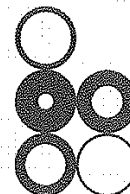


DANSKE  
REGIONER



**Samling med eksempler på gode initiativer i forhold til den medicinske patient: "God praksis – i indsatsen for den medicinske patient".**

Sundhedsvæsenet står i disse år overfor store udfordringer på det medicinske område. Særligt den gruppe af medicinske patienter, der lider af flere sygdomme, har dårligt socialt netværk og muligvis en social historie oplever uhensigtsmæssige behandlingsforløb og at blive indlagt akut på sygehus fordi de "ikke kan være andre steder".

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

Danske Regioner har indsamlet nogle af de gode eksempler på initiativer, der har gjort en forskel for den medicinske patient eller sundhedspersonalet, som arbejder med denne patientgruppe. Formålet med eksempelsamlingen er videndeling, og således skal eksemplerne ses som en mulig inspiration til at benytte nye metoder eller tage afsæt i konkrete afprøvede ideer til forandring i forhold til den medicinske patient.

Publikationen "God praksis – i indsatsen for den medicinske patient" er vedlagt til orientering. Yderligere eksemplarer kan downloades fra Danske Regioners hjemmeside: [www.regioner.dk](http://www.regioner.dk) under arrangementer.

Med venlig hilsen

  
Bent Hansen



Janet Samuel

Dampfærgevej 22  
Postboks 2593  
2100 København Ø

T 35 29 81 00  
F 35 29 83 00  
E [regioner@regioner.dk](mailto:regioner@regioner.dk)

Gods  
Praksis



# God praksis

- I indsatsen for medicinske patienter

God praksis - i indsatsen for  
medicinske patienter

Danske Regioner 2009

Layout: UHI, Danske Regioner  
Tryk: Danske Regioner

ISBN trykt 978-87-7723-618-1  
ISBN elektronisk 978-87-7723-617-4

Opflag: 300

# Indhold

<b>INTRODUKTION TIL EKSEMPELSAMLINGEN</b>	<b>5</b>
Baggrund	5
De gode eksempler	5
Hvad viser eksemplerne?	6
Læsevejledning og indhold	7
<b>1. FORLØBSKOORDINATION</b>	<b>10</b>
1.1 Shared Care Team	10
1.2 Det fælles regionale og kommunale rehabiliteringsprojekt – "det tværsektorielle koordinationssteam"	12
1.3 KOL-forløbskoordinator på tværs af sektorer	15
Øvrige initiativer omhandlende forløbskoordination	17
<b>2. UDGÅENDE ENHEDER</b>	<b>18</b>
2.1 Casemanager med udadgående funktioner for KOL-patienter	18
2.2 GO-team (geriatrisk-ortopædkirurgiskteam) til opfølgning af svage ældre	19
2.3 Udadgående geriatriske teams	21
2.4 Vagtberedskabet – akutstue i eget hjem	23
Øvrige eksempler omhandlende udgående enheder	24
<b>3. AKUTTE OG SUBAKUTTE TILBUD</b>	<b>25</b>
3.1 Subakut dagafsnit med sammedagsudredning	25
3.2 Konvertering af akutte indlæggelser til elektive (subakutte) indlæggelser	26
3.3 Ambulant behandling af patienter med diagnosen dyb venetrombose	27
3.4 Subakutte ambulatorietider	28
3.5 Akut skadestuefunktion for patienter i medicinsk lungeambulatorium	29
Øvrige initiativer omhandlende akutte og subakutte tilbud	30
<b>4. ÆNDRET ARBEJDSLÆGSEL</b>	<b>31</b>
4.1 Sygeplejefaglig visitation	31
4.2 Projekt "Iltsygeplejerske"	33
4.3 Geriatrisk tilsyn med patienter med hoftenære frakturer	34
Øvrige initiativer omhandlende ændret arbejdsrettelæggelse	36
<b>5. UDSKRIVELSESKOORDINATION</b>	<b>37</b>
5.1 Fremskudt kommunal visitation	37
5.2 Kommunal udskrivelseskoordinator	38
5.3 Udskrivelseskoordinatorer i Randers og Norddjurs kommuner	39
5.4 Udskrivessamtale med tilhørende udskrivelsesark	40
Øvrige initiativer omhandlende udskrivelseskoordination	41
<b>6. ANDRE INITIATIVER</b>	<b>42</b>
6.1 Center of Excellence	42
6.2 Samarbejdsaftale om tværsektorielle borger/patientforløb – SAM-BO	44
6.3 Kronikerenheden	46
6.4 Telemedicinsk hjemmebehandling af diabetiske fodsår – en tværsektoriel, multidisciplinær, murløs synkron specialistbehandling	47
Øvrige eksempler på andre initiativer	49

