværring der skal sikres systematisk observation og opsamling på observationer, men også når det går godt.

Respekt for borgers egen vilje

En anden observation, der var gennemgående i alle projektkommunerne var respekten for borgerens egen vilje, der typisk blev brugt som forklaring på, at det ikke var lykkedes at gennemføre en foranstaltning/indsats, der kunne reducere risikoen for forværring og/eller indlæggelse, fx en midlertidig aflastningsplads til borgere, der har behov for en ekstra indsats i en periode ift. ernæring, træning m.m., et dagcentertilbud, en ældrevenlig bolig (uden trapper), hjælp til medicinadministration, øget praktisk hjælp eller personlig pleje osv.

Det er projektgruppens vurdering, at der fra social- og sundhedshjælpere, assistenter og sygeplejersker i den forbindelse både er tale om at være afmægtig ift. en stædig, selvstændig og manipulerende borger, der ikke vil høre tale om forandringer, men også en meget positiv respekt for borgere, der uanset alder og funktionsniveau har en tydelig og formuleret holdning til hvad de vil, og især hvad de ikke vil, og denne positive respekt betyder, at deres vilje ikke bliver udfordret.

Både deltagere i de forløbsnære audits og projektgruppen har vurderet, at der er behov for en drøftelse af, hvor langt man som kommune/social- og sundhedshjælper/sygeplejerske skal gå, for at motivere en borger til en given ydelse. Hvornår overskrides grænsen for hvad der er OK?
Der var også personale, der efterspurgte redskaber til at gennemskue borgeren (er det fx et udtryk for egen mestringsevne at insistere på at tage læbestift og parfume på hver dag?), eller mulighed for at inddrage andre fagligheder, fx egen læge, hjemmesygeplejen, visitationen eller personale uddannet i motiverende samtaler osv.

Indlæggelsestidspunkt og kommunal medvirken ved indlæggelse

For de gennemgåede 29 forløb er langt størstedelen af indlæggelserne sket uden for egen læges åbningstid (hverdage 8-16). I alt er ca. 60% blevet indlagt af vagtlægen, hvilket er ca. 20% flere end den kvantitative analyse har dokumenteret. Dertil kommer fire forløb fra sommerferieperioden, hvor det tyder på, at egen læge har været erstattet af en vikar, enten i egen praksis (hvor der er adgang til journalen) eller fra en anden praksis, hvor der ikke er adgang til journalen.

Det fremgår også af de kvalitative audits, at der i mange af forløbene (12 af 29) har været hjemmepleje, plejehjemspersonale og/eller sygeplejersker fra kommunen med til at indlægge, ved at ringe til vagtlægen/egen læge. Dog har der i flere tilfælde ikke været kommunalt personale involveret i indlæggelsen, og det er oplagt at undersøge, om der er mulighed for at kunne give alternativer til en indlæggelse, når man ikke er informeret om hvad der foregår.
I 7 af forløbene er det pårørende der initierer indlæggelserne (typisk søn, datter eller ægtefælle), og fra både auditdeltagere og projektgruppen er det kommenteret, at en indlæggelse kunne være undgået, hvis de (pårørende) havde kontaktet kommunen i stedet, med efterfølgende drøftelser af, hvordan det kan blive et reelt og attraktivt alternativ for borgeren og de pårørende.

Forebyggelse efter tidligere indlæggelser

Som tidligere beskrevet har de borgere, der er gennemgået i de kommunale audits typisk flere daglige besøg, og der har således været mulighed for at observere ændringer.

Dertil kommer, at der for ganske mange af borgernes vedkommende indenfor de forudgående 6-8 måneder har været tidligere indlæggelser, hvoraf mange har været pga. forebyggelige diagnoser. Dette bemærker projektgruppen er et udtryk for, at der har været lejlighed til at opdage et fremtidigt forebyggelsespotentiale hos disse borgere, men der har ikke været fokus på hvordan en ny indlæggelse kan forebygges.

På samme måde har der ikke ved de indlæggelsesforløb, hvor der efter det gennemgåede forløb har været flere efterfølgende indlæggelser, været gjort nogle specifikke indsatser for at forebygge en fremtidig (gen-)indlæggelse. Det er således kun i ganske få forløb, der kan dokumenteres en indsats ift. at forebygge en ny indlæggelse efter en tidligere udskrivelse eller i forbindelse med fremtidige potentielle indlæggelser.

Særlige problemstillinger for plejehjemsbeboere

Fra kommunerne har der været et ønske om at afdække, om der er særlige problemstillinger knyttet til indlæggelser af borgere fra plejehjem, og der er fra alle kommuner udvalgt 1-2 borgere, der bor på plejehjem.

Analysen viste, at nogle af de mest overraskende indlæggelsesforløb har været med borgere fra plejehjem, idet projektgruppens medlemmer har været overraskede over at konstatere, at forløb med dehydrering og urinvejsinfektioner ikke har kunnet håndteres og forebygges på plejehjemmene.
Konklusionen fra projektgruppen er, at disse forløb formentlig afspejler at plejehjemsbeboere er meget komplekse borgere, der kræver en anderledes forebyggende indsats.

Det er projektgruppens vurdering, at de betydeligt mere komplekse borgere stiller krav til kompetenceniveauet hos personalet på plejehjemmene, men det er også projektgruppens vurdering, at den ikke nødvendigvis findes på plejehjemmene.

Dette underbygges af bemærkninger fra auditdeltagere om, at der aften/nat og weekender ikke er personale, der kan håndtere ændringer i funktionsniveau, eller kan udføre og/eller følge op på en plejeplan, der er udarbejdet af en sygeplejerske op til weekenden.

En anden erfaring vedr. plejehjemsbeboere er fra plejehjemspersonale, der har deltaget i de forløbsnære audits, der har kommenteret et par gange, at hospitalet hjemsender patienter/borgere der bor på plejehjem før de er stabile, med forventning om, at plejehjemmet kan håndtere mere komplekse plejeopgaver end hjemmeplejen/sygeplejen.
Plejehjemspersonalet kommenterer, at de ikke har ressourcer til opgaver, der ligger ud over det der kan håndteres i hjemmeplejen/sygeplejen, men at det formentlig ikke er kendt på hospitalerne, hvilket understøttes af de audits der er gennemført på hospitalerne, hvor nogle af auditdeltagerne fra hospitalerne gav udtryk for netop denne forventning.

Manglende mulighed for sygepleje hos borgere, der ikke er visiteret til sygeplejeydelse

For to af kommunerne i projektet (Halsnæs og Frederikssund) er en væsentlig observation fra de gennemgåede forløb, at der er en barriere i forebyggelsen af indlæggelser i organiseringen af hjemmepleje og sygeplejeydelserne, der betyder, at der ikke akut kan inddrages en sygeplejerske i et forløb hos en borger, der ikke i forvejen er visiteret til sygeplejeydelser.
Det betyder også, at der ikke kan hentes rådgivning, vejledning og faglig sparring fra sygeplejerskerne, da de ikke kan gå ind i forløb hos borgere, de ikke kender.

I de to kommuner efterspørger social- og sundhedshjælpere konkrete muligheder for at have en struktureret faglig sparring med sygeplejen, og også gerne mulighed for at visitere en sygeplejerske til fx et observations- og mestringsbesøg, der kan bidrage til vurderingen af borgerens behov for ændringer i hjælp/pleje.

Egen læges andel i forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser

De forløbsnære audits i kommunerne har afdækket en række forhold omkring det kommunale personales samarbejde med egen læge, som bliver beskrevet som udfordringer i samarbejdet.

Det er fra flere auditdeltagere fra hjemmeplejen blevet bemærket, at der er mange læger, der ikke vil tale med hjemmeplejepersonale om en borger/patient, men kun med en sygeplejerske. De praktiserende læger, der har deltaget i de forløbsnære audits kommenterer dette med, at de ønsker faglighed, fakta og kliniske

vurderinger, som grundlag for de beslutninger vedr. besøg eller igangsættelse af behandling, som kan være formålet med telefonsamtalen.

Andre auditdeltagere bemærkede, at tilgængeligheden til egen læge er vanskelig, og at det tager meget tid for hjemmeplejen/sygeplejen at få kontakt, ligesom det af flere auditdeltagere blev bemærket, at det kan være vanskeligt at få egen læge på akutte hjemmebesøg, hvilket er et stort problem når borger ikke er mobil.

Samarbejdet med egen læge er en væsentlig problemstilling ift. at forebygge indlæggelser og genindlæggelser, hvor lægens opgave ift. fx. medicinsanering er central.

Afslutningsvis en kort beskrivelse af de 4 forløb, som auditdeltagerne ikke vurderede kunne forebygges:

- et hoftebrud hos en mand, der ikke var faldtruet, hvorfor der ikke er basis for at lave en individuel faldforebyggelse i hjemmet. Det skal dog tilføjes, at auditdeltagerne efterfølgende vurderede, at hvis der havde været foretaget en generel faldscreening og -forebyggelse i hjemmet, ville borgerens fald formentlig være kunnet forebygget.
- en lungebetændelse hos en kvinde, der indlægges OBS hjerteflimmer. Det blev på hospitalet afkræftet, at kvinden havde hjerteproblemer, og at den trykken for brystet hun havde oplevet formentlig skyldes den lungebetændelse, som hun blev diagnosticeret med på hospitalet. Patienter vil altid blive indlagt, hvis der er tale om brystsmerter, men ikke desto mindre er det auditgruppens vurdering, at der muligvis kunne være forebygget en lungebetændelse, hvis den var blevet observeret. Der var dog i dette konkrete kun visiteret 1 ugentlig bad til kvinden, hvilket vanskeliggør en tidlig opsporing på lungebetændelse.
- to indlæggelser med KOL i exacerbation. Typisk, når der er tale om KOL i exacerbation er der ingen alternativer til en indlæggelse, derfor er de vurderet til ikke at kunne forebygges. Dog er der andre KOL-indlæggelser, der er vurderet til at kunne være forebygget, idet fokus har været på at forebygge at sygdommen udviklede sig/en forværring. For de to konkrete tilfælde her skyldes auditdeltagernes vurdering af, at de ikke kunne forebygges, at det ene forløb er OBS brystsmerter og KOL, hvilket som ovenfor skrevet altid medfører en indlæggelse, og det andet er en borger med sparsom kontakt til kommunen.

For de indlæggelser, der af auditdeltagerne er vurderet til muligvis at kunne være forebygget er det gennemgående karakteristika, at det er forløb, hvor det kommunale personale føler sig magtesløse, eksempelvis ift. komplekse situationer i hjemmet, hvor der er en stædig borger og/eller styrende pårørende, der gør det vanskeligt for den kommunale hjemmepleje og sygepleje at forebygge gennem forslag af nye initiativer.

Derudover er der nogle forløb, hvor der er behov for medicinske løsninger, fx ift. en kronisk obstiperet borger og et KOL-forløb, hvor den kommunale hjemmepleje/sygepleje har ønsket en markant inddragelse af egen læge, som ikke har været mulig. Normalt vil disse forløb kunne forebygges, men i de konkrete tilfælde bliver der vurderet vanskeligt at få en dialog med lægen og dermed er der ikke optimale betingelser til stede for forebyggelse.

Resultater fra audits på hospitalsafdelingerne

De forløbsnære audits på hospitalerne er som udgangspunkt gennemført afdelingsvis/afsnitsvis med fokus på den eller de diagnoser, der relaterer sig til afdelingens/afsnittets speciale.

Fordelingen af diagnoser fremgår af tabel 5. Det skal bemærkes, at Akutafdelingen og Kardiologisk afdeling begge har auditeret på UVI og dehydrering, ligesom Akutafdelingen og Lungemedicinsk afdeling begge har auditeret lungebetændelse. Der har imidlertid været forskel i fokus, idet Akutafdelingens audits har været på korte forløb, hvor patienten er indlagt max 1 døgn, og de øvrige afdelinger har auditeret på længere forløb, hvor patienten ligger mere end et døgn.

Forebyggelige forløb

Af de 50 forløb der er auditeret på de to hospitaler er den primære konklusion, at langt størstedelen af dem kunne være forebygget, så en indlæggelse havde været undgået. Det er dog vigtigt at understrege, at der for at undgå indlæggelserne skulle have været en langsigtet forebyggelse til stede, som konkluderet i de kommunale audits. Dette fordi de patienter, der indgik i de forløbsnære audits på hospitalerne, for en stor dels vedkommende har været syge og indlæggelseskrævende, da de blev indlagt, og der var reelt ikke et alternativ til en indlæggelse på dette tidspunkt.

Auditdeltagerne har i 35 af forløbene vurderet, at de kunne være forebygget (på lang sigt), mens 9 ikke kunne have været forebygget og 6 forløb muligvis kunne være forebygget.

Med henblik på de forløb, hvor hospitalet har en opgave og/eller forpligtelse ift. at forebygge, at patienten indlægges igen, enten som en genindlæggelse indenfor 30 dage efter udskrivelsen, eller senere med en forebyggelig diagnose, så er 24 af de auditerede forløb en genindlæggelse.

Af nedenstående tabel 6 fremgår det, i hvilket omfang der er sammenhæng mellem det auditerede forløb (der er en genindlæggelse) og den tidligere indlæggelse (indenfor 30 dage), primærindlæggelsen.

Det er ikke muligt i de kvantitative data at se, om genindlæggelser med forebyggelige diagnoser også ved primærindlæggelsen var en forebyggelige diagnose, men den sammenhæng kan dokumenteres i de kvalitative data fra de forløbsnære audit på hospitalerne.

Af de 24 genindlæggelser er der 6 forløb, hvor der ikke kan ses en sammenhæng mellem indlæggelserne af diagnoserne (markeret i tabellen med kursiv). Det skal dog ikke udelukkes, at primærindlæggelsen har betydning for risiko for genindlæggelsen. Eksempelvis fremgår det af journalen i forløbet med obstipation i det auditerede forløb og hjertesygdom i primærindlæggelsen, at patienten er gjort opmærksom på behov for laksantia, men det fremgår ikke af medicinlisten. Her er auditdeltagernes vurdering, at hvis patienten skal have laksantia, så skal det fremgå af medicinlisten, for i sådan en sammenhæng er et råd ikke tilstrækkeligt.

Tabel 6. Sammenhæng mellem diagnoser ved genindlæggelsen og primærindlæggelsen. Hospitalsaudits.

Auditeret forløb (genindlæggelse)	Primærindlæggelsen
UVI	Causa soc + gastroenterit
UVI	KOL
UVI	UVI
UVI	UVI, dehydrering, obstipation
Obstipation	*Hjertesyg*
Obstipation	UVI
Lungedræning + Lungebetændelse	*Lungedræning*
Lungebetændelse	Lungebetændelse
Lungebetændelse	Lungebetændelse
Lungebetændelse	*Ankelbrud*
Lungebetændelse	UVI
Lungebetændelse	Brystsmerter, UVI
KOL, kronisk bronkit	KOL, kronisk bronkit
KOL	KOL
KOL	*Fald, uden brud*
KOL	Lungebetændelse
Hoftefraktur	UVI
Hoftefraktur	Forhøjet blodtryk
Dehydrering	Dehydrering
Dehydrering	Dehydrering
Dehydrering	Dehydrering + causa soc
Dehydrering	*Blod i urinen*
Dehydrering	Fald, uden brud
Dehydrering	*Pacemakeroperation, pl.*

I alt svarer det til, at der i 75% af forløbene er tale om en forebyggelige diagnose ved både primærindlæggelsen og genindlæggelsen. Det er naturligvis små tal, der er udgangspunktet for denne konklusion om

sammenhæng mellem forebyggelige diagnoser ved både primærindlæggelsen og genindlæggelsen. Ikke desto mindre er denne sammenhæng ikke tidligere dokumenteret, og er derfor værd at hæfte sig ved, når der anlægges et forebyggelsesfokus.

I de forløb, hvor patienten bliver genindlagt med en forebyggelig diagnose indenfor 30 dage er det oplagt at drøfte, hvilken opgave hospitalet/afdelingen har ift. at informere kommunen, samt hvordan denne opgave skal løses.

Hospitalets auditdeltageres vurdering er, at de angiver i varslings- og færdigmeldingsskemaerne til de kommunale visitationer hvorfor patienten har været indlagt, altså UVI, dehydrering m.m. Det må imidlertid konkluderes, at det i så tilfælde ikke altid er tilstrækkeligt ift. at forebygge en genindlæggelse.

Det er ikke muligt at konkludere, hvorvidt det skyldes, at det ikke fremgår af varslingsskemaerne, uanset det er auditdeltagernes opfattelse, eller om det skyldes, at informationen ikke kommer fra visitationen til hjemmehjælperen/sygeplejersken i hjemmet/plejehjemmet.

Konkret er det i forbindelse med audits i Akutafdelingen på Hillerød Hospital påpeget af auditdeltagerne, at der ikke varsles og færdigmeldes efter indlæggelser på under 1 døgn, hvis der ikke er væsentlige ændringer i patientens funktionsniveau. Det betyder, at der ikke tilgår information til kommunen/visitationen vedr. en patient der er indlagt i omkring 1 døgn pga. dehydrering, UVI, obstipation, lungebetændelse eller KOL, hvilket vanskeliggør forebyggende indsatser i kommunen. Det skal dog tilføjes, at det ved flere kommunale audits blev udtrykt af personalet der kommer i hjemmene, at de typisk spørger hvorfor borger har været indlagt. At borger sjældent selv er klar over hvad de har været indlagt for er en anden problemstilling.

De andre informationsmuligheder, der er fra hospitalet til primærsektoren er sygeplejerapporten og epikrisen.

Det har ikke været muligt at registrere hvorvidt der er medsendt sygeplejerapport ved alle forløbene, da det ikke er alle sygeplejepapirer og -rapporter der er scannet ind og ligger elektronisk på journalen. Fra en enkelt afdeling var der fundet alle papirjournaler frem til auditten, i en anden afdeling er alle sygeplejepapirer scannet ind, og i de øvrige afdelinger har der ikke konsekvent været indscannet sygeplejepapirer.

I de forløb, hvor sygeplejepapirer og –rapporter blev gennemgået i auditten var det udelukkende muligt at tage stilling til indholdet og mulige informationer til visitationen, men ikke muligt at se hvorvidt den var sendt til kommunen/visitationen.

Omvendt har det ikke i de kommunale audits været muligt at se om sygeplejerapporten er sendt/modtaget, da der er forskel på hvordan de anvendes i kommunerne og om modtagelse registreres. I nogle kommuner sendes de fra visitationen til sygeplejen og/eller hjemmeplejen, andre kommuner beholder den i visitationen, der læser og videreformidler indholdet til sygeplejen/hjemmeplejen osv. Nogle steder kommer den med borger hjem og ligger derfor i hjemmet, og det er uvist hvem der læser den.

Der er derfor opmærksomhed omkring, fra både auditdeltagere og projektgruppedeltagere, at der er behov for at drøfte hvilke informationer der skal gives fra hospitalet til kommunen vedr. forebyggelse af nye indlæggelser, samt hvilket "medie" det skal kommunikeres i.

I forhold til epikriserne er det kun muligt i journalaudits at se, om de er skrevet, da det ikke fremgår af patientjournalen om og hvornår de er afsendt.
Det er dog fra flere af de alment praktiserende læger, der har deltaget i de forløbsnære audits blevet påpeget, at det er hyppigt forekommende, at epikrisen er forsinket (udover de 3 dage der er aftalt).

Dermed er der risiko for, at der ikke i alle forløb bliver overleveret informationer om forebyggelsesmuligheder/opgaver fra hospitalet til egen læge. Dertil skal lægges de udsagn, der er fra nogle praksislæger i både de forløbsnære audits og de tværsektorielle audits om, at det er vanskeligt at nå at læse samtlige af de epikriser der kommer ind i praksis dagligt, pga. ressourcemangel. I nogle lægehuse har man valgt at have sekretærer eller konsultationssygeplejersker til at læse og prioritere epikriser, hvor der skal tages handling, hvilket ikke er typisk for dette projekts målgruppe. Der er dermed både et problem for afsender og modtager ift. at sikre forebyggelse af genindlæggelser via epikrisen.

Det er projektgruppens vurdering, at der er behov for at afklare hvordan epikriser når til egen læge indenfor de aftalte 3 døgn, samt hvordan det sikres at egen læge læser epikrisen med henblik på at vurdere forebyggelsespotentiale.

Indlæggelsestidspunkt og henvisende læge

De gennemgåede hospitalsjournaler viser som de kommunale journalaudits, at en stor del at patienterne med de forebyggelige diagnoser bliver indlagt uden for egen læges åbningstid. I halvdelen af journalerne der er gennemgået på hospitalerne er patienten således indlagt hverdage mellem kl. 17 og 8, eller i weekender/helligdage.

Konklusioner ift. diagnosegrupper

Der er nogle få problemstillinger der relaterer sig til specifikke diagnoser, nemlig gruppen af KOL-patienter og de ortopædkirurgiske patienter med hoftefrakturer.

Indlæggelse af KOL-patienter
Der er gennemgået 5 forløb med KOL-indlæggelser på lungemedicinsk afdeling på Hillerød Hospital, samt 3 forløb på Lungemed. afsnit på Frederikssund Hospital. De 3 auditerede forløb på Frederikssund Hospital er atypiske KOL-forløb, forstået som, at der er konkurrerende sygdomme/problemstillinger, fx en psykiatrisk problemstilling, der er påkrævet bliver håndteret først. De fem forløb på Hillerød Hospital er typiske KOL-forløb, hvor en patient indlægges med KOL i exacerbation eller en anden KOL-relateret lidelse.
For disse fem forløb gælder det, at patienterne generelt er meget syge, også mere syge end de andre patienter der er gennemgået i de forløbsnære audits. Patienterne har mange KOL-relaterede indlæggelser, enten KOL i exacerbation eller lungebetændelser.

Det karakteristiske ved disse patienter er, at det er deres primære sygdom, der er årsagen til deres indlæggelser, mens det for langt størstedelen af de øvrige patienter der er gennemgået i forløbsaudits gælder, at de bliver syge af en større eller mindre forværring i deres almentilstand. Denne gruppe af patienter har også en lang række konkurrerende sygdomme, men indlæggelserne hænger ikke i lige så tæt grad sammen med disse sygdomme.

Forebyggelse af hoftefrakturer
Der er i den kvantitative analyse data for alle de frakturer, der i Sundhedsstyrelsens og Region Hovedstadens er indeholdt i definitionen som forebyggelige diagnoser.
I den kvalitative analyse er der udvalgt forløb med hoftefrakturer, da der fra projektgruppen var en vurdering af, at det er de indlæggelser med størst forebyggelsespotentiale.

De hofteforløb der er auditeret på hospitalsniveau er alle auditeret på Ortopædkirurgisk afdeling på Hillerød Hospital. I forbindelse med udvælgelse af patienter til audits var det i denne gruppe vanskeligere at se af hospitalsjournalen, hvorvidt patienten er kendt af kommunen, formentlig fordi de ganske hurtigt bliver flyttet fra Akutafdelingen til ortopædkirurgisk afdeling, da deres diagnose hurtigt bliver afklaret, og at der derfor fokuseres på det sociale aspekt i journaloptagelsen.

Det betyder, at der er udvalgt patienter til disse audits, hvor det tydeligt fremgår at patienten har kontakt til kommune, hvilket er kommet til udtryk ved, at 5 af 7 forløb bor på plejehjem. Det skal naturligvis med i konklusionerne omkring denne målgruppe, at det, som tidligere konkluderet, er en markant mere kompleks patientgruppe.

Resultaterne fra audits af hoftefrakturer er, at auditdeltagerne vurderer det vanskeligt at forebygge brudene, primært med begrundelsen, at patienten er dement, hvilket gælder for 4 patienter med brud.
Det forebyggelsespotentiale, der kunne være oplagt ift. at patienten bor på et plejehjem, hvor der kan foretages systematisk faldscreening er betydeligt mindre, når patienten er dement, fordi patientens adfærd ikke er forudsigelig.

Det er ikke klart for auditdeltagerne i hvilket omfang en systematisk gennemført faldforebyggelse og –screening vil have en effekt for denne gruppe af patienter, men det er oplagt at undersøge hvad der foreligger af viden og resultater på det område.

Der bliver ikke i nogle af de fem medvirkende kommuner gennemført faldforebyggelse på nuværende tidspunkt.

De forløb der efter auditdeltagernes vurdering ikke kunne være forebygget kan opdeles i tre grupper:

- 5 forløb hvor patienten indlægges OBS hjertesygdom (atrieflimren, synkoper el. lign.), der afkræftes kort efter indlæggelse. Ved den indledende undersøgelse findes dehydrering, UVI eller lungebetændelse, som efterfølgende behandles (deraf den forebyggelige aktionsdiagnose).
  Indlæggelser der er forårsaget af mistanke om hjertesygdomme kan ikke undgås, idet en vagtlæge/egen læge altid vil indlægge til nærmere undersøgelser. Dog er det værd at undersøge, om der er øget risiko for symptomer på hjertesygdomme, ved en dårlig almentilstand eller pludselig forværring i almentilstanden.
- 2 forløb, hvor patienten indlægges fra plejehjem med hoftebrud, ét hos en meget dement borger, der ikke vurderes at kunne forebygges, og ét hvor der sker et fald fra toilettet om morgenen. Auditdeltagerne vurderede dog efterfølgende, at der muligvis kunne være ydet hjælp til at komme af og på toilettet, og dermed have forebygget faldet.
- 2 atypiske lungebetændelsesforløb, hvor det ene er nødvendige tapninger af væske i lungerne, og det andet et forløb, hvor gentagne antibiotikakure fra egen læge ikke havde effekt. Ift. forløbet med tapninger af væske fra lungerne vurderede auditdeltagerne efterfølgende, at de nødvendige tapninger evt. kan planlægges og gennemføres ambulant, hvilket vil være mere hensigtsmæssigt for patienten.

De 6 forløb der muligvis kunne være forebygget er:

- 4 indlæggelser med KOL i exacerbation, hvor auditdeltagernes vurdering er, at der på lang sigt er et forebyggelsespotentiale, hvor formålet er en stabilisering og træning for en generelt bedre almentilstand. Dog vil en indlæggelse ikke kunne undgås, når der er KOL i exacerbation.
- 1 hoftefraktur hos en dement plejehjemsbeboer, der ikke får d-vitamin og kalk, hvilket muligvis kunne have forhindret at faldet medførte et brud.
- 1 lungebetændelse, der ikke kunne behandles af egen læge efter 2 antibiotikakure. Forløbet ligner et forløb, som auditdeltagerne har vurderet ikke kan forebygges, og forskellen må tilskrives, at det er forskellige auditdeltagere der har vurderet forebyggelsespotentialet.

Opsamling; de kvalitative forløbsnære audits i kommuner og hospitaler

Som det fremgår af gennemgangen af konklusionerne fra den kvalitative analyse, er der en klar konklusion fra auditdeltagerne i langt størstedelen af forløbene om, at de kunne være forebygget, hvis der på et tidligt tidspunkt var reageret på de observationer, som var blevet gjort, typisk af social- og sundhedshjælperen der kom i hjemmet.

Analysen har afdækket, at der typisk op til en indlæggelse bliver givet flere ydelser, i form af ekstra besøg, til den indlæggelsestruede borger, men at der mangler et mål, en handleplan og en opfølgning på effekten af de ekstra besøg.

Det er konkluderet, at der i hverken kommune og på hospitaler tænkes på forebyggelse af nye indlæggelser/genindlæggelser i forbindelse med udskrivelse fra hospitalet og modtagelse i eget hjem/plejehjem.

Det er også konkluderet, at der i 75% af de hospitalsforløb, der var genindlæggelser, var tale om en forebyggelige diagnose ved både primærindlæggelsen og genindlæggelsen.

Analyse af brugerperspektivet; Interview med patienter/borgere

Som led i den indledende undersøgelse i januar 2011 blev der gennemført 12 interview med indlagte patienter på Frederikssund Hospital og 19 interview i kommunerne med udskrevne borgere, som havde været indlagt med mindst én af projektets diagnoser. Udgangspunktet for interviewene var en struktureret interviewguide.

Generelt kunne det konkluderes, at de interviewede borgere/patienter som respondenter var relativt dårlige. For de der blev interviewet under indlæggelsen var det tydeligt at de var ganske syge og derfor havde vanskeligt ved at koncentrere sig om interviewet.

Derudover var der for borgene der blev interviewet efter udskrivelsen klart, at de havde vanskeligt ved at huske indlæggelsen, evt. fra andre tidligere indlæggelser, samt dagene/ugerne op til indlæggelsen.
For hele gruppen af interviewede var det gennemgående, at de ikke vidste hvad de blev behandlet for.

Interviewene pegede yderligere på følgende forhold:

- Det var den gennemgående opfattelse blandt de interviewede, at deres indlæggelse ikke kunne være forebygget,
- De interviewede patienter havde oftest fokus på deres en pludselig forværring af deres tilstand, som førte til akut indlæggelse. Andre patienter forklarede hvordan en jævnt fremadskridende forværring af tilstanden lå forud for indlæggelse.
- Enkelte peger på, at problemet også består i, at der ikke blev gjort nok for at forebygge indlæggelsen, mens andre peger mere konkret på muligheder: '*Vi skulle have haft noget mere hjælp, måske været på plejehjem*".
- Enkelte patienter ville have foretrukket behandling gennemført i hjemmet. Specifikt drejede dette sig om patienter, der var i IV-behandling.
- Kun i få tilfælde havde patienten selv taget initiativet til indlæggelse. Oftest var det en pårørende, social- og sundhedshjælper eller hjemmesygeplejerske, der kontaktede egen læge eller vagtlæge med henblik på indlæggelse. Når egen læge har indlagt, var det oftest på baggrund af telefonisk kontakt.
- Patienterne var generelt ikke interesserede i at blive i deres eget hjem, mest på baggrund af, at de opfattede deres tilstand som for dårlig til at blive på plejehjem eller i eget hjem.

Ovenstående træk gentog sig som mønster gennem interviewene, og interviewundersøgelsen blev derfor afsluttet efter de nævnte 12 interview.

I kommunerne blev der gennemført 19 interview med udskrevne borgere, som havde været indlagt med mindst én af projektets diagnoser. Mange af resultaterne er sammenfaldende med interviewresultatet fra Frederikssund Hospital:

- varierende opfattelser af og forklaringer på årsagerne til den overståede indlæggelse, der spændte fra pludselig opstået sygdom til længere optaktsforløb,
- gennemgående, at andre end borgeren selv havde taget initiativet til indlæggelsen.
- gennemgående i kommuneinterviewene med udskrevne borgere, at borgerne <u>ikke</u> havde klare forslag til en tidlig forebyggende indsats.
- Det gennemgående indtryk er, at borgerne havde meget få idéer til hvilken indsats, der skulle være gennemført i forhold til at forbedre deres situation og sundhedstilstand.

Også her var der forholdsvis hurtigt et klart enslydende mønster i besvarelserne, og der blev derfor ikke prioriteret gennemførelse af flere interviews.

Den oplagte konklusion på baggrund af de gennemførte interviews er i overensstemmelse med konklusionen fra de forløbsnære audits om, at borgerne/patienterne var syge ved indlæggelsen på hospitalet. Såfremt der derfor skal kunne udledes et forebyggelsespotentiale er det også i overensstemmelse med de tidligere konklusioner om, at det er forebyggelse på et tidligt tidspunkt i forløbet der er centralt.

7. Interventioner

Med udgangspunkt i konklusionerne fra den kvalitative analyse prioriterede styregruppen fire overordnede problemstillinger og 11 interventioner, som skulle udvikles og afprøves i efteråret 2011.

Mange af de forslag til interventioner, der blev prioriteret af styregruppen var kommet frem i de tværsektorielle audit, hvor en række nøglemedarbejdere fra de tre parter (almen praksis, kommuner og hospitaler) med udgangspunkt i 6 cases drøftede fremtidige løsningsforslag, som projektgruppen efterfølgende kvalificerede som forslag til interventioner.

Præmissen for interventionerne var, at de skulle kunne igangsættes hurtigt og være mulige at implementere i den nuværende struktur i det samlede sundhedsvæsen. Interventionerne skulle populært sagt være målrettet "de lavthængende frugter". Derudover skulle interventionerne gerne omfatte tiltag, som hospital, almen praksis og kommune alle ville være interesserede i at samarbejde om.

Efterfølgende valgte de enkelte kommuner og hospitaler selv hvilke interventioner, som de ønskede at deltage i. Se bilag 3 for overblik over interventionerne, kommunernes og hospitalernes deltagelse.
I forhold til hver enkelt intervention har der været nedsat en arbejdsgruppe med repræsentation fra kommunerne, hospitalerne og almen praksis afhængig af indholdet i den enkelte intervention.
Styregruppen nedsatte også en tværkommunal arbejdsgruppe, der skulle udarbejde en sundhedsøkonomisk effektvurdering af to af interventionerne.