# Introduktion til eksempelsamlingen

## ■ Baggrund


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

I 2007 nedsatte Danske Regioner i fællesskab med Dansk Selskab for Intern Medicin en tænketank, hvis formål var at pege på forslag og metoder for implementering af initiativer, som kan optimere den fremtidige organisering af indsatsen på det medicinske område – primært for de akut indlagte patienter. Dette samarbejde resulterede i rapporten "Inspiration til en fornyet indsats for medicinske patienter – akut indlagte patienter med uhensigtsmæssige behandlingsforløb", som blev offentliggjort i marts 2009.

Rapportens anbefalinger peger bl.a. på forbedrede arbejdsgange mellem praksissektor og sygehusene samt et bedre og øget samarbejde med kommunerne. Anbefalingerne giver ligeledes inspiration til, hvordan sygehusene kan anlægge et mere helhedsorienteret syn på patienterne og blive bedre til at tackle perioder med overbelægning. Endelig peges på en række forhold eller rammebetingelser, som kan virke både fremmende og hæmmende på mulighederne for en hensigtsmæssig organisering af og prioritering på området f.eks. de fysiske rammer, personaleressourcer, uddannelse, økonomi og IT.

## ■ De gode eksempler

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



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

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

### ■ **Hvad viser eksemplerne?**

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

Initiativer, der er lykkedes, er karakteriseret ved fælles vilje på tværs af sygehusafdelinger, faggrænser og sektorer (sygehus, almen praksis og kommune) til at skabe forandring. Succeshistorierne hænger således ofte sammen med, at både regionale og kommunale parter har haft ejerskab i forhold til initiativet, og at begge sektorer har bidraget med økonomiske og personalemæssige ressourcer. Ressourcerne har ofte – særligt i opstartsperioden – været øremærkede til initiativet. I sjældne tilfælde er der tale om, at der er blevet tilført ekstra eller nye ressourcer til det medicinske område. I de fleste tilfælde er de fornødne ressourcer fremskaffet ved, at man har flyttet rundt på penge og personale. Mange af de initiativer, som er beskrevet her, er altså set fra et overordnet perspektiv omkostningsneutrale eller har ligefrem medført besparelser på længere sigt.

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

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

### ■ Læsevejledning og indhold

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

Eksemplerne er opdelt i kapitler, som hver har et tema. Nogen af initiativer kunne have været placeret under flere temaer, og derfor kan der forekomme overlap mellem temaerne.

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

Andet kapitel vedrører gode eksempler på **udgående enheder**. Den medicinske patient indlægges eller genindlægges ofte akut, fordi den praktiserende læge eller vagtlægen vurderer, at der er opstået et akut behov for behandling eller pleje. Det er dog ikke altid tilfældet, at patienten behøver sygehusets akutte og specialiserede beredskab. Erfaringen viser også, at sygehusindlæggelser kan tage meget hårdt på særligt de ældre patienter og medføre øget svækkelse og bekymringer. Derfor kan det være en mere hensigtsmæssig løsning, at plejen

finder sted i patientens eget hjem og forstås af udgående enheder fra sygehuset, således at en unødigt indlæggelse undgås, og så genindlæggelse forebygges.

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

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

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

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

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



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

## Forløbskoordination

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

### 1.1 Shared Care Team

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

#### ■ Udgangspunkt for initiativet

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

#### ■ Beskrivelse af initiativet

##### Formålet med initiativet

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

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

- Forebyggende indlæggelser
- Afkorte indlæggelser
- Forestå komplicerede udskrivelser

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

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

### Tids- og ressourceforbrug

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

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

### ■ Læring, evaluering og erfaring

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

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

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

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

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

**Teamet bør have initiativretten:** Når lignende teams udvikles, bør man være opmærksom på, hvem der kan tage initiativet til, at teamet kobles på et patientforløb. Det er særligt vanskeligt at

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

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

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

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

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

## **1.2 Det fælles regionale og kommunale rehabiliteringsprojekt – "det tværsektorielle koordinationsteam"**

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

### **Udgangspunkt for initiativet**

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

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

## ■ Beskrivelse af initiativet

### Formålet med initiativet

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

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

Formålet med projektet var:

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

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

Formålet med det tværsektorielle koordinationssteam var:

- at sikre sammenhæng og koordinering mellem de forskellige indsatser/sektorer/afdelinger
- at afhjælpe fagfolks manglende kendskab til de lokale muligheder, der findes
- at skabe helhed for borgeren, dvs. binde enkeltdele sammen til en sammenhængende plan
- at sikre at tiltagene kan relateres til borgerens daglige livsførelse, og at de kan gennemføres
- at minimere risikoen for, at borgeren "falder mellem to stole"

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

Det tværsektorielle koordinationssteam visiterede borgerne ud fra følgende kriterier:

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

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

Det tværfaglige koordinationssteam var tværfagligt repræsenteret med personer, der havde beslutningskompetencer og var derfor repræsenteret med en repræsentant fra afsnitsledelsen fra rehabiliteringsafsnittet, en repræsentant fra Odder Kommunes Træningscenter, en repræsentant fra Odder Kommunes Visitationssteam, en repræsentant fra Odder Kommunes Hjemmepleje og en geriatrisk

læge fra rehabiliteringsafsnittet. Teammedlemmerne var alle bekendte med indholdet i de "moderne rehabiliteringstanker", der bl.a. omhandler brugerinddragelse, tværfaglighed, vidensbasering mm. Teamet mødtes en gang om ugen i tre kvarter. Sagerne meldes ud til medlemmerne inden mødet, således at alle havde mulighed for at forbedre sig til mødet. På møderne blev der udarbejdet et rehabiliteringstilbud til borgeren, og der blev sendt skriftlige tilbagemeldinger på henvisninger, der kom fra de praktiserende læger.

### **Tids- og ressourceforbrug**

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

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

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

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

### **Implementering og forandringspotentialer**

Gennem projektet blev der skabt en "indgang" til rehabilitering af den ældre borger i form af det tværsektorielle koordinationssteam, hvilket betød, at de udviklede et indgående kendskab til rehabiliteringstilbuddene i Odder; der blev udviklet et indgående kendskab til hinanden, og der blev opbygget et enestående samarbejde på tværs af fag og sektorer; der blev udviklet simple arbejdsgange; risikoen for at falde mellem to stole blev minimeret for den ældre borger i Odder; man tilbød og realiserede "det gode patientforløb" fra første symptom til fuld restitution, og der blev skabt en øget dialog på tværs af sektorgrænsen.

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

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

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

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

Der var blandt medlemmerne i teamet bred enighed om følgende:

- møderne er gode, og deltagerne føler stor gavn af at deltage
- mødestrukturen med møde en gang om ugen i 45 minutter fungerer godt
- der er stor opbakning og ansvarlighedsfølelse for møderne
- man har i perioden ikke oplevet borgere, der er "faldet mellem to stole"
- der er god faglig sparring, hvor alle byder ind
- der udvikles et godt kendskab til hinanden og hinandens arbejdsområder
- det er af stor værdi, at det tværsektorielle koordinationssteam er tværfagligt sammensat

- det letter arbejdsgangene og mindsker antallet af telefonopringninger til de involverede afdelinger
- det giver et indgående kendskab til viften af tilbud til borgere
- tilbuddene til borgerne bliver mere velovervejede, og forhåbentligt mærker borgeren en bedre koordinering
- der skal fortsat være fortløbende evaluering af møderne for at sikre, at vi tværsektorielt arbejder med fokus på rehabilitering

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

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

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

### **Opfølgning og videre arbejde**

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

## **1.3 KOL-forløbskoordinator på tværs af sektorer**

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

### **Udgangspunkt for initiativet**

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

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

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

## ■ Beskrivelse af initiativet

### Formålet med initiativet

Projektets formål var,

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

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

Projektet har en styregruppe bestående af:

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

Viborg kommune: Anne Marie Haaning Andersen og Hanne Hvingelby, Vibeke Juul Dalen-gaard.