Interventionerne kan dels op i fire temaer:
- Forebyggelse på langt sigt for at undgå indlæggelser
- Hospitalerne tænker ikke i forebyggelse af nye indlæggelser, når patienten er indlagt
- Mange borgere med forebyggelige diagnoser er henvist af lægevagten uden for egen læges åbningstid
- I mange borgerforløb, hvor borgeren er indlagt med en forebyggelig diagnose er patienten også blevet behandlet for urinvejsinfektion (UVI). Denne konklusion er ikke at finde i analysen, men er en konklusion som projektgruppen har gjort sig i forbindelse med de forløbsnære audits; i en række af de gennemgåede journaler fremgår der også en behandling for, eller netop overstået behandling for, en urinvejsinfektion. Da der er stor sammenhæng mellem urinvejsinfektioner og dårlig almentilstand prioriterede projektgruppen og styregruppen en intervention på dette område også.

De 11 interventioner fordeler sig som følger indenfor de fire overordnede problemstillinger:

Problemstilling	Intervention	Diagnoser der forebygges
Forebyggelse på lang sigt for at undgå indlæggelser	Kommunal triage, med ændringsskema til systematisk opfølgning på ændringer i borgerens helbredstilstand	Dehydrering Lungebetændelse, Urinvejsinfektioner, Obstipation Brud (KOL; tilvalg for hver kommune)
	Introduktionskursus i den motiverende samtale; et redskab til borgere med stærk egen vilje	
	Tværfaglige møder (samarbejde ml. kommune og egen læge om plan og indhold, der kan forhindre en indlæggelse)	
	Sygeplejersketasker; til kvalificering af hjemmesygeplejerskernes kliniske observationer	
	Samarbejde mellem hospitalernes iltsygeplejersker og kommunernes hjemmesygeplejersker	KOL og lungebetændelse (hos KOL-patienter)
	Kompetenceudvikling; tidlig opsporing og forebyggelse af KOL og lungebetændelse	
Hospitalerne tænker ikke i forebyggelse af nye indlæggelser, når patienten er indlagt	Systematisk mobilisering under indlæggelse, for at forhindre forværring i borgerens funktionsniveau – og dermed øge risikoen for genindlæggelser	Dehydrering Lungebetændelse, Urinvejsinfektioner, Obstipation Brud KOL
	Forebyggelsesvejledning til patient/pårørende og hjemmepleje/-sygepleje ved udskrivelse	
	Information til kommunerne ved kortere indlæggelser om, at ptt. har været indlagt med en forebyggelig diagnose	
Mange forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser er henvist af Lægevagten – uden for egen læges åbningstid	Information til Lægevagten om kommunernes beredskab ved behov for alternativer til en indlæggelse	Dehydrering Urinvejsinfektioner, Obstipation
Indirekte konklusion; i mange af de forebyggelige forløb er patienten også blevet behandlet for UVI	Fælles procedure for behandling af og opfølgning på UVI, for kommuner, almen praksis og hospitaler	Urinvejsinfektioner

I det følgende vil de 11 interventioner blive beskrevet under hvert af de fire temaer. Beskrivelsen vil indeholde den enkelte interventions formål, indsats, evaluering, perspektivering og anbefalinger. I bilagssamlingen findes der et bilag for hver intervention med information i detaljer samt materiale i form af pjecer, procedurebeskrivelser, mødeskabeloner m.m.

Forebyggelse på langt sigt

Kommunal triage med ændringsskema til systematisk opfølgning på ændringer i borgerens helbredstilstand. Bilag 4
Formål: At udvikle og afprøve et redskab, der sikrer, at ændringer hos den enkelte borger, der kunne indikere en ændret helbredstilstand, systematisk bliver observeret, formidlet og handlet på. Interventionen ligger i forlængelse af konklusionen om, at primærsektor kan forebygge tidligt i forløbet ved at sætte ind med forebyggelige tiltag, allerede når borgerens funktionsniveau begynder at ændre sig, med udgangspunkt i de observationer, der allerede bliver gjort af primært af social- og sundhedshjælpere.
Indsats: Der er udviklet et koncept, triage, til registrering af borgerens habitualtilstand og registrering af ændringer, med henblik på tidlig opsporing. I triagen inddeles borgere på plejecentre og i hjemmeplejen i tre kategorier, grøn, gul og rød, afhængig af deres almentilstand; grøn er habitualtilstand, gul indikerer forandringer i almentilstanden, og rød er "indlæggelsestruet". Inddelingen foretages på baggrund af et skema, som beskriver borgerens habituelle tilstand og funktionsevne, som gør det muligt at registrere ændringer i borgerens almentilstand. Borgerens triageringsniveau illustreres på en tavle med de tre farver, hvor et mærke med borgerens navn fysisk placeres i den retmæssige farve. Når borgeren flytter fra grøn til gul, eller fra gul til rød skal der handles, med henblik på at få borgeren tilbage i et bedre triageringsniveau igen. Metoden og redskaberne anvendes af det sundhedsfaglige personale, som varetager den daglige pleje af borgerne; social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker, områdeledere m.fl. Triagemetoden er især tænkt som en systematik, der i det daglige anvendes af plejepersonalet tættest på borgeren.
Leverancer/produkter: Der er af arbejdsgruppen udarbejdet: - Et ændringsskema - En vejledning til brug af ændringsskema - En vejledning til, hvordan der arbejdes med ændringsskema og triage
Antal deltagende borgere: Alle kommuner har deltaget i afprøvningen. I alt har 319 borgere været omfattet af interventionen fordelt på plejecentre og hjemmeplejegrupper i fem kommuner.
Evalueringsmetode: Der er udført syv fokusgruppeinterviews med informanter fra de 5 kommuner. To af de syv interview foregik på tværs af kommuner.
Evaluering: De kvalitative evalueringer af triage-metoden er meget positive og indikerer at metoden anvendes i vid udstrækning i de områder, hvor den har været afprøvet. De primære tilbagemeldinger er, at den synliggør hvilke borgere, der skal have ekstra fokus, forpligter til handling og opfølgning, og giver gode og faglige refleksioner mellem kolleger og faggrupper, for at afdække hvad en given ændring skyldes og hvordan der skal sættes ind. Metoden bliver af nogle kaldt et refleksionsredskab. Det bliver også nævnt, at triage-metoden giver hurtigt overblik, den har øget den skriftlige dokumentation i borgerjournalerne og den bidrager til øget faglig stolthed. Fokusgruppeinterviewene afdækkede, at der er forskel på, hvordan triage er afprøvet i hjemmeplejegrupper og på plejecentre. Endvidere er der forskelle i afprøvningen plejehjemmene imellem, hvilket bl.a. afhænger af i hvilken grad, det har været frivilligt at deltage samt af, hvordan introduktionen til metoden har været. Der

har også været forskelle i afprøvningen hjemmeplejegrupperne imellem og dette især i forhold til organisering af den faglige sparring ved vurdering af borgerens tilstand og triagering.

På plejecentrene er der i forvejen stort fokus på at observere ændringer hver dag, ligesom der er en god dokumentationspraksis. På plejecentrene er det primært triage-tavlen, der har været anvendt, og som bliver positivt evalueret. En informant fortæller:

".....et godt redskab til at få fokus på, at en borger har ændret sig – og placeret i det gule felt. Det fastholder, at der er noget galt, så den lille ændring ikke bliver en ny dagligdags tilstand. Det er typisk de små ændringer, der ikke bliver handlet på, der langsomt bliver til dårligdom, der kan være udslagsgivende for en indlæggelse. Når borgeren synligt er i gult, så er vi forpligtet til kontinuerligt at handle på det frem for at acceptere det, som en ny almentilstand"

Ændringsskemaet er ikke anvendt på plejecentrene, da medarbejderne her vurderer, at borgerens habituelle tilstand er beskrevet i andre dokumentationssystemer.

Det gode ved triage, vurderet fra plejecentrene, opleves at være det fokus, som kommer på forebyggelse samt fælles fokus for personalet. Nogle informanter har klart udtrykt, at redskabet/metoden er god i forhold til den tidlige indsats, hvilket er ændret i forhold til før interventionen. Tillige opleves, at triage skaber synlighed, overblik og medarbejderne bliver "nysgerrige". Triage opleves som værende et godt redskab til at skabe dialog og refleksion mellem medarbejderne i relation til borgernes symptomer/ændringer i deres helbredstilstand. Informanter fra nogle plejecentre fortæller, at observationer og handleplaner bliver beskrevet bedre end tidligere.

I hjemmepleje-grupperne er det også triage-tavlen der opleves som meget god *"For den er så let at forstå, Man behøver næsten ikke få den forklaret".*

Ikke alle har anvendt ændringsskemaerne og der, hvor det er anvendt, er det sket med variation. Skemaet har været udfyldt af tovholderen, af områdelederen, af personalet i fællesskab og i nogle borgerforløb i samarbejde med borgeren.

Organiseringen af triage har været forskellig i kommunerne og områderne/grupperne. I de fleste hjemmepleje-/sygeplejegrupper er der afholdt 1-3 ugentlige møder, hvor borgerne er gennemgået systematisk med henblik på at flytte triagegruppe og handleplan. De fleste af møderne er etableret som et led i triagen, men nogle er også møder, som eksisterede i forvejen, men med nyt indhold og evt. flere deltagere. Møderne har bidraget til at give fokus på triage og løftet og systematiseret den faglige refleksion ift. ændringer hos borgerne. En informant fortæller:

"Triagemodellen er bare rigtig god, fordi den hurtigt giver overblik, når man f.eks. har haft ferie, og de dage, hvor man ikke når at læse alle papirerne inden man kører ud."

En anden siger:
"Synligheden på tavlen betyder, at man med det samme husker, at der skal observeres lidt tættere hos den og den borger, når man er der".

Mange udtrykker, at de med triagen er meget mere opmærksomme tidligere i forløbet, og at de derfor kan sætte hurtigere ind, når der er noget med borgeren. De fleste informanter oplever triage, som et meningsfuldt redskab til at forebygge indlæggelser og ser det som et relevant redskab/metode i hverdagen.

Ingen oplever, at det har en effekt ift. egen læge.

Informanterne giver udtryk for, at det de ønsker bevaret fra arbejdet med triage er: overblikket, fokuseringen, dialogen om borgerne, muligheden for at kunne forebygge indlæggelser, samt den øgede/bedrede dokumentation.
Alle informanter i hjemmeplejen har positive tilbagemeldinger på anvendelse af triagemodellen.

Konklusion og anbefalinger:

Det er ved ændringsskema og triage lykkedes at udvikle et redskab og en metode, som skaber systematik og prioriteringer i observationer af borgere. Triagetavlen giver overblik til social- og sundhedshjælperne, social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker. Metoden støtter refleksion og forpligter til ny handling.

Det faglige ansvar opleves i nogen grad at flytte til medarbejderen, som er tættest på borgeren i det daglige pleje- og omsorgsarbejde. Det vurderes at metoden er velegnet i arbejdet med tidlig opsporing og forebyggelse af indlæggelser.

Det anbefales, at den enkelte kommune tager aktivt stilling til, hvordan og i hvilket omfang, de ønsker at implementere triage. Der er fortsat potentiale for udvikling af metoden f.eks. i forhold til tilpasning til eksisterende organisering af plejen, dokumentation i elektroniske journaler og kobling med kørelister og lignende.
Der kan med fordel organiseres kommunale og tværkommunale fora for det fortsatte arbejde med triage i kommunerne og her kan forskelle mellem hjemmepleje og plejecentre tænkes ind.

Introduktionskursus i den motiverende samtale – et redskab til borgere med stærk egen vilje
Formål At give social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter, visitatorer m.fl. et redskab til at motivere borgerne til at tage imod et forebyggende tilbud med henblik på at forebygge indlæggelser og genindlæggelser. Udgangspunktet for interventionen er analysens konklusion om, at personalet i hjemmeplejen, visitationen og sygeplejen har en stor respekt for borgerens egen vilje, hvilket vanskeliggør forebyggelse af nye indlæggelser/genindlæggelser, fx et midlertidigt ophold, flere daglige besøg el. lign.
Indsats: Et 2-timers introduktionskursus i konceptet "Den motiverende samtale" afholdt i de kommuner, som deltog i interventionen.
Leverancer: Der blev afholdt kurser i Allerød, Gribskov, Halsnæs og Frederikssund kommuner i maj 2011.
Antal deltagende medarbejdere: I alt 96 kursister deltog i kurset, fordelt på følgende faggrupper: 44 sygeplejersker, 13 visitatorer, 26 social- og sundhedsassistenter, 4 social- og sundhedshjælpere og 9 med anden uddannelse/stilling.
Evalueringsmetode: Kursisterne svarede umiddelbart efter kurset på et kort spørgeskema, som blev indsamlet og kvantitativt opgjort. Spørgeskemaet bestod af tre spørgsmål med mulighed for at svare på talværdier fra 0 til 10. 0 svarede til uenig i udsagnet og 10 svarede til enig i udsagnet. Talværdierne 8, 9 og 10 tolkes som meget enig i udsagnet.
Evaluering: Der var 100% besvarelse. 85% svarede, at de var meget enig i, at undervisningen havde givet dem forståelse for grundidéen i den motiverende samtale. 87% var meget enig i, at kurset havde givet dem lyst til at arbejde med den motiverende samtale og 91% var meget enig i, at det er relevant at kende og bruge metoden i deres arbejde. En kommune valgte efterfølgende at afholde et fuldt kursus i den motiverende samtale af 3 dages varighed for sundhedsfaglige medarbejde.
Konklusion og anbefalinger: Kursisterne vurderede umiddelbart efter kurset, at de havde fået forståelse for den grundlæggende idé i den motiverende samtale, at de havde fået meget lyst til at arbejde med metoden samt at de oplevede det meget relevant at anvende metoden i deres arbejde. Det kan anbefales at der arbejdes med afprøvning af metoden i praksis.

Tværfaglige møder – samarbejde om mål og plan for borgerens forløb. **Bilag 5**
Formål: Undgå indlæggelser via afklaring/afdækning af problematikker og iværksættelse af fremadrettede handlinger med henblik på et stabilt forløb. Dette tværfagligt. Videndeling – læring igennem det tværfaglige samarbejde. Fælles mål og handleplaner tværfagligt i forløbet.
Indsats: Afholdelse af tværfaglige møder i kommunerne.
Leverancer/produkter: Der er udviklet og beskrevet to modeller for tværfaglige møder. Den ene med deltagelse af borger og den anden uden deltagelse af borger. Den første model med primære fokus på den fremadrettede plan og den anden model med primære fokus på refleksion og læring. Desuden er udarbejdet en skabelon til at beskrive referat fra møderne og tydeliggør borgerens mål, plan og aftaler.
Antal deltagende borgere: Der blev afholdt i alt 6 møder omhandlede 6 borgere.
Evalueringsmetode: Der er blevet evalueret med kvantitative systematiske opgørelser. Desuden er kvalitative nedskrevne udsagn fra deltagerne i møderne opsamlet og sammenskrevet.
Evaluering: Møderne omhandlede borgere i komplekse forløb. Mødernes indhold bliver forskelligt alt efter deltagere, mødeleder og problemstillinger. Borgerens mål er beskrevet i to og de fire møder, hvor borgeren deltog. Halvdelen af borgerne var yngre end den beskrevne målgruppe. To borgere have psykisk sygdom samtidig med andre kroniske sygdomme. For uddybning af evalueringen se bilag 5. **Konklusion og anbefalinger:** Det vurderes, at de tværfaglige møder er relevante i arbejdet med forebyggelse af forebyggelige indlæggelser samt at den udarbejdede beskrivelse og skabelon er anvendelig. Det er givende, når personale fra vagthold inddrages. Der var overordnet set tilfredshed med møderne fra alle parter. Borgernes perspektiv ses svagt. Det anbefales, at der indsamles mere viden og erfaring med at afholde de tværfaglige møder efter den udarbejdede beskrivelse og skabelon, da seks møder er et meget lille grundlag at vurdere på. Skabelonen kan anvendes i de opfølgende hjemmebesøg i samarbejdet med de praktiserende læger. Det anbefales, at den enkelte kommune beslutter, hvem som har ansvaret for at indkalde og kriterier for afholdelse af tværfaglige møder bevidst f.eks. indlæggelse to gange indenfor 2 måneder.

Sygeplejetasker til kvalificering af hjemmesygeplejerskernes kliniske observationer. **Bilag 6.**
Formål: At kvalificere de kommunale sygeplejerskers kliniske observationer med henblik på at opspore forværring i helbredstilstanden tidligt samt for at give mulighed for en bedre dialog med almen praksis, hvor afsættet er kvalificerede og præcise observationer og målinger. Udgangspunktet for interventionen var konklusionen om udfordringer i kommunikationen mellem kommunens personale og almen praksis, hvor egen læge typisk efterspørger klare kliniske værdier til beslutning om igangsættelse af behandlings- eller plejetiltag tidligst muligt.
Indsats: Hjemmesygeplejen i de deltagende kommuner er udstyret med et antal tasker indeholdende: Termometer, urinstix, uringlas, blodtryksapparat, blodsukkerapparat inklusiv nåle og strips, samt et observationsskema beregnet til at notere den enkelte borgeres symptomer, målte værdier samt handlinger, som er udført. Nogle kommuner har også haft klyx i taskerne.
Leverancer/produkter: Tasker med udvalgt udstyr er indkøbt og taget i anvendelse: 15 tasker i Allerød Kommune (én pr. sygeplejerske) 4 tasker i Hillerød Kommune (afprøvet i ét distrikt i dag- og aftenvagt) 6 tasker i Frederikssund Kommune (afprøvet i 2 distrikter) 4 tasker i Halsnæs Kommune (afprøvet i to distrikter)
Evalueringsmetode: I projektperioden var der et registreringsskema i taskerne for at registrere taskernes anvendelse. Der er udført 3 fokusgruppeinterview, hvoraf et var med to kommuner sammen.
Evaluering: Det opleves, at taskerne anvendes til at få præcise målinger, som anvendes i dialogen med almen praksis. Nogle informanter fortæller, at de fremstår meget mere professionelle og handlekraftige, når de har adgang til taskerne og udstyret. En del vurderer, at borgerne har gavn af taskerne, da sygeplejersken kan klare meget mere og der handles med det samme således, at problematikker ikke skal vente til i morgen eller en anden dag. Af fokusgruppeinterviewene fremgår, at taskerne bliver omtalt forskelligt, bl.a. akuttasker og redningstasker. Sygeplejerskerne fortæller, at taskerne i langt de fleste tilfælde anvendes i forbindelse med situationer som har akut karakter og sjældnere i forbindelse med den tidlige opsporing. De udtrykker dog også, at anvendelsen af sygeplejetasker har givet mere fokus på forebyggelse af indlæggelser i den mere akutte forståelse. Logistik og praktiske forhold fylder en del hos informanterne. Det opleves fx uhensigtsmæssigt, hvis ikke alle sygeplejersker har deres egen taske. Et mindretal af informanterne giver udtryk for, at taskerne er overflødige, da observationer og vurdering af borgerne kan foretages kvalificeret uden brug af taskerne og udstyret i dem.
Konklusion og anbefalinger: Der har været stor variation i afprøvningen, hvilket formentlig har betydning for de meget blandede tilbagemeldinger, som fokusgruppeinterviewene har givet. De fleste informanter vurderer det som virkelig godt, at de har fået taskerne, da det giver mulighed for at give præcise kliniske observationer og målinger. Det kan anbefales, at det tænkes ind at anvende taskerne og dermed præcise målinger i situationer, hvor borgernes tilstand er lidt ændret og ikke kun i akutte situationer for dermed at give bedre mulighed for at opspore tidligt.

Optimering af samarbejdet mellem hospitalernes udkørende iltsygeplejersker og personalet i kommunerne. ***Bilag 7.***
Formål: Bedre videndeling og fælles mål omkring borgerne må formodes at kunne forebygge unødvendige indlæggelser samt fordele opgaverne mellem personale i kommunen og på hospital mest optimalt. Videndeling forventes at gavne alle borgere med KOL. Det forventes at give mere sammenhæng og kvalitet i forløbene.
Indsats: De udkørende iltsygeplejerskers journalnotater er i projektperioden tilgået hjemmesygeplejersken via den navngivne kontakthjemmesygeplejerske. Dette via alm. post da det ikke på daværende tidspunkt var muligt at afsende og modtage elektronisk for alle parter.
Leverancer/produkter: Der er udarbejdet mål og aftaler for det optimerede samarbejde. De udkørende iltsygeplejersker har fået mailadresse og telefonnummer på en navngiven hjemmesygeplejerske som fungerer som kontaktperson til de udkørende iltsygeplejersker. Ligeledes har hjemmesygeplejersken fået konkrete mailadresser og telefonnumre på de udkørende iltsygeplejersker og lungeambulatorierne på de to hospitaler.
Antal deltagende borgere: 20-25 borgere i Hillerød Kommune er i hjemmeiltbehandling og 10-12 borgere i Halsnæs Kommune er i hjemmeiltbehandling.
Evalueringsmetode: Kvantitative opgørelser af antal fremsendte journalnotater samt kontakter i øvrigt samt indholdsanalyse og opgørelser af de ydelser, som borgerne modtager fra kommunerne. Opsamling af udsagn på oplevelser fra de deltagende sygeplejersker fra hospitalerne og kommunerne.
Evaluering: Der er fremsendt 18 notater på 17 forskellige borgere. Der har været enkelte telefonkontakter mellem de udkørende iltsygeplejersker og hjemmesygeplejerskerne med kontaktpersonansvar til iltsygeplejerskerne. 4 af de 17 borgere var visiteret til sygepleje. Notaterne indeholdt væsentlige informationer med bl.a. symptomer, lungefunktionsmål, iltmætningsværdier og den ordinerede iltdosering. For uddybning af evalueringen se bilag 7.
Konklusion og anbefalinger: De udkørende iltsygeplejersker har udtalt, at de har fået større bevidsthed om at samarbejde med kommunen. Det var overraskende, at kun 4 af de 17 borgere var visiteret til hjemmesygepleje og at tre borgere ingen kontakt til kommunens hjemmepleje/sygepleje havde. Hjemmesygeplejerskerne har fundet det vanskeligt at finde deres opgave og ansvar i forhold til journalnotater på de borgere, som ikke er visiteret til sygepleje. Der er behov for mere end tre måneder til at vurdere om det optimerede samarbejde kan forebygge indlæggelser, men udveksling af journalnotatet gør det ikke alene. Det vil i højere grad være det medfølgende samarbejde og evt. proaktivitet fra kommunens hjemmesygepleje i forhold til information via journalnotaterne. Det foreslås, at journalnotaterne fremsendes til alle kommuner og at der mellem lungeambulatorierne og kommunerne etableres dette mere formaliserede netværk med kontaktpersoner til lungeambulatorierne/de udkørende iltsygeplejersker. Det foreslås, at disse kontaktpersonernes (KOL-sygeplejerskers) funktioner beskrives og tydeliggøres. Det foreslås, at de forskellige hospitalers tilbud og indhold af journalnotater harmoniseres, således at journalnotater indeholder NIP-indikatorerne. Det foreslås at journalnotater fra de udkørende iltsygeplejersker fremsendes elektronisk via korrespondancemeddelelse, hvilket der fra de ledende it-ansvarlige på hospitalerne er givet tilladelse til. Det foreslås endvidere, at andre relevante journalnotater tilgår kommunerne f.eks. rehabiliteringssygeplejerskens notat ved forsamtale og afsluttende samtale ved KOL-rehabilitering på hospitalet. Journalnotatfremsendelse kan evt. også være relevant ved andre kroniske diagnosegrupper.

Kompetenceudvikling vedr. tidlig opsporing hos borgere med KOL. ***Bilag 8.***
Formål: At tilbyde sundhedsfaglige medarbejdere i kommunerne kompetenceudvikling med henblik på tidlig opsporing af forværring i KOL for at forebygge indlæggelser pga. lungebetændelse og KOL gennem tidlige indsatser.
Indsats: Interventionen er udformet i to forskellige koncepter på Hillerød Hospital hhv. Frederikssund Hospital, med udgangspunkt i behovene fra de kommuner, der er tilknyttet de to hospitaler. Kommunerne omkring Frederikssund Hospital ønskede en plan for kompetenceudvikling af lokale tovholdere, der har et øget videns- og kompetenceniveau vedrørende KOL, mens kommunerne omkring Hillerød Hospital ønskede et generelt kompetenceløft for en stor del af de medarbejdere der kommer hos borgere med KOL, så de opnår kompetencer til tidligt at observere en ændring i almentilstanden. Hillerød Hospital: Udgangspunktet for interventionen fra Hillerød Hospital var kommunernes ønske om kompetenceudvikling af frontpersonalet (fra kommunerne Allerød, Hillerød og Gribskov). Der blev derfor udbudt kursus af en dags varighed (5 timer). Et forløb for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter og et andet for social- og sundhedshjælpere. Kursets formål var dels at øge medarbejdernes viden om KOL, og dels et regulært redskabskursus, hvor der blev givet redskaber og viden til at observere og vurdere ændringer i almentilstanden, samt fx ændringer i åndenød (MRC-skalaen), opspyt, samt ændringer i behovsmedicin. Der var særligt fokus på inhalationsmedicin, herunder compliance, der er typisk årsag til forværring i sygdommen. Der blev afholdt 3 kurser, med i alt 122 deltagere fra de tre kommuner, fordelt på 40 Social- og sundhedshjælpere og 80 sygeplejersker og social- og sundhedshjælpere. Frederikssund Hospital: Idéen var udvikling af en sammenhængende plan for undervisningen, der tog afsæt i to forhold: 1. Der skal være placeret lokale tovholdere i kommunerne, der kan fastholde og videreudvikle kompetenceniveauet vedrørende KOL blandt det relevante kommunale personale 2. Det skal undersøges, hvilke kompetencer, der skal dækkes ind gennem undervisningen. Det skal undgås, at undervisningen i højere grad afspejler forventninger blandt planlæggerne af undervisningen end de reelle forhold i kommunerne. Planlægningsfasen indeholdt en indledende afklaring af, hvilke kompetencer, der efterspørges i frontlinjen. Efterfølgende er udarbejdet en plan for undervisningsforløbet med kompetenceudvikling af nøglepersoner/tovholdere i kommunerne, der kan videreformidle og fastholde de specialiserede kompetencer. Indsamling af data skete gennem fire forløbsaudits med to cases fra hver af kommunerne Halsnæs og Frederikssund. Deltagerne i disse audits bestod af personale fra kommunen, som havde taget part i leveringen af tilbud til pågældende borger, evt. ledende personale fra kommunen og det personale fra hospitalet, som skulle stå for den konkrete planlægning af undervisning.
Leverancer/produkter: Hillerød Hospital: Der er afviklet to kursusforløb med i alt 80 sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter samt et kursusforløb med 40 social- og sundhedshjælpere. Kursisterne var fordelt på tre kommuner.

Frederikssund Hospital:
Der er udarbejdet en beskrivelse af en plan for "Undervisning ved pleje til borgere med KOL". Planen indgår som bilag 8.

Planen redegør for:
- de indhentede resultater fra de gennemførte tværsektorielle audits, med en redegørelse for hvilken viden, der er væsentlig om KOL for det kommunale frontlinjepersonale
- forslag til organisering af undervisningen af nøglepersonerne i kommunerne
- Formidling til frontlinjepersonalet samt fastholdelse og udvikling af viden

Evalueringsmetode:
På Frederikssund Hospital er slutproduktet en undervisningsplan. Der skal efterfølgende laves aftaler om tilrettelæggelse og gennemførelse af undervisningen.

Hillerød Hospital:
Fokusgruppeinterviews; 1 med social- og sundhedshjælpere, og 1 med sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter.

Evaluering:
Hillerød Hospital:
Tilbagemeldingerne vedrørende kurserne i fokusgruppeinterviewene er overvejende positive. Deltagerne udtrykker større tryghed ved egne observationer som følge af kurset.

Der er nogen usikkerhed omkring i hvilket omfang det kan forebygge en indlæggelse, for det er vanskeligt at vurdere hvorvidt en given situation ville have udviklet sig til en indlæggelse, hvis ikke man havde gjort observationerne og handlet på dem.

Til gengæld er det vurderet meget positivt og relevant at være blevet i stand til at kunne handle tidligere, til gavn for borgerne. Det bliver også vurderet at borgerne er mere trygge ved at kunne mærke, at personalet har viden om KOL og kan give råd.

Sygeplejerskerne oplever, at der kommer bedre, mere målrettede og tidligere observationer fra assistenter og hjælpere, der sikrer at sygeplejerskerne kan inddrages tidligere i forløbet og bidrage til plejen i hjemmet mhp at forebygge en indlæggelse.

Kurset havde et udvidet fokus på medicin, både de forskellige typer inhalationsmedicin; hvordan virker de og hvordan guider vi borgeren til at tage det korrekt, samt om compliance. Både assistenter, sygeplejersker og hjælpere giver positive tilbagemeldinger på den del af kurset, fordi det har gjort dem i stand til at se om medicinen tages korrekt, og hvis ikke; hjælpe borgeren med at gøre det korrekt, til stor gavn for borgeren.

Frederikssund Hospital
Der er udarbejdet en plan som forventet og indledt dialog med kommunerne om konkretisering af planens elementer.

Konklusion og anbefalinger:
Hillerød Hospital
120 medarbejdere fordelt på tre kommuner har gennemgået et 5 timers kursus i KOL og tidlig opsporing. Det kan anbefales, at de enkelte kommuner følger op på undervisningen og sikrer at den erhvervede viden anvendes og udbredes.
Særlig medicindelen blev vurderet som et nyttigt indslag, som med fordel kan indtænkes i lignende aktiviteter.

Frederikssund Hospital:
Det anbefales, at den udarbejdede plan gennemføres med deltagelse af hospital og kommuner. Det anbefales videre, at idéen om kompetenceudvikling af nøglepersoner i kommunerne fastholdes med henblik på fast forankring af kompetencer i kommunalt regi.

Hospitalerne tænker ikke i forebyggelse af nye indlæggelser, når patienten er indlagt:

Systematisk mobilisering under indlæggelse.
Formål: At opretholde indlagte patienters funktionsniveau under indlæggelse samt øge hospitalspersonalets opmærksomhed på forebyggelse af genindlæggelser og indlæggelser.
Indsats: Indsatsen er foregået på en afdeling på Hillerød Hospital og en afdeling på Frederikssund Hospital, og er i nogen grad samtænkt. Hillerød hospital: Social- og sundhedsassistent som er ansat i afdelingen, hvor interventionen er foregået, er frikøbt til at arbejde med udvalgte borgeres mobilisering under indlæggelse, i perioden oktober-november 2011. Patienter udvælges til deltagelse i interventionen på baggrund af funktionsvurderingen i den indledende sygeplejevurdering, og bliver derefter testet efter Barthel-metoden, mobilisering påbegyndes og patienten gentestes ved udskrivelse. Frederikssund hospital: En social- og sundhedsassistent fra Neuromedicinsk Afd. Frederikssund Hospital med mange års erfaring med mobilisering, forflytning og ADL blandt sengeliggende patienter blev frikøbt i 20 t/uge. Vedkommende skulle arbejde systematisk med udvalgte borgeres mobilisering under indlæggelse. Herudover skulle social. og sundhedsassistenten sætte fokus på mobilisering overfor afdelingens personale og indlagte generelt. Deltagerne/patienterne blev udvalgt på baggrund af faldrisikoscorer i ”Den indledende sygeplejevurdering” samt gennemgang af patienter ved tavlemøder.
Leverancer/produkter: Hillerød Hospital: Fysioterapeut har holdt et oplæg om konsekvens af immobilitet for afdelingens personale. Der er udarbejdet mobiliseringsplejeplan til journalen, mobiliseringsplan til patientens eget brug samt informationsskrivelse til patienten ang. betydningen af bevægelse. Endvidere er der indkøbt en pjece ”Hold kroppen i balance” fra Sund By Netværket. Frederikssund Hospital: Fysioterapeut med særligt arbejdsfelt inden for lungemedicin og mobilisering har holdt oplæg om konsekvens af immobilitet for afdelingens personale. Der er udarbejdet mobiliseringsplejeplan og ADL-plejeplan samt fokus på brugen af allerede eksisterende dokumentationsark, såsom ”Den indledende sygeplejevurdering”. I forbindelse med gennemførelsen af projektet er der udarbejdet en kompetenceprofil for den medvirkende Social- og sundhedsassistent med henblik på en synliggørelse af nødvendige kompetencer i den specialiserede funktion. ¨ Social- og sundhedsassistenten fungerede som nøgleperson i mobilisering og forflytning. Hun fungerede som daglig ressourceperson ift. brugen af hjælpemidler (eks. lift, glidestykker mv.) if. med forflytninger, forflytningsteknik. Var 2. person ved komplekse forflytninger. Deltog i systematisk mobilisering af udvalgte patienter.
Antal deltagende patienter: I alt blev 62 patienter inkluderet. De 42 patienter var på Frederikssund Hospital og de 20 patienter var på Hillerød Hospital.
Evalueringsmetode: Der er afholdt et fokusgruppeinterview på Hillerød Hospital for medarbejdere og et fokusgruppeinterview for medarbejdere på Frederikssund Hospital.