Skive kommune: Marianne Frost og Eva Henriksen.

Metoden:

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

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

Ud fra anbefalingerne i KOL-programmet tilbydes:

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

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

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



## **Implementering og forandringspotentiale**

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

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

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

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

## **Opfølgning og det videre arbejde**

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

## **■ Øvrige initiativer omhandlende forløbskoordination**

- Casemanager i palliation, Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder, Kirsten Dahl ([kirsten.dahl.knudsen@horsens.rm.dk](mailto:kirsten.dahl.knudsen@horsens.rm.dk)) og Henriette Kaae ([henriette.kaae@horsens.rm.dk](mailto:henriette.kaae@horsens.rm.dk))
- Koordinatorfunktion i kardiologisk afsnit, Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder, Kirsten Lysdahl ([kirsten.lysdahl@horsens.rm.dk](mailto:kirsten.lysdahl@horsens.rm.dk)) og Henriette Kaae ([henriette.kaae@horsens.rm.dk](mailto:henriette.kaae@horsens.rm.dk))
- Sygeplejefaglig forløbskoordinator, Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder, Kiss Ruben Larsen ([kiss.larsen@horsens.rm.dk](mailto:kiss.larsen@horsens.rm.dk))

## Udgående enheder

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

## 2.1 Casemanager med udadgående funktioner for KOL-patienter

Dorte Wittendorff og Henriette Kaae  
dorte.wittendorff@horsens.rm.dk  
henriette.kaae@horsens.rm.dk  
Lungemedicinsk speciale  
Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder  
Region Midtjylland

### Udgangspunkt for initiativet

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

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

### Beskrivelse af initiativet

#### Formålet med initiativet

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

Hovedmålgruppen for initiativet har været:

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

#### Tids- og ressourceforbrug

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

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

### **Implementering og forandringspotentiale**

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

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

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

Der foretages evaluering af initiativet i sommeren 2009.

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

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

## **■ 2.2 GO-team (geriatrisk-ortopædkirurgiskteam) til opfølgning af svage ældre**

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

### **■ Udgangspunkt for initiativet**

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

### **■ Beskrivelse af initiativet**

#### **Formålet med initiativet**

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

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

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

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

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

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

### **Tids- og ressourceforbrug**

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

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

### **Implementering og forandringspotentiale**

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

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

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

## ■ Læring, evaluering og erfaring

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

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

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

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

## ■ 2.3 Udadgående geriatrike teams

Henriette Kaae  
henriette.kaae@horsens.rm.dk  
Geriatrik speciale  
Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder  
Region Midtjylland

## ■ Udgangspunkt for initiativet

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

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

## ■ Beskrivelse af initiativet

### **Formålet med initiativet**

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

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

Det geriatrike team har stået for den praktiske gennemførelse af projektet. De tværsektorielle samarbejdspartnere såvel som de interne tværfaglige samarbejdspartnere har gennem hele projektet været involveret.

Metoder til inddragelse:

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

### **Tids- og ressourceforbrug**

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

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

### **Implementering og forandringspotentiale**

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

- forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser
- forebygge genindlæggelser
- afkorte indlæggelser

Erfaringen viser, at det har været af essentiel betydning,

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

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

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

Evalueringen har vist følgende udviklingsområder:

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

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

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

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

## ■ 2.4 Vagtberedskabet – akutstue i eget hjem

Peter Astrup  
peter.astrup@stab.rm.dk  
Omfatter flere specialer  
Århus Sygehus  
Region Midtjylland

### ■ Udgangspunkt for initiativet

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

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

### ■ Beskrivelse af initiativet

#### Formålet med initiativet

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

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

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

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

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

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

#### Tids- og ressourceforbrug

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

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

### **Implementering og forandringspotentiale**

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

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

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

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

## **■ Øvrige initiativer omhandlende udgående enheder**

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



## Akutte og subakutte tilbud

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

### 3.1 Subakut dagafsnit med sammedagsudredning

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

#### ■ Udgangspunkt for initiativet

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

#### ■ Beskrivelse af initiativet

##### Formålet med initiativet

Formålet med initiativet har været, at den praktiserende læge kan henvise en patient direkte til en akut tid samme eller følgende dag. De tider, som ikke bruges, meldes til det akutte modtageafsnits koordinator. Patienter, som meldes til akutmodtageafsnit uanset tid på døgnet, kan i stedet få tilbudt en tid i dagafsnittet den følgende dag.