Evaluering
Frederikssund Hospital:
42 patienter blev systematisk mobiliseret under projektperioden, hvilket bl.a. havde en motiverende funktion over for de øvrige patienter, der ikke deltog direkte i projektet og medførte, at selvhjulpne patienter gik oftere end tidligere ud til dagligstuen til måltiderne.

Der var generelt mere synlig mobilisering og aktivitet på gangarealerne.
Der var også blandt det tværfaglige personale (læger, fysioterapeuter, sygeplejersker, SSA'ere mv.) kommet et stigende fokus på mobilisering og betydningen af denne under indlæggelse:
- Flere ellers sengeliggende patienter blev mobiliseret til og fra seng, da der altid var en 2. person (social- og sundhedsassistenten) som stod klar til at hjælpe.
- Fokus på forflytningsteknik og dermed rigtige arbejdsstillinger.
- Der blev gjort opmærksomhed på manglende hjælpemidler til brug til mobilisering samt behovet for ergonomiske stole og lignende.
- Den "dårlige samvittighed" ift. ikke at nå at mobilisere patienterne blev afløst af stor tilfredshed.

Det tværfaglige samarbejde omkring patienternes mobilisering blev tydeligere, dvs. fokus på;
- mobilisering ved tavlemøder og ved stuegang.
- rigtig og rettidig kontakt til afdelingens tilknyttede fysioterapeut.

Anbefalinger:
- gør brug af elever/studerende. Brug for flere hjælpermidler såsom komfortstol, rollatorer, glidestykker.
- Der skal fokus på forflytning - der er observeret flere uhensigtsmæssige løft.
- Større fokus på døgnrytmen - mobilisering skal ske døgnet rundt og ikke kun i dagvagten.

Projektet har givet inspiration til et nyt projekt omkring styrketræning af KOL-patienter under indlæggelse.

Hillerød Hospital:
Som udgangspunkt har mere end halvdelen af de inkluderede patienter et højere score ved gentestningen i forbindelse med udskrivelsen, og har derfor forbedret funktionsniveau. Resultatet skal dog tages med det forbehold, at patientgruppen ved indlæggelse er svært lungesyge og derfor har begrænset funktionsevne pga. sygdommen. Hvor stor andel af forbedringen der kan tilskrives den systematiske mobilisering er derfor vanskelig at vurdere, da der ikke er gennemført undersøgelse med en kontrolgruppe.

Tilbagemeldingerne fra personalet er, at de oplever at der på afdelingen generelt er stort fokus op at sikre mobilisering, fordi det har en meget positiv effekt på lungepatienter. Det varetages primært ved at motivere og inspirere patienterne til at stå op, hente mad, gå på toilettet osv.

Forskellen fra det daglige arbejde er, at i interventionen gennemføres mobiliseringen systematisk af en medarbejder, der kun skal varetage den opgave, og betydningen af det er, at flere patienter bliver mobiliseret, fordi der er tid til at hjælpe og vente på patienten.
De mobiliseringsplejeplaner, der er udarbejdet til projektet bliver anvendt målrettet og har generelt øget opmærksomheden på mobilisering.

Det bliver udtrykt, at det især har været virkningsfuldt at høre fysioterapeutens oplæg om konsekvenserne af manglende mobilisering, og at det inspirerer til at motivere og fastholde patienten i at holde sig i gang.

Konklusion:
Frederikssund Hospital: Med relativt begrænsede økonomiske og organisatoriske midler har afdelingen formået at skabe et øget fokus på mobilisering, korrekte arbejdsstillinger, brugen af hjælpemidler, større tilfredshed med arbejdet, øget tværfagligt samarbejde samt inspiration til nyt interventionsprojekt. Denne erfaring kan derfor med fordel anvendes i andre sammenhænge, hvor en afdeling finder det nødvendigt at skabe fokus på sundhedsfremmende og forebyggende tiltag.

Hillerød Hospital: Medarbejderne oplever, at der er øget fokus på forebyggelsespotentialet ved den systematiske mobilisering, hvilket kommer til udtryk i at støtte og "presse" patienterne til at være mere selvhjulpne, hvor der tidligere blev motiveret lidt mere forsigtigt.
For begge hospitalet gælder det, at det efter afslutningen af projektperioden ikke har været muligt at fastholde det øgede fokus på systematisk mobilisering. Skal kompetencerne og dermed fokus på systematisk mobilisering fastholdes i afdelingen, så skal der sættet ressourcer af, eks. til at gøre brug af en nøgleperson.

Forebyggelsesvejledning til udlevering til borgere ved udskrivelse. Bilag 9.
Formål: Det oprindelige formål: At borgere efter indlæggelse med de udvalgte forebyggelige diagnoser af personale på hospitalet får udleveret vejledninger med henblik på, at de selv kan forebygge indlæggelser, er gennem projektets forløb ændret til: Tidlig opsporing og forebyggelse af indlæggelser gennem udarbejdelse og distribution af vejledninger til personale i Halsnæs og Frederikssund kommuner med information om tidlige symptomer på forværring af borgernes almentilstand. Konkret har hensigten været, at vejledningerne kan indgå som undervisningsmateriale i den kommunale kompetenceudvikling inden for området forebyggelse af indlæggelser. Konkret er dette udmøntet i udvikling af et hjælperedskab til foretagelse af daglige observationer i borgerens hjem gennem præcisering af en række opmærksomhedspunkter.
Indsats: Indsatsen er afgrænset til kommunerne i optageområdet for Frederikssund Hospital, dvs. Halsnæs og Frederikssund Kommuner. Vejledningerne er beregnet på fordeling blandt personale i kommunerne og relevante borgere. Dette omfatter borgere som har været indlagt med og/eller lider af en medicinsk sygdom, samt personale i kommunerne, som har kontakt til disse borgere. Det er hensigten, at kommunerne ledsager vejledningerne med oplæring i anvendelsen.
Leverancer/produkter: Der er udarbejdet et vejledende materiale vedr. de diagnoser der er udvalgt til at indgå i projektet (KOL, pneumoni, brud, obstipation, dehydrering og urinvejsinfektion). Vejledningen udgøres af materiale, der oplister hvilke symptomer, der kan observeres i relation til de nævnte diagnoser. Vejledningerne kan anvendes i undervisningen af sundhedsmedarbejdere tæt på borgerne f.eks. sygeplejersker, Social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere ansat i kommunerne. Vejledningerne trykkes i en lommevenlig coatet pixi-udgave, der er beregnet på fordeling i de to projektkommuner. Pixi-udgaven indeholder ét dobbeltsidet opslag pr. diagnose med angivelse af risikofaktorer, kendetegn, råd om forebyggelse samt råd om behandling og pleje. Pixi-udgaven kan genoptrykkes på foranledning af andre kommuner for egen regning. Materialet i form af vejledninger indgår som bilag 9.
Evaluering: Materialet er i forbindelse med udarbejdelsen blevet pilottestet af hjemmesygeplejersker samt andre nøglepersoner fra de to projektkommuner, som har givet feedback på brugen af vejledningerne. Vejledningerne er herudover blevet anvendt til undervisning på selvstændigt initiativ i kommuner, som ikke indgår i målgruppen. Vejledningerne er ikke afprøvet af målgruppen generelt i projektperioden, men den trykte udgave udsendes til kommunerne.
Konklusion og anbefalinger: Interventionens idé om udvikling af et fælles vejledende materiale for kommuner og hospitaler, som udleveres til borgere og personale, blev ikke afprøvet. Det var været vanskeligt at finde den rette form for en sådan vejledning, så den hverken var for omfattende eller for overfladisk. Det udarbejdede materiale skal nu afprøves som undervisningsmateriale i projektkommunerne. Det anbefales, at vejledningerne på sigt kan udbredes til brug i alle fem kommuner i projektet vedrørende forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser. Dette med henblik på, at hver enkelt kommune ikke hver især skal udarbejde sit eget undervisningsmateriale. Det anbefales videre, at der i anden sammenhæng arbejdes videre med idéen om have en vejledning, som er fælles mellem kommuner og hospitaler og udleveres til borgeren, hvormed det fælles ansvar for forebyggelse mellem kommuner, hospitaler og borgere kommer i fokus. Dette baseres på antagelsen om, at patienterne med fordel kan inddrages i forebyggelse af forværring af deres sygdom.

Information til kommunerne ved kortere indlæggelser om, at pt. har været indlagt med en forebyggelig diagnose
Formål: At sikre og forbedre informationen fra hospital til kommune i forbindelse med kortvarige indlæggelsesforløb med forebyggelige diagnoser, hvilket giver kommunerne mulighed for at handle forebyggende. Udgangspunktet for denne intervention var, at der i indlæggelser under et døgn ikke tilgår kommunen informationer om indlæggelsesårsag m.m., hvis patientens funktionsevne ikke er væsentligt ændret (jf. aftaler om varsling og færdigmeldinger).
Indsats: Frederikssund Hospital: I forbindelse med skadestuekontakter, hvor borgerne ikke indlægges, men borgeren modtager ydelser f.eks. i form af hjemmepleje orienteres kommunerne om kontakten. I to måneder blev det afprøvet, at akutmodtagelsen sendte fax (et tilrettet varslingsskema) til de deltagende kommuner med information om borgere, som havde haft en kontakt med en forebyggelig diagnose, som ikke endte med en indlæggelse. Hillerød Hospital: Her er afprøvet et skema, hvor Hillerød Hospitals Akutafdeling har givet kommunen information om, at borgere indlagt under 24 timer, har været indlagt med en forebyggelig diagnose. Skemaet er afprøvet i december måned 2011.
Antal deltagende borgere: Frederikssund Hospital: Der var kun et par enkelte borgere, hvor det var aktuelt at sende en fax. Hillerød Hospital: Der er afsendt 20 skemaer med fax fra Akutmodtagelsen til kommunerne medio december 2011 til medio januar 2012 med information om, at en patient er udskrevet fra hospitalet efter en kort indlæggelse med en forebyggelig diagnose, hvoraf kun de 14 er til projektkommuner (det var ikke muligt for Akutafdelingen at administrere information til kommunerne ift. deres tilhørsforhold til projektet eller ej).
Evalueringsmetode: Evalueringen blev ikke prioriteret fordi afprøvningsperioden var så kort (Hillerød Hospital) hhv. så få resultater (Frederikssund Hospital), at der ikke var forventninger til resultater.
Konklusion og anbefalinger: Interventionen på Hillerød Hospital kom sent i gang og var for kort til at er muligt at konkludere på effekt. Interventionen på Frederikssund Hospital: Umiddelbart vurderes det ikke relevant at have en særlig kommunikation vedr. borgere, som møder op i skadestuen og behandles for en forebyggelig diagnose, da det er meget få indlæggelser med forebyggelige diagnoser, der indledes med en henvendelse på Skadestuen (det der nu hedder Akutklinikken). Der er fortsat et behov for at sikre information fra hospitalet om korte indlæggelser med forebyggelige diagnoser til kommunen. Den elektroniske kommunikation med korrespondancemeddelelsen eller plejeforløbsplan, der står foran implementering, kan evt. blive ny kanal til udveksling af de informationer.

Information til lægevagten om kommunernes beredskab ved behov for alternativer til en indlæggelse
Formål: At give lægevagten et alternativ til en indlæggelse gennem tydeliggørelse og overblik over de kommunale beredskaber, kompetencer og muligheder. Udgangspunktet var data fra den kvantitative og kvalitative analyse om, at 40% hhv. 60% bliver indlagt uden for egen læges åbningstid, hvilket rejser et stort behov for at afdække samarbejdsmuligheder med Lægevagten.
Indsats: Det var planlagt, at der i samarbejde med lægevagten skulle udarbejdes en oversigt over kommunernes tilbud med henblik på bedst mulig udnyttelse af ressourcerne i kommunerne.
Leverancer/produkter: Der er skabt kontakt til Lægevagten via Lægevagtsdirektøren, men det har ikke afstedkommet møde, aftaler eller tilsagn om samarbejde.
Konklusion og anbefalinger: Der kan fortsat være et potentiale for samarbejde mellem vagtlægefunktionen og kommunernes hjemmeplejeordninger og bedre kendskab fra vagtlægeordningen til kommunernes muligheder. Måske er der behov for at afdække mere systematisk, hvilke problematikker vagtlægerne oplever og høre deres forslag til, hvad kommunerne evt. kan byde ind med.

Fælles procedure for behandling af og opfølgning på urinvejsinfektion for kommuner, almen praksis og hospitaler. Bilag 10.
Formål: At udvikle en fælles procedure på tværs af sektorer til at sikre tidlig opsporing og igangsættelse af behandling af urinvejsinfektioner, for at undgå indlæggelser og genindlæggelser. I forbindelse med de kvalitative forløbsaudits blev det klart, at en række af de patienter/borgere, der blev auditeret, hyppigt var i behandling for en urinvejsinfektion, udover dem der var indlagt pga. urinvejsinfektionen. Da urinvejsinfektioner generelt har en negativ indvirkning på helbreds- og almentilstanden med fx væskemangel, utilpashed, svimmelhed, manglende kræfter m.m. var der i projektgruppen et ønske om at udarbejde en guide, der kan hjælpe til tidligere opsporing af urinvejsinfektionerne, med henblik på dels at sikre tidlig behandling af de infektioner der er behandlingskrævende, samt undgå fejlagtig behandling på baggrund af lugt eller ved kroniske urinvejsinfektioner.
Indsats: Udarbejde fælles procedure for behandling af og opfølgning på UVI for kommuner og almen praksis.
Leverancer/produkter: Der er udarbejdet en guide til tidlig opsporing af behandlingskrævende urinvejsinfektion, se bilag 10. Guiden er henvendt til personale i kommunerne. Indholdet i guiden er dels en skridt-for-skridt vejledning til observation med henblik på be- eller afkræftelse af risikoen for en urinsvejsinfektion, samt hvilke handlinger observationerne skal medføre, samt en forebyggelsesvejledning; sådan forebygges urinvejsinfektioner. Guiden anbefaler afskaffelse af urinstix til fordel for bedre kvalitet i urinprøver, der dyrkes hos egen læge for sikker diagnosticering. Guidens anbefalinger er udarbejdet på baggrund af nyeste viden om urinvejsinfektioner hos ældre mennesker, publiceret i artikel fra Institut for Rational Farmakoterapi.
Evaluering: Guiden er ikke afprøvet i praksis. Flere kommuner er i gang med at implementere guiden.
Konklusion og anbefalinger: Det anbefales, at hver enkelt kommune implementerer guiden i samarbejde med almen praksis. Guiden bør evalueres indenfor en bestemt tidshorisont f.eks. et år og samtænkes med de til enhver tid gældende evidensbaserede kliniske retningslinjer inden for sygepleje og behandling.

Økonomisk vurdering af triage og sygeplejetasker

Det fremgår af beskrivelse af metode side 12, at der indgår en økonomisk evaluering af udvalgte interventioner der omfatter udvalgte deltagende kommuner. I dette afsnit beskrives denne vurdering overordnet i et kort sammendrag. Den økonomiske beregning og vurdering er udelukkende udført fra det kommunale perspektiv. Bilag 11 indeholder den fulde sammenskrivning af den økonomiske vurdering, dens metoder og forudsætninger.

I beregningen indgår følgende faktorer:

- Kommunal medfinansiering til sundhedsområdet
- Tidsforbrug i ældreomsorgen i form af visiteret tid
- Tidsforbrug (ekstra tid) til at udføre interventionerne (henholdsvis triage + ændringsskema og sygeplejetasker)

Der er i nogen udstrækning foretaget en før- og eftermåling samt kontrolgruppe.

Vedr. ændringer i medfinanseringsudgifter til forebyggelige indlæggelser blandt borgere, hvor der er arbejdet med triage og ændringsskema i hjemmeplejen konkluderes det, at de fundne resultater ikke er gyldige, da indsatsperioden har været for kort og omfattet for få individer set i forhold til det meget begrænsede antal borgere, som har været indlagt. I den gruppe af borgere, som har været omfattet af interventionen har der fx. i Hillerød Kommune i før-målingen været 9 borgere og i eftermålingen været 13 borgere, som blev indlagt og i Halsnæs Kommune var der ingen i før-målingen og 1 i eftermålingen. I kontrolområderne var der 6 borgere i Hillerød Kommune i før-målingen og 5 i eftermålingen, som blev indlagt og i Halsnæs Kommune 4 borgere, som blev indlagt i både før- og efter målingen.

Der er draget enslydende konklusion vedr. triage og ændringsskema på plejecentre med samme begrundelse. Antal indlagte borgere har i før-målinger og eftermålinger for de to kommuner i både kontrol og indsatsområder været mellem 2 og 4 borgere.

Vedr. tidsforbrug i ældreomsorgen til personlig pleje og til praktisk bistand vurderes de fundne resultater også til at være ikke gyldige. Dette begrundes med usikkert datamateriale.

Vedr. det tredje element i beregningen har Halsnæs Kommune optalt den ekstra indsatstid. Beregnet over en fire ugers periode er det gennemsnitlige merforbrug ca. 12 min. pr. borger.
Vedr. ændringer i sundhedsudgifter i områder, hvor interventionen med anvendelse af sygeplejetasker har været vurderes resultaterne som ikke gyldige af samme grunde, som de ovenstående resultater er vurderet ikke gyldige.

Den overordnede konklusion på den økonomiske vurdering er således, at det ikke er muligt med de anvendte vurderingsmetoder og antallet af inkluderede borgere samt interventionernes tidsperiode at vurdere om der er økonomiske gevinster for kommunerne ved at anvende interventionerne. Det udelukker dog ikke, at interventionerne kan være medvirkende til at reducere udgifterne til kommunernes medfinansiering af forebyggelige indlæggelser.

Vurderingen fra arbejdsgruppen om konklusionen er, at det kræver en langt større volumen at regne på omkostningerne, som det er forsøgt i denne analyse. Det er deres vurdering, at som minimum skal fx hele København, og gerne hele region hovedstadens kommuner medvirke, hvis der skal etableres en population, der er tilstrækkelig stor.

8. Evaluering

Evalueringen af projektet er gennemført på flere niveauer, herunder på interventionsniveau, hvor resultaterne er gennemgået i relation til beskrivelsen af de enkelte interventioner i det foregående kapitel.

Dette kapitel indeholder en evaluering af resultater på tværs af interventioner, da flere af interventionerne har taget udgangspunkt i samme problemstilling, en overordnet evaluering af projektet, hvor fokus var på hvad vi har lært i projektet, betydningen af det tværsektorielle samarbejde m.m., samt en række overvejelser i forlængelse af evalueringerne om almen praksis' rolle i projektet, som vil blive udfoldet sidst i kapitlet.

Evaluering på tværs af interventioner

Forebyggelse på langt sigt i kommunerne
I analysen blev det konkluderet, at de forebyggelige forløb der var inkluderet i den kvalitative analyse var forebyggelige, såfremt der blev forebygget meget tidligt i forløbet, altså allerede når borgerens almentilstand begyndte at ændre sig. Udgangspunktet var positivt, idet analysen også konkluderede, at der i langt de fleste af de pågældende forløb var gode observationer fra hjemmeplejens personale der viste, at det bliver opdaget når borgerens almentilstand forandrer sig. Dog var det også konklusionen, at der dels manglede mulighed for at dele og videregive observationerne og dels manglede metoder til systematisk at sikre handling og opfølgning på indsatserne.

Interventionerne hos de kommunale projektpartnere har været målrettet udvikling af metoder og redskaber til at modtage og følge op på de tidlige ændringer, herunder bl.a. triage, sygeplejersketasker, tværfaglige møder m.m.

Evalueringen viser, at det mål er opnået. De redskaber der er udviklet har ifølge projektdeltagere og personale, der har afprøvet redskaberne, virket positivt ift. at sikre, at de tidlige observationer bliver delt med kolleger og/eller andre faggrupper, og sikret at der bliver handlet på observationerne.

Evalueringen viser også, at projektet har bidraget til at give ny viden om forebyggelighed, og særligt hvordan den tidlige indsats virker positivt ift. at forebygge at borgeren bliver indlagt.

Samlet har den nye viden og de redskaber der er udviklet bidraget til en faglig refleksion på flere niveauer, som af stort set alle de involverede bliver vurderet meget positivt.
Det bliver fx udtrykt stort og flot af en projektdeltager med ordene; *"Det er første gang et projekt er nået helt ud til manden på gulvet"*. Bag de store ord ligger flere projektdeltageres oplevelse af, at frontpersonalet har taget opgaven med den tidlige indsats til sig og omsætter det til gode konkrete handlinger hos borgeren.

Et af de forhold, som projektgruppen vurderer har haft en effekt på den positive modtagelse af interventionerne er den værdi, som social- og sundhedshjælperens observationer har fået tillagt, dels i analysen, og dels som et helt centralt forhold i arbejdet med den tidlige indsats.
Koblet med det let tilgængelige triage-system er der opnået et omfattende ejerskab på at forebygge indlæggelser.

En anden effekt af den nye viden, som projektets deltagere har opnået med projektet er forståelse for de økonomiske konsekvenser af en indlæggelse for kommunen. I projektets kvantitative analyse blev data om antal indlæggelser med udvalgte forebyggelige diagnoser omregnet til kommunal medfinansiering, hvilket for nogle kommuners vedkommende blev anvendt meget konkret ved implementeringen af projektets interventioner.

I fokusgruppeinterviewene i forbindelse med evalueringen blev deltagerne spurgt om, hvad indsatsen var blevet motiveret med, da den skulle afprøves lokalt, og langt de fleste tilbagemeldinger var, at det bl.a. var blevet motiveret med, at de forebyggelige indlæggelser var dyre for kommunen, når man vidste at de kunne undgås. Flere af interviewpersonerne udtrykte også, at de ikke tidligere havde kendt den sammenhæng, og at det var en vigtig information for dem, ift. deres arbejde. Det bliver pludselig meget konkret, at det arbejde der udføres er vigtigt for din arbejdsgiver/kommune, hvis din indsats kan medvirke til at kommunen sparer fx kr. 5000,00 i medfinansiering (før 1. januar 2012) til en indlæggelse.

Forebyggelse af genindlæggelser på hospitalerne
Den anden overordnede problemstilling i analysen var, at hospitalerne ikke tænker i at forebygge genindlæggelser når patienter, der har været indlagt med en forebyggelig diagnose udskrives. Det kom bl.a. til udtryk i usikkerhed om, i hvilket omfang de udvalgte sygdomme var forebyggelige, hvilket formentlig skyldes at langt størstedelen af de patienter der er indlagt på hospitalet har en diagnose, hvor forebyggelse indenfor den sidste 1-2 måneder er mindre relevant.

Som udgangspunkt viste den kvantitative analyse, at antallet af forebyggelige genindlæggelser er meget lille; 1-2% af samtlige indlæggelser årligt. At der konkret er tale om så få forløb betød for hospitalerne, at deres indsats ændrede sig til at understøtte kommunernes indsats ift. at forebygge indlæggelser, i det omfang det var muligt, fx med kompetenceudvikling af personalet.

Af de tre interventioner der havde udgangspunkt i hospitalerne handlede de to af interventionerne således om at orientere primærsektoren om, at en aktuel indlæggelse havde været med en forebyggelig diagnose, med henblik på at give mulighed for tidligt at få fokus på, at der kunne være et forebyggelsesbehov hos borgeren efter udskrivelse.

For den ene af indsatserne blev det ikke muligt at udarbejde den vejledning/guide til patienten, som skulle motivere borger/patient og pårørende til selv at bidrage til at undgå en ny forebyggelig indlæggelse, og dels skulle orientere om symptomer på de forebyggelige diagnoser, så borgeren kunne reagere tidligere – og dermed undgå en indlæggelse med en forebyggelig diagnose.
Alternativt udarbejdede Frederikssund Hospital en vejledning i forebyggelse af de udvalgte sygdomme, til undervisningsbrug i kommunernes hjemmepleje, og har dermed understøttet den forebyggende indsats af indlæggelser i kommunerne.

Den anden indsats var information til kommunerne om borgere, der var indlagt under 24 timer med en forebyggelig diagnose, hvor kommunerne ikke ellers ville blive orienteret om, at forløbet havde været forebyggeligt. Interventionen blev kun afprøvet i en ganske kort periode, og der er derfor ikke resultater, der kan konkludere på, i hvilket omfang det har været en støtte til en tidlig indsats i kommunerne, samt i hvilket omfang det har genereret refleksion ift. at nogle diagnoser er forebyggelige.

Forskellen i involveringen og efterfølgende udbyttet af interventionerne kan udtrykkes med, at det er ”need to do” for kommunerne jf. de økonomiske incitamenter at kunne forebygge nogle af indlæggelserne, som det blev nævnt indledningsvis i rapporten, mens det er ”nice to do” for hospitalerne. Hospitalernes incitament er ikke på samme måde som i kommunerne koblet til økonomisk gevinst og volumen i antal patienter er lille ift. andre konkurrerende problemstillinger.

Opsamlende kan det konkluderes, at der ikke på hospitalerne er opnået en øget indsats ift. at forebygge nye indlæggelser/genindlæggelser, når patienten er indlagt.
Det skal tilføjes, at de deltagere fra hospitalet, der har medvirket i projektet har givet udtryk for, at de med projektet har opnået større indsigt i den kommunale hverdag, bl.a. i form af større forståelse for de kompetencer, som det kommunale personale har, de udfordringer der bliver håndteret forud for indlæggelserne osv.

For de samme deltagere gælder det, at de oplever at den viden, som primært er opnået i analysefasen har været vigtig ift. deres samarbejde med kommunerne, bl.a. gennem forståelsen for kommunernes opgavervedrørende fx målgruppen af ældre medicinske patienter.

Overordnet evaluering af projektets proces

Som supplement til evalueringen af de 11 interventioner har projektgruppen gennemført en overordnet evaluering af projektet. Dette med henblik på at undersøge, om der i projektets forløb er opnået ny viden for deltagerne, og hvordan den viden i så fald har påvirket arbejdet i kommuner og på hospitalerne. Endvidere er der spurgt til, om projektet har bidraget til at udvide samarbejdet i egen sektor såvel som på tværs af sektorer, og i det omfang det er sket, hvad det har betydet ift. at forebygge indlæggelser og genindlæggelser.

Evalueringen er gennemført med deltagelse fra styregruppe, projektgruppe og deltagere i lokale arbejdsgrupper m.m., i alt knap 40 personer. Deltagerne repræsenterede kommunernes visitationer, hjemmepleje, hjemmesygepleje, rehabiliteringscentre. plejecentre m.m., samt hospitalernes medicinske afdelinger, repræsenteret ved sygeplejersker, projektsygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og en læge.
Evalueringen blev holdt i forlængelse af projektets officielle afslutningsarrangement, hvor almen praksis var inviteret, men ikke repræsenteret.
Evalueringen blev afviklet i tre runder, hvor deltagerne fordelt i mindre grupper skulle svare på tre overordnede spørgsmål med tilhørende underspørgsmål. De overordnede spørgsmål var: Har projektet givet dig/jer ny viden? Har projektet givet dig nye samarbejdspartnere? Hvis vi skulle gentage projektet; hvad skulle så være anderledes? Svarene blev nedskrevet på små lapper for efterfølgende at blive samlet og sammenskrevet.

Ny viden om forebyggelse af indlæggelser

Helt overordnet kan vi konkludere, at projektet har givet ny viden til de medarbejdere i kommuner og på hospitaler, som har været involveret i projektet. Ny viden om omfanget af forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser, som er afdækket med den kvantitative og især kvalitative analyse, herunder især viden om hvad der er gået forud for en forebyggelig indlæggelse eller genindlæggelse.

Det måske nok tydeligste tegn på, at projektet har bidraget til at give ny viden i kommunerne og på hospitalerne er, at vi kan konstatere en udvikling i forståelsen og anvendelsen af begrebet ”forebyggelse”, fra den tidlige analysefase i projektet til den afsluttende evalueringsfase.

I gennemførelsen af de forløbsnære audits i analysefasen var der blandt deltagerne en herskende forståelse af, at forebyggelse var relateret til KRAM-faktorerne og ændring af livsstil. De samme deltagere, typisk social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker, visitatorer osv., havde et år senere ved gennemførelse af fokusgruppeinterviews til evalueringen en helt klar forståelse af ”forebyggelse” i relation til forebyggelse af indlæggelser, samt en fortrolighed med anvendelse af begrebet; at det handler om tidlig opsporing og indsats samt at det er en fælles sag mellem flere parter.

At det ikke blot handler om at anvende begrebet på en anden måde, men også en ændring af tankegangen og løsningen af plejeopgaverne blev udtalt af en kommunal deltager ved en tværsektoriel audit i analysefasen:
”Det er tale om et helt paradigmeskift for os, for i stedet for at tale om at sikre god pleje, så skal vi tale om at sikre god pleje for at forebygge indlæggelser.”

De forskellige interventioner har givet forskellig læring. Det er af deltagerne nævnt, at der er opnået større bevidsthed om kommunikationens vigtighed i relation til observation af borgerne, og der er blevet stillet skarp på arbejdsgange og dette med god virkning.

Større forståelse for samarbejdspartnerne

Udover ny viden om forebyggelige diagnoser og hvordan de kan forebygges udtrykker projektets deltagere, at projektet har bidraget til at øge forståelsen for samarbejdspartnere både indenfor egen sektor og i ”den anden sektor”, bl.a. at perspektivet på borgeren/patienten er meget forskellig i de to sektorer som rask borger hhv. syg patient, og at det giver vidt forskellige tilgange til forebyggelsesopgaven. Der er opnået en større forståelse for organisationer og samarbejde, hvor samarbejdet har været med til at give stabile forløb og undgå indlæggelser, idet der er kommet flere vinkler på forløbene. En deltager udtrykker: *”Styrket det samarbejde, der var – på tværs”*

Det bliver også udtrykt af projektdeltagerne fra kommunerne, at især det tværkommunale samarbejde om fx udvikling af sygeplejersketaske-interventionen, triage-interventionen eller interventionen om de tværfaglige møder, har givet indsigt i andre kommuners måder at gøre tingene på, der har inspireret eget arbejde.

Projektdeltagere, der har været med til i den kvalitative analyse vurderer også, at de har fået ny viden om betydningen af organiseringen af kommunale opgaver ift. at kunne samarbejde om at forebygge indlæggelser, og at den viden har givet nogle bedre forudsætninger for at kunne tænke i løsningsmuligheder. Der er kommet øget lydhørhed overfor forebyggelse.

Der er imidlertid også en række deltagere, der udtrykker, at der ikke er kommet ny viden med projektet, men at projektet i stedet har bidraget til, at medarbejderne har lært at anvende den viden og de kompetencer, som de havde i forvejen, og at der er skabt bedre muligheder for at kunne anvende den i samspil med kolleger og samarbejdspartnere. Konkret er deres vurdering, at det er kendt stof, hvordan de forebyggelige tilstande kan/skal forebygges, men at analysen afdækkede, at udfoldelse i praksis var fraværende. Den læring der er sket i relation til projektet via analysen og udviklingen af interventioner har således været oplagt anvendelsesorienterede og konkrete ift. at forebygge, at en borger bliver syg.

Det ligger i tråd med de tilbagemeldinger som nogle af projektets medvirkende sygeplejersker udtrykker, nemlig at den nye viden, som projektet har givet, var, at der var en udpræget opfattelse af, at de daglige indsatser blev gjort ud fra en positiv forventning om, at det matchede behovet hos borgeren/patienten. Imidlertid afdækkede den kvalitative analyse, at indsatsen ift. at forebygge indlæggelser og genindlæggelser skulle tilrettelægges anderledes, hvis den skulle anvendes ift. at holde borgeren rask i eget hjem. Dermed har viden fra den kvalitative audit gjort det muligt at justere indsatserne, så ressourcerne kan anvendes mere optimalt i relation til at forebygge indlæggelser.