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

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

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

##### Tids- og ressourceforbrug

Førrudsætninger som var til stede:

- En overlæge fire dage pr. uge – en overlæge, som havde brug for et mere fleksibelt job, som passede med at være uddannelsesansvarlig overlæge. Det var samtidig muligt at tage en yngre læge med som en del af dennes uddannelse.

- Der var mulighed for at konvertere stillinger fra sengeafdeling til ambulat funktion.
- Der var en meget positiv indstilling fra røntgenafdelingen.
- Tæt samarbejde med geriatrik teams afsnitsledelse med henblik på at få en fleksibel udnyttelse af pleje- og lægeressourcer mellem geriatrik team og det nye dagafsnit og mulighed for at trække på deres erfaring med hensyn til hurtige udredning i ambulat regi af meget syge ældre patienter.
- Ikke mindst et meget fleksibelt personale i hele afdelingen.

### **Implementering og forandringspotentialer**

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

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

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

Der foretages løbende evaluering og tilpasning.

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

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

## **■ 3.2 Konvertering af akutte indlæggelser til elektive (subakutte) indlæggelser**

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

### **■ Udgangspunkt for initiativet**

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

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

## ■ Beskrivelse af initiativet

### Formålet med initiativet

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

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

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

### Tids- og ressourceforbrug

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

### Implementering og forandringspotentialer

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

## ■ Læring, evaluering og erfaring

Initiativet er endnu ikke endeligt evalueret.

### Opfølgning og det videre arbejde

Vi mener, at konceptet kan udbredes til flere specialer.

## ■ 3.3 Ambulant behandling af patienter med diagnosen dyb venetrombose

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

## ■ Udgangspunkt for initiativet

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

## ■ Beskrivelse af initiativet

### Formålet med initiativet

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

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

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

### Tids- og ressourceforbrug

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

### Implementering og forandringspotentialer

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

## ■ Læring, evaluering og erfaring

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

### Opfølgning og det videre arbejde

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

## ■ 3.4 Subakutte ambulatorietider

Kerstin Høgenhaug  
kemh@rn.dk  
Omfatter flere specialer  
Sygehus Vendsyssel  
Region Nordjylland

## ■ Udgangspunkt for initiativet

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

## ■ Beskrivelse af initiativet

### Formålet med initiativet

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

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

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

### **Tids- og ressourceforbrug**

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

### **Implementering og forandringspotentiale**

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

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

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

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

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

## **■ 3.5 Akut skadestuefunktion for patienter i medicinsk lungeambulatorium**

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

## **■ Udgangspunkt for initiativet**

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

## **■ Beskrivelse af initiativet**

### **Formålet med initiativet**

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

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

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

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

### **Tids- og ressourceforbrug**

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

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

### **Implementering og forandringspotentiale**

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

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

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

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

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

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

- Viderevisitation af patienter med exacerbation af KOL til ambulante regi, Århus Sygehus, Jens Møller (jenmoel@rm.dk)
- Veneblodpropper, Århus Sygehus, Steen Husted (steehust@rm.dk)

## Ændret arbejdstilrettelæggelse

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

### 4.1 Sygeplejefaglig visitation

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

#### ■ Udgangspunkt for initiativet

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

Med initiativet ønskede man at sikre

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

#### ■ Beskrivelse af initiativet

##### Formålet med initiativet

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

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

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

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

## Tids- og ressourceforbrug

Den sygeplejefaglige visitator er en sygeplejerske i hver vagt – dagvagt, aftenvagt og nattevagt.

I forbindelse med implementeringen havde vi ekstra plejepersonale i dagvagt og aftenvagt i de første dage. Funktionen varetages i dag af en udvalgt gruppe af sygeplejersker, hvilket betyder, at ikke alle sygeplejersker har denne funktion.

## Implementering og forandringspotentiale

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

## ■ Læring, evaluering og erfaring

Der har været evalueret på funktionen med sygeplejerskerne i afsnittet.

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

Initiativet har bidraget med mere effektive patientforløb.

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

Visitoransvar og kompetenceområder:

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

Visitors arbejdsopgaver:

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



## ■ 4.2. Projekt "Iltsygeplejerske"

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

### ■ Udgangspunkt for initiativet

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

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

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

### ■ Beskrivelse af initiativet

#### Formålet med initiativet

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

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

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

#### Tids- og ressourceforbrug

Projektet blev finansieret af det tidligere amt samt sygehusledelsen.

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

## **Implementering og forandringspotentiale**

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

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

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

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

Endelig havde projektet den effekt, at afdelingen blev aflastet.

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

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

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

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

## **■ 4.3 Geriatrisk tilsyn med patienter med hoftefrakturer**

Lisbeth Hansen  
lisbeth.c.hansen@horsens.rm.dk  
Kirurgisk, medicinsk og geriatrisk speciale  
Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder  
Region Midtjylland

### **■ Udgangspunkt for initiativet**

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

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

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

## ■ Beskrivelse af initiativet

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

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

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

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

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

### Tids- og ressourceforbrug

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

### Implementering og forandringspotentialer

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

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

## ■ Læring, evaluering og erfaring

Da afdelingen gik i gang den 01.11.08 med daglig geriatrisk stuegang, var denne funktion ikke beskrevet endnu, og der forelå kun mundtlige aftaler. Først med etableringen af rehabiliteringsafsnittet den 01.02.09 er funktionen blevet beskrevet. Det gjorde, at den geriatriske stuegangsfunktion på ortopædkirurgisk afdeling fik en famlende start. Det har lært afdelingens personale, at det er vigtigt, at forarbejdet er gjort ordentligt, da det kan give en del frustrationer. En beskrivelse med en klar opgavefordeling er specielt vigtig, når flere specialer skal arbejde sammen. Ligeledes vil undervisning før start også være en god ide. Det har helt klart givet et

kvalitetsløft for gruppen af patienter med hoftenære frakturer, at de lige efter bruddet og under indlæggelsen får et geriatrisk tilsyn. Det betyder, at der bliver set på patientens hele situation, ikke kun kirurgisk men også medicinsk. Det medfører forhåbentligt, at afdelingen med denne indsats kan forebygge nye indlæggelser.

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

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

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

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

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



## Udskrivelseskoordination

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



### 5.1 Fremskudt kommunal visitation

Else Snerum og Lis Kaastrup  
e.snerum@rn.dk  
lkj@rn.dk  
Omfatter flere specialer  
Sygehus Himmerland  
Region Nordjylland

#### ■ Udgangspunkt for initiativet

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

#### ■ Beskrivelse af initiativet

##### Formålet med initiativet

På Sygehus Himmerland i Hobro har der siden begyndelsen af 2008 været to kommunale visitatorer tilstede på sygehuset dagligt. De kommunale visitatorer kan dermed så tidligt som muligt begynde at forberede de foranstaltninger, der skal træffes i kommunerne forud for udskrivning af patienten. Dette omfatter alle faktorer i kommunalt regi, og når visitationen sker direkte på sygehuset og i tæt samarbejde med sygehuspersonalet, kan visitatorerne inddrage både plejepersonalets og terapiens vurderinger samt familiens eventuelle ønsker forud for udskrivningen.

Initiativet er et samarbejde mellem Sygehus Himmerland og Hobro Kommune.

##### Implementering og forandringspotentialer

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

#### ■ Læring, evaluering og erfaring

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

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

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

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

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

Initiativet kan udvides til at omfatte alle specialer.

## **5.2 Kommunal udskrivelseskoordinator**

Bodil Overgaard  
boaks@ringamt.dk  
Medicinsk speciale  
Regionshospitalet Holstebro  
Region Midtjylland

### **Udgangspunkt for initiativet**

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

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

### **Beskrivelse af initiativet**

#### **Formålet med initiativet**

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

Ideen er blevet udviklet igennem et godt samarbejde med kommunen.

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

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

#### **Tids- og ressourceforbrug**

Udviklingen af initiativet har ikke været specielt omkostningstung. Initiativet forventes at være omkostningsneutralt i forhold til driften. Der forventes besparelser som konsekvens af den smidigere udskrivelse.

#### **Implementering og forandringspotentiale**

Det har været svært at få initiativet ind i en fast rutine. Hidtil har der ikke været mange meldte patienter til kommunen. Dette kan skyldes, at patienterne er kendt af kommunen i forvejen, og at det ikke er vurderet, at der vil være forværret helbredstilstand efter indlæggelsen. Der har ikke

været et behov for en inddragelse af kommunen for etablering af nye tilbud for den pågældende patient. Her har de kendte varslingsregler fungeret upåklageligt.

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

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

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

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

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

## ■ **5.3 Udskrivelseskoordinatorer Randers og Norddjurs kommuner**

Birgit Svendsen  
birgsven@rm.dk  
Medicinsk speciale  
Regionshospitalet Randers og Grenå  
Region Midtjylland

### ■ **Udgangspunkt for initiativet**

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

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

### ■ **Beskrivelse af initiativet**

#### **Formålet med initiativet**

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

#### **Tids- og ressourceforbrug**

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

## **Implementering og forandringspotentialer**

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

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

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

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

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

## **5.4 Udskrivessamtale med tilhørende udskrivelsesark**

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

### **■ Udgangspunkt for initiativet**

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

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

Der blev udarbejdet 20 anbefalinger under 3 overordnede temaer:

- kommunikation
- medinddragelse
- kontinuitet

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

### **■ Beskrivelse af initiativet**

#### **Formålet med initiativet**

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

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



Da udskrivelsesarket og tjeklisten var udarbejdet, afprøvede vi først initiativet i en små-skala-test, dvs. på én patient, hvor vi efterfølgende evaluerede samtalen både med patient og med personale. Herefter afprøvede vi initiativet i en stor-skala-test, hvor alle udskrevne patienter deltog samt tilhørende personale. I 14 dage blev initiativet løbende evalueret både af patienterne i form af anonymt spørgeskema og af personalet mundtligt efter endt stuegang.

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

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

### **Tids- og ressourceforbrug**

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

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

### **Implementering og forandringspotentiale**

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

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

De oprindelige udskrivningsark er videreudviklet og tilpasset.

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

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

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

Vi vil fortsat arbejde med udskrivelsesarket og den nye sygeplejerapport.

## **■ Øvrige initiativer omhandlende udskrivelseskoordination**

- Kommunal udskrivningskoordinator, Regionshospitalet Herning, Mette Bruun Pedersen (hecmbp@ringamt.dk)

## 6 Andre initiativer

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

### 6.1 Center of Excellence

Kirsten Fog  
kirsten.fog@silkeborg.rm.dk  
Omfatter hele det medicinske område  
Regionshospitalet Silkeborg  
Region Midtjylland

#### ■ Udgangspunkt for initiativet

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

#### ■ Beskrivelse af initiativet

##### Formålet med initiativet

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

##### 1) Attraktiv for patienten

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

Det viser sig ved, at:

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

##### 2) Høj faglig kvalitet og tværfaglig ekspertise

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

Det viser sig ved, at:

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

### 3) Innovativt hospitalsmiljø

Hospitalsenheden Silkeborg er nyskabende og proaktiv.

Det viser sig ved, at:

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

### 4) Normsættende

Hospitalsenheden Silkeborg er førende på udvalgte faglige og organisatoriske områder.

Det viser sig ved, at:

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

Konkrete elementer i Center of Excellence:

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

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

- Ambulant akut speciallægevurdering samme dag ved henvendelse inden kl. 12.00 på hverdage.
- Ambulant speciallægevurdering inden for 24 timer på hverdage.
- De ni medicinske specialer er nemt tilgængelige i dagtiden på hverdage, og kan varetage behandlinger på hovedfunktionsniveau.
- Tværfaglige og tværsektorielle "pakkeløsninger" målrettet forskellige medicinske sygdomme.
- Center for bevægeapparatlidelser. Et forskningsprojekt vedrørende sygemeldte borgere med smerter i bevægeapparatet, f.eks. nakke/skulder regionen. Et eksempel på et samarbejdsprojekt mellem Center for Folkesundhed i Region Midtjylland