Ændrede handlinger mhp at forebygge indlæggelser

I evalueringen blandt projektdeltagerne bliver det vurderet, at den nye viden eller den nye udfoldelse af viden, som projektet har bidraget til, har betydet ændrede handlinger, som har betydning for at forebyggelige indlæggelser kan undgås.
Et af de mest tydelige udsagn er udtalelsen fra en kommunal sygeplejerske, der sammenfatter mange lignende tilbagemeldinger, der er fremkommet i forbindelse med evalueringen af de kommunale interventioner: *"Før projektet kunne det jo være et mål i sig selv at få en borger indlagt, men nu er der meget større fokus på at håndtere situationen i hjemmet, og for alt i verden undgå at det bliver til en indlæggelse."* Her menes naturligvis ikke at forhindre en syg borger i at blive indlagt, men at forhindre at sygdommen udvikler sig.
Flere sygeplejersker giver udtryk for udviklingen i form af denne ændrede retorik.

Det er en meget ofte forekommende tilbagemelding, at der i forlængelse af projektet i højere grad nu bliver fokuseret og handlet på det forebyggelige, frem for det behandlende, hvilket betyder, at den anderledes indsats vurderes til at være tidlig og opsporende.

Andre hyppige vurderinger fra evalueringen er, at projektets analyse og interventioner har bidraget til øget refleksion om de ændringer, der er observeret, samt hurtigere og mere præcis handling i forlængelse af observationer og refleksion.

Projektets deltagere udtaler fx, at der er opnået øget refleksion med kolleger og andre faggrupper, og at det bliver oplevet, at personalet, der har været involveret i projektet er mere opsøgende og tager mere ansvar.

Endelig er der også observeret ændrede handlinger i form af øget og bedre dokumentation i journalerne, samt mere præcise informationer mellem faggrupper og sektorer, bl.a. i form af større opmærksomhed på symptomer/signaler, der indikerer forebyggelighed.
.
Evalueringen viser således, at projektet har bidraget til, at den øgede viden om forebyggelse kommer til udtryk i andre måder at udfolde sin faglighed på, der er mere målrettet forebyggelse af indlæggelser.

En positiv sidegevinst der skal nævnes i den sammenhæng er, at der er flere af projektets deltagere, der ved evalueringen udtrykker, at de har fået større faglig stolthed med projektet, fordi de meget målrettede og meningsfulde handlinger skaber trivsel og stolthed i arbejdet.

Bedre, men ikke nyt samarbejde på tværs af sektorer

Som udgangspunkt var der en forventning om, at der med projektet kunne opnås nye samarbejder på tværs af sektorer, som kunne bidrage til at forebygge indlæggelser og genindlæggelser.

Den forventning kan ikke genkendes af projektets deltagere, der ved evalueringen udtrykker, at der samarbejdes på tværs af sektorer som før projektet, dog er der en tydelig oplevelse af, at samarbejdet er blevet bedre, fordi projektet har bidraget til øget kendskab til hinandens vilkår og hverdag, hvilket udmønter sig i en øget forståelse for de rammer, der definerer handlemulighederne i den enkelte sektor.

At samarbejdet ikke er øget med projektet, i form at nye samarbejdspartnere, skyldes formentlig at projektets interventioner har været monosektorielle, snarere end tværsektorielle, hvilket var en forventning til projektet, da det i den tidlige fase handlede om forebyggelse af genindlæggelser.

Diskussionen og konklusionen vedr. projektet og interventionernes mulighed for at skabe nye samarbejder på tværs af sektorer vil blive diskuteret yderligere i den opsamlende evaluering.

Ønsker til forbedring af projektet – i tilbageblik

Ved den afsluttende evaluering af projektet var der en række forslag til forbedring af projektet; mere tid til afprøvning, øget fokusering af indsatserne til at omfatte færre end de 11 interventioner, samt øget inddragelse af almen praksis.

Ift. ønsket om mere tid til afprøvning af projektets interventioner, så var projektet planlagt så der var afprøvning i sensommeren 2011, fra august til 1. december. Starttidspunktet var dog afhængigt af, om interventionen var færdigudviklet og klar til afprøvning. Efterfølgende blev projektet forlænget i to måneder, for netop at give mere tid til at afprøve interventionerne.

Tilbagemeldingerne viser dog fortsat, at de 3-5 måneder der var til udrulning og implementering lokalt har været for kort tid.

Forventningerne til en længere afprøvningsperiode er dels, at det ville være muligt at give mere tid til implementering og dermed skabe bedre vilkår for afprøvningen, og dels at der ville være et større evaluerings- og dokumentationsmateriale, som i højere grad kunne have været anvendt til eksempelvis vurdering af effekt.

For nogle af interventionerne er det nævnt, at det ville have været ønskeligt, at evalueringspunkter og succeskriterier havde været mere præcise ved igangsættelsen af interventionerne.

Nogle deltagere har givet udtryk for at bedre ledelsesopbakning ville have gavnet.

Ift. ønsket om en afgrænsning til færre interventioner end de 11 aktuelle interventioner, så udtrykker projektets deltagere også her, at det primært var med henblik på at styrke afprøvningen og skabe bedre vilkår for de enkelte interventioner. Hvis der havde været færre interventioner ville det kunne forventes at de enkelte parter kunne indgå i afprøvningen med flere ressourcer, og at det ville medføre en øget volumen, der kunne styrke effektvurderingen af interventionerne.

I det ønske ligger også en implicit betragtning om, at det lokalt har været vanskeligt at prioritere ressourcer til afprøvningen, hvis der har været medvirken i flere interventioner.
Det skal her bemærkes, at den enkelte kommune/det enkelte hospital har selv valgt hvilke interventioner de har ønsket at medvirke i, samt i hvilket omfang de har ønsket at indgå i afprøvningen.

Det sidste forslag fra projektdeltagerne om mulig forbedring af projektet var en øget inddragelse af almen praksis, særligt i den sidste fase med afprøvning af interventionerne.
Der var fra flere deltagere en forventning om, at hvis der havde været flere praksislæger involveret i interventionerne og den konkrete afprøvning af hvordan der i hverdagen kan forebygges indlæggelser og genindlæggelser, så ville det have kvalificeret afprøvningen.
Det har også i andre af projektets sammenhænge været genstand for drøftelse, hvordan almen praksis kunne være inddraget mere i afprøvningsfasen, samt hvilke muligheder det ville have betydet for konklusioner vedr. forebyggelse af indlæggelser.
Det vil blive uddybet i det følgende afsnit.

Evaluering af og refleksioner over almen praksis´ rolle i projektet

Af ansøgningsskema til Forebyggelsespuljen 2010 fremgår det, at almen praksis vil blive inddraget efter behov alt efter, hvilke indsatser det i projektet prioriteres at igangsætte.

Almen praksis er nævnt eksplicit i målet, som det ses af nedenstående uddrag fra projektets formål og mål.
Formålet er at forebygge genindlæggelser af borgere, der modtager kommunalt visiterede sundhedsydelser og/eller praktisk bistand.
Målet med projektet er at understøtte og udvikle samarbejdet mellem hospital, almen praksis og kommune med henblik på:

- At igangsætte og afprøve prioriterede organisatoriske/strukturelle tiltag, der er identificeret som havende betydning for forebyggelse af genindlæggelser (f.eks. samarbejde mellem praktiserende læge og hjemmepleje, behov for information til borgere om, hvornår man henvender sig på hospital m.m.)

Almen praksis´ deltagelse i de forskellige faser
Projektets styregruppe har haft praktiserende læger (hospitals praksiskonsulent), som medlem.

Ifølge projektansøgningen til Forebyggelsespuljen har projektet været inddelt i 5 faser: planlægningsfasen, analysefasen, udviklingsfasen, implementeringsfasen og evalueringsfasen. Det har vist sig, at almen praksis har været på banen i analysefasen og i ringe grad senere i projektets forløb. Især kommunale praksiskonsulenter og hospitals praksiskonsulenter, men også enkelte andre praktiserende læger har deltaget engageret i lokale kommunale audits og tværsektorielle audits i projektets analysefase.
Der har deltaget en kommunal praksiskonsulent i arbejdsgruppen for den ene intervention.
Ingen af interventionerne har haft de praktiserende læger som aktører i implementering/afprøvning. Det var tiltænkt at de praktiserende læger skulle deltage i de tværfaglige møder med borgerne, men dette er ikke sket i de seks møder, som nåede at blive afholdt i de tre kommuner, som afprøvede denne intervention.

Projektet har arbejdet med at inddrage og informere de praktiserende læger i alle fem deltagende kommuner samlet, men dette er ikke i tilstrækkelig grad lykkedes. Der blev inviteret til gå-hjem møde, som måtte aflyses pga. få tilmeldte praktiserende læger. De praktiserende læger blev inviteret til deltagelse i undervisning med introduktion til den motiverende samtale (den ene af de 11 interventioner i projektet), men de tilmeldte sig ikke arrangementet, som var planlagt specifikt for denne gruppe.

I de enkelte kommuner er der ligeledes foregået formidling vedr. projektet til de praktiserende læger, men uden konkret involvering i afprøvning af interventioner og tiltag for at forebygge indlæggelser.

I alt har 14 praktiserende læger været involveret i projektet, heraf er de 4 kommunale praksiskonsulenter og 3 er praksiskonsulent på hospitalerne.

Refleksioner
De fleste af de udviklede interventioner retter sig mod forebyggelse på langt sigt, hvilket vil sige tidlig opsporing, inden en borgere har konkret behov for behandling af symptomer, men evt. har behov for plejetiltag eller træningstilbud. Det kan også være behov for iværksættelse af behandling på et tidligt tidspunkt. Der er fokus på proaktiv ageren bl.a. på baggrund af observationer. Almen praksis kan have vanskeligt ved at se sin rolle i tidlig opsporing, da lægens fokus primært er behandling.

Det vil formentlig være mest relevant for de praktiserende læge at indgå i arbejde med forebyggelse af indlæggelser pga. forebyggelige diagnoser, hvis udgangspunktet er samarbejde om en konkret borger. Udgangspunktet kan med fordel tænkes i højere grad at være de praktiserende læges opgaver og organisation, når de praktiserende læger tænkes ind i forebyggelse. Det er væsentligt, at de praktiserende læger kan se, hvad borgerens og deres egen gevinst af deres deltagelse er her og nu.

Det kan tyde på, at den praktiserende læges rolle i forhold til tidlig opsporing og forebyggelse af indlæggelser bør afklares nærmere og tydeliggøres for alle parter i sundhedsvæsenet. I konkrete forløb er det væsentligt, at der er afstemt forventninger mellem f.eks. hjemmesygeplejerske og praktiserende læge i forhold til tidlig opsporing og forebyggelse af indlæggelser. Tværfaglighed i tidlig opsporing og forebyggelse af indlæggelser er væsentlig og dette opnås bl.a. ved at almen praksis er involveret og den viden, som almen praksis

har om borgeren anvendes. Den lægeekspertise formodes at kvalificere indsatser bl.a. med henblik på, at behandling iværksættes rettidigt.

Konklusion
Almen praksis har ikke været så inddraget og involveret, som det evt. kunne have været relevant. De praktiserende læger har især været inddraget og aktive, når det helt konkret har handlet om deres patienter. Almen praksis må antages at være central i problematikken vedr., hvordan indlæggelser forebygges og hvem, der har hvilke opgaver samt ansvar. Dette set generelt for hele gruppen af ældre medicinske borgere. Det er væsentligt i samarbejdet med de praktiserende læger ikke kun at tænke forebyggelse af indlæggelser som indsatser i det akutte forløb med borgeren, men at få fokus flyttet til den tidlige indsats, opsporing og forebyggelse.

Anbefaling
Det foreslås, at ledelsen lokalt i kommunerne tager initiativ til dialog mellem sundhedsfagligt personale og almen praksis med henblik på at tydeliggøre forventninger til hinanden vedr. tidlig opsporing og forebyggelse af indlæggelser.
Lokalt i kommunerne og evt. med udgangspunkt i enkelte lægepraksis kan afprøves modeller for involvering af praktiserende læger i tidlig opsporing og forebyggelse af indlæggelser.

9. Konklusion

Evalueringerne af interventionerne og den overordnede evaluering af projektet skal matche de forventninger der var til projektets gennemførelse, og som er formuleret i følgende mål:

1. *Det deltagende personale i kommuner, almen praksis og på hospitalerne vurderer, at de enkelte indsatser, der er afprøvet, er meningsfulde og fungerer som et anvendeligt redskab i dagligdagen ift. tidligt at opspore forværring i almentilstanden og forebygge indlæggelser og genindlæggelser.*
2. *For de deltagende kommuner og hospitaler er der registreret færre indlæggelser og genindlæggelser af patienter over 60 år med udvalgte forebyggelige diagnoser (lungebetændelse, KOL, dehydrering, obstipation, UVI og brud pga. fald) i perioden juli til december 2011, end i samme periode 2010.*
3. *Forebyggelsespotentialet i indlæggelsesforløb med en af de udvalgte diagnoser for borgere/patienter over 60 år er reduceret ift. november 2010, hvor analysen konkluderede, at langt størstedelen af de analyserede forløb kunne være forebygget.*

Derudover skulle de organisatoriske effekter af projektet også evalueres:

4. *Der er skabt nye lokale og/eller tværsektorielle samarbejder, som led i at forebygge indlæggelser og genindlæggelser, og det har betydning for at kunne agere anderledes ift. et forebyggelsesfokus.*
5. *Det problemorienterede tværsektorielle samarbejde kan skabe nye meningsfulde samarbejder på tværs af sektorer.*

I det følgende vil vi redegøre for hvorvidt vi målene er nået, på baggrund af de evalueringer der er beskrevet i det foregående kapitel om bl.a. de enkelte interventioner og den overordnede evaluering af projektet.

Mål nr. 1)

Der er udviklet meningsfulde og anvendelige redskaber til tidlig opsporing og indsats

De erfaringer der er opnået på tværs af interventioner viser i evalueringerne, at det i høj grad er lykkedes at udvikle meningsfulde og anvendelige redskaber til tidlig opsporing og tidlig indsats for at forebygge indlæggelser og genindlæggelser.

Konkret har især triage-modellen bidraget til at sætte fokus på tidlig opsporing, bidraget til øget refleksion og tidligere forebyggende indsats.
Derudover har projektet som helhed, bl.a. gennem den kvalitative analyse, involvering i arbejdsgrupper, implementering af interventioner osv. bidraget til, at der generelt hos projektpartnerne er genereret ny viden om forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser, som har understøttet den fokusering, som interventionerne har været drivkraft i.

Det skal tilføjes, at det fremgår af målformuleringen, at det også omfatter det deltagende personale i almen praksis. På det punkt er målet ikke nået, idet der ikke har været interventioner, hvor almen praksis var med. Der er projektgruppens vurdering, at det i nogen omfang kan skyldes, at der har manglet ideer til interventioner til afprøvning i almen praksis, blandt styregruppens og projektgruppens deltagere.

Mål nr. 2)

Der er færre indlæggelser og genindlæggelser af patienter over 60 år med udvalgte forebyggelige diagnoser i perioden juli til december 2011, end i samme periode 2010.

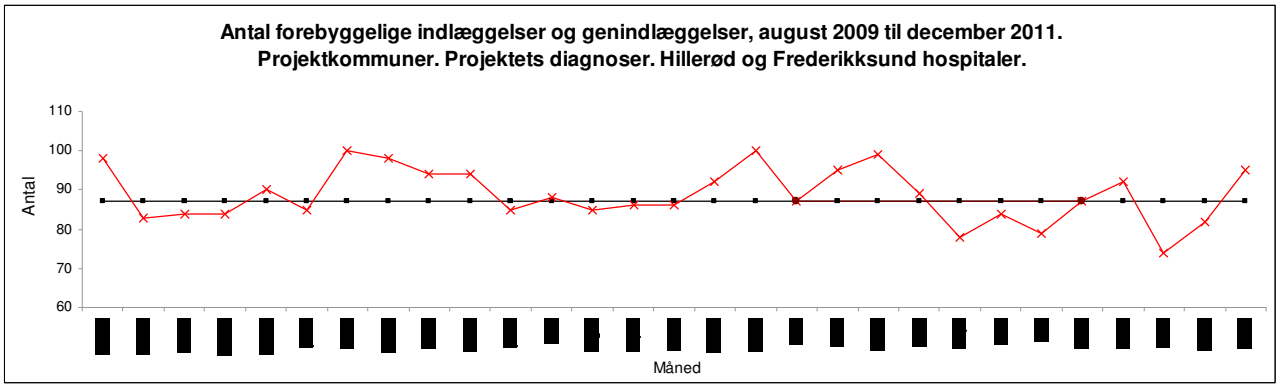
Projektets interventioner er afprøvet i efteråret 2011, fra september 2011 til december 2011, mens målet omfatter en periode på 6 måneder, fra juli til december.

Nedenstående figur viser, at der i juli 2011 til december 2011 er fire måneder, der har færre indlæggelsesforløb end samme periode 2010, nemlig juli, oktober, november og december. Samlet for de 6 måneder er der 28 færre indlæggelser og genindlæggelser med de udvalgte forebyggelige diagnoser i 2011 ift. 2010, hvilket svarer til 5%.

Data er fra Region Hovedstaden og afviger fra projektets mål på et enkelt punkt, nemlig at det er for borgere over 65 år, hvor projektets målgruppe er fra 60 år. Der er dog ingen forventning om, at det har den helt store betydning for resultatet.

Uanset der kan registreres lidt færre indlæggelser og genindlæggelser i 2. halvår af 2011 ift samme periode 2010, så er differencen ikke større, end det kan tilskrives tilfældige variationer, ligesom det ikke med sikkerhed kan konkluderes, at det er projektets interventioner der har haft betydning for ændringen.

Til undersøgelse af hvorvidt observationerne er udtryk for en tendens i retning af en konstant nedgang i antal indlæggelser med forebyggelige diagnoser eller snarere en tilfældig variation er anvendt en SPC-analyse, Statistisk Proces Control, der kan analysere en række observationer med henblik på at sige om det er tilfældige variationer eller ej.
Observationerne om antal forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser i den periode hvor interventionerne er afprøvet, såvel som den periode målet omfatter, er ikke et udtryk for en blivende tendens. SPC-analysens konklusion er, at det alene er tilfældige variationer, der er tale om.



Kilde: Region Hovedstadens ledelsesoverblik vedr. sundhedsaftaler. Baseret på E-sundhed.

Uanset det ville have været meget motiverende og ønskeligt om der kunne konstateres en blivende tendens i retning af færre forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser som følge af interventionerne, så har der ikke været en forventning i styregruppen og projektgruppen om, at det kunne måles efter den aktuelle afprøvning.
Det skyldes primært at interventionerne er afprøvet i ganske lille skala; eksempelvis har langt den mest omfattende intervention, triage, omfattet i alt 319 borgere i afprøvningsperioden. I de fem medvirkende kommuner er der i alt ca. 6000 borgere, der modtager hjemmepleje- og/eller sygeplejeydelser eller bor på plejecenter, som udgør den samlede population der kunne triageres. I alt svarer de 319 borgere kun ca. 5% af populationen, hvilket reducerer sandsynligheden for at kunne måle en effekt.

En alternativ opgørelse over effekten er de 319 borgere, der har været triageret, hvor kun 10 af dem har været indlagt i afprøvningsperioden, heraf de fem med ikke-forebyggelige diagnoser.

Der er fra projektkommunerne en forventning om, at der ved implementering af triagen i hele kommunen vil kunne måles en effekt efter 6-8 måneder. Der vil derfor fortsat monitoreres på effekten af triagen i de kommuner der implementerer triagen inden jul 2012.

Mål nr. 3)

Forebyggelsespotentialet i indlæggelsesforløb for patienter over 60 år er reduceret ift. november 2010, hvor den kvalitative analyse blev gennemført.

De resultater og konklusioner der var fra den kvalitative analyse var, at der i langt størstedelen af indlæggelsesforløbene var et forebyggelsespotentiale.
Evalueringen af forebyggelsespotentialet skulle gennemføres som en gentagelse af de forløbsnære audits i den kvalitative analyse, efter afprøvningen af interventionerne.

Det viste sig i løbet af afprøvningen, at det ville være overordentligt vanskeligt at foretage den planlagte evaluering af to forskellige årsager;

a) Det var meget vanskeligt at udvælge de forløb, der skulle auditeres, idet de patienter, der havde været indlagt i perioden, udover at skulle have været indlagt med de udvalgte diagnoser skulle opfylde en række andre krav, for at kunne blive inkluderet;

- være fra en projektkommune
- være over 60 år
- være fra det hjemmeplejeområde/distrikt i kommunen, der var udpeget til at afprøve triage og/eller sygeplejersketaskeinterventionen
- være inkluderet i triagen (ikke alle borgere i et distrikt/plejecenter var inkluderet).

Da interventionsperioden var kort og populationen var lille var det meget vanskeligt at finde tilstrækkelige med forløb, der kunne auditeres, jf. det begrænsede antal indlæggelser beskrevet ovenfor.

b) Det er en ganske ressourcekrævende metode at gennemføre, idet der kræves tilstedeværelse af en række personer, der har været involveret i det konkrete forløb, fra både kommuner og hospitaler.
Da forventningerne til resultaterne var reduceret efter konstateringen af vanskeligheden ved at finde forløbene blev det tydeligt at ressourceindsatsen fra projektets partnere ikke ville stå mål med udbyttet, og derfor blev de ikke gennemført.

På daværende tidspunkt var det desuden blevet klart via registreringer og dokumentation fra triagearbejdsgruppen, at der kun var ganske få af de borgere (1-2 pr. kommune) der havde været triageret, der havde været indlagt. Det viste sig også, at indlæggelsesdiagnosen var kendt, og at der kun i enkelte forløb var tale om en af de udvalgte forebyggelige diagnoser.

Mål nr. 4)

Der er skabt nye lokale og/eller tværsektorielle samarbejder, som led i at forebygge indlæggelser og genindlæggelser, det har betydning for at kunne agere anderledes ift. et forebyggelsesfokus

I den afsluttende evaluering af projektet som helhed, hvor deltagere i projektets arbejdsgrupper, projektgruppe og styregruppe deltog, var en af de primære pointer, at der ikke er skabt nye samarbejder på tværs af sektorer eller internt i egen organisation.

Det blev derimod fremhævet, at den viden der er genereret i projektet har kvalificeret det eksisterende samarbejde, og at det har betydet et stærkere og mere fokuseret samarbejde om at forebygge indlæggelser og genindlæggelser.

De nye samarbejder der konkret tænkes på er forbedrede sparrings- og refleksionsmuligheder mellem sygeplejersker, assistenter og social- og sundhedshjælpere, samt i nogle kommuner et anderledes og mere kvalitativt baseret samarbejde mellem hjemmepleje/sygeplejegrupper og visitationen.

For samarbejdet på tværs af sektorer er konklusionen tilsvarende, idet der er opnået bedre kendskab til og forståelse for samarbejdspartnere i den anden sektor, og det skaber mere tålmodighed og smidighed, og interesse i at få samarbejdet til at fungere godt.

Konklusionen er derfor, at det er vurderet at målet er delvis opfyldt, da det bliver understreget at samarbejdet opleves nyt og forbedret, qua den udvikling der er sket lokalt med den nye viden og anvendelsen af de nye redskaber til at forebygge indlæggelser.

Mål nr. 5)

Det problemorienterede tværsektorielle samarbejde skaber nye meningsfulde samarbejder på tværs af sektorer.

Resultaterne, der skal understøtte konklusionen ift. dette mål er uddraget af implicitte udsagn og tilkendegivelser, primært fra projekt- og styregruppens deltagere.

Omdrejningspunktet for projektet har været et fælles fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser, baseret på en fælles afdækning af problematikker og omfang af problematikkerne i projektets analysefase.
Den kvantitative analyse dokumenterede udfordringerne for de enkelte kommuner og hospitaler, og efterfølgende blev der med den kvalitative analyse identificeret både årsager og konkret potentiale for forebyggelse fremadrettet.

Det forhold, at den kvalitative analyse var baseret på tætte forløbsaudits af 79 forløb, har haft stor betydning for etableringen af et fælles udgangspunkt og fælles forståelse af problematikken.
Projektet har her haft den store fordel, at med fem kommuner og to hospitaler, der hver især har investeret en anseelig mængde ressourcer i den kvalitative analyse, gennem deltagelse af mange medarbejdere i analysen (de forløbsnære og tværsektorielle audits) har det været muligt at frembringe et datagrundlag, der har kunne konkluderes på med en vis overbevisning.

Det ville ikke i samme omfang have været muligt at analysere så mange forløb, hvis der havde været færre projektpartnere, og her bliver fordelen med mange projektpartnere meget åbenlys.

Konklusionen ift. den undersøgelse, der beskriver mål nr. 5 er, at den kvantitative og kvalitative analyse har givet et fælles problemorienteret udgangspunkt, som i høj grad har været drivkraft i et engageret og aktivt samarbejde på tværs af sektorer.

10. Refleksioner i forlængelse af projektets arbejde og konklusioner

Det tværsektorielle aspekt i forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser

En af de primære refleksioner, der står tilbage efter knap to års projektsamarbejde, med det fælles formål at forebygge indlæggelser og genindlæggelser i et tværsektorielt samarbejde er, hvor vanskeligt det har vist sig at etablere tværsektorielle forebyggende indsatser.

Det har naturligvis haft betydning, at der med udvidelse af fokus fra at handle om genindlæggelser til også at handle om indlæggelser, så var der en drejning af indsatserne i retning af den kommunale sektor.

Ikke desto mindre var der i både projektgruppen og i styregruppen et fortsat fokus på at etablere interventioner, der var tværsektorielle, fordi der var en forventning om, at en forpligtelse på tværs af sektorerne ville have betydning for udbytte af indsatserne.

Konklusionen er, at det kun i ringe omfang kunne lade sig gøre at samarbejde tværsektorielt ***i*** interventionerne. Konklusionen er også, at der i projektet har været meget stor gavn af det tværsektorielle samarbejde, både i analysefasen og i udviklingsfasen, hvor de 11 interventioner er prioriteret og udviklet i et tværsektorielt forum. Der er en klar oplevelse af, at projektet med den tværsektorielle konstruktion og samarbejde har bidraget til at skabe øget sammenhæng via ny viden og det tværsektorielle udviklingsarbejde, der har været omdrejningspunktet for projektet.

Den indirekte forventning, der således var udgangspunktet for projektet har i dette konkrete projekt ikke kunnet indfries. Det skal indskydes, at der i forbindelse med udvikling af interventionerne var en klar tilkendegivelse fra projektpartnerne om, at der skulle være fokus på let opnåelige gevinster, da tiden og økonomien i kommuner og på hospitaler ikke var til nye større anlæg/aktiviteter, som der skulle findes finansiering til. De interventioner der er afprøvet i projektet er derfor de oplagte "billige" løsninger, der ikke kræver nyinvesteringer.

Dette begrænser selvsagt mulighederne for at skabe en ny fælles tværsektoriel aktivitet. I forlængelse af konklusionerne i analysen er der dog ikke identificeret indsatser, der har været ønskelige i styregruppen, som efterfølgende er blevet fravalgt pga. manglende finansiering. Derfor er det oplagt at konkludere, på baggrund af analysens volumen, at der ikke er identificeret oplagte tværsektorielle aktiviteter, der kunne have bidraget til en større forebyggende indsats.

Om styrken i at være mange projektpartnere

Som det tidligere er blevet beskrevet er det i overvejende grad vurderet positivt af deltagere i projektet, at der har været mange (fem+to) kommuner og hospitaler med, fordi det har givet flere fælles ressourcer, samt et udbytte (ift. viden og konklusioner) udover hvad der kunne forventes hvis der var færre projektpartnere.

Derudover har der i projektgruppen og styregruppen været en accept af, at der var plads til at afprøve mange interventioner, og at den enkelte projektpartner selv definerede på hvilken måde og i hvilket omfang man ønskede at indgå i interventionerne.

Den indstilling har først og fremmest betydet, at det har været let for den enkelte projektpartner at melde ind på de interventioner, der matchede problemstillinger, der var særligt relevante for dem, enten fordi der lokalt var fokus på den del eller fordi det kunne ligge i forlængelse af andre aktiviteter.
Det har også betydet, at der ikke har været krav om at alle skulle blive enige om en given prioritet, hvilket kan være en stor opgave med så mange forskellige interessenter, og det har for en stor del af interventionerne betydet, at engagementet har kunne fastholdes og også for en stor dels vedkommende kunnet forandres lokalt, fordi det var muligt at tilpasse til lokale forhold.

Omvendt er konsekvensen at de forskellige lokale tilpasninger betyder, at der ikke er sikret tilstrækkelig volumen i hver enkelt intervention til sikring af et tilstrækkeligt datagrundlag til effektvurderingen.

Forebyggelse af indlæggelser på dagsorden

Siden den nye sundhedsaftale trådte i kraft er begreberne om forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser blevet mere præsente i det tværsektorielle samarbejde, og anvendes fra tid til anden som det magiske løsen i forbindelse med fremtidens opgaver med den ældre medicinske patient, kronikere osv.

Styregruppe og projektgruppe oplever, at projektet har bidraget til at fremskynde operationaliseringen af det tværsektorielle samarbejde om at forebygge indlæggelser og genindlæggelser, så de involverede kommuner og hospitaler allerede på nuværende tidspunkt kan implementere og videreudvikle de erfaringer der er opnået.

Det er også en konkret vurdering, der er dokumenteret i evalueringen, at anvendelsen af begreberne forebyggelige indlæggelser via projektets udbredelse til yderste led i kommunerne, er nået længere ud i organisationen end til de administrative afdelinger, Samordningsudvalget etc.

I forlængelse heraf bliver det også vurderet, at projektet har støttet op om implementeringen af sundhedsaftalen lokalt, fordi forståelsen for sammenhængen og aftalerne om det tværsektorielle samarbejde er krumtapper i projektet. Projektets analyse og interventioner har i stort omfang fungeret som en konkretisering af sundhedsaftalen og altså som løftestang for implementeringen.

At det er lykkedes med at nå langt ud med konkrete budskaber om sundhedsaftalen til medarbejdere i borgerens hjem kan formentlig tilskrives projektets målgruppe; den ældre medicinske patient, som groft sagt er alle ældre borgere, der modtager sundhedsydelser fra kommunen. Det betyder, at målgruppen er et anliggende for alle medarbejdere og alle har en opgave ift. forebyggelsesopgaven.
Helt konkret er det projektgruppens vurdering, at den større målgruppe har haft en positiv betydning ift. at sikre en større lokal involvering og forankring.

Der er arbejdet med forebyggelse af indlæggelser, primært ved initiativer inden det vides om symptomer og ændringer i form af hverdagsindikatorer bliver til de udvalgte tilstande og diagnoser. Denne viden har givet almengyldig viden, der kan anvendes bredt i forebyggelse og tidlig indsats.

Involvering af borgeren/patienten

Omdrejningspunktet i projektet har været det tværsektorielle samarbejde mellem de involverede aktører og har kun i meget lille omfang inddraget brugerne.

Der har gennem processen været fokus på endemålet om at skabe bedre sammenhæng i sundhedsvæsnet for borgeren/patienten, gennem samarbejde om at forebygge indlæggelser og genindlæggelser.

Analysefasen indeholdt en brugerundersøgelse, hvor indlagte patienter og ny-udskrevne patienter (med de udvalgte forebyggelige diagnoser) blev interviewet om deres egen vurdering af forløbet op til indlæggelsen ift. at undgå en indlæggelse. bl.a. gennem alternative indsatser.

Imidlertid var det ikke muligt at konkludere på svarene fra interviewene, fordi målgruppen var for dårlig, formentlig fordi de lige havde været igennem et sygdomsforløb. Svarene var derfor typisk, at informanten ikke kunne huske hvad der var sket op til indlæggelsen eller at de gerne ville indlægges på hospitalet, fordi det gjorde dem trygge.

Som alternativ til inddragelse af patienterne blev det foreslået at inddrage patient- og/eller pårørendeforeninger, men der er ikke etableret foreninger for den ældre medicinske patient.

I det omfang respondenterne havde været bedre eller der havde været mulighed for at inddrage patientforeninger ville det være oplagt at inddrage dem i udviklingsfasen ift. hvad der er gode forebyggelsesindsatser, og i afprøvningsfasen, hvor borgerne og patienten kunne bidrage til at forebygge egne indlæggelser.

Der er helt oplagt og fyldt med muligheder at inddrage borgeren/patienten i det forebyggende arbejde, som et supplement til den indsats social- og sundhedshjælpere, -assistenter og sygeplejersker gør, men også ift. den gruppe af ældre borgere, der ikke modtager kommunale sundhedsydelser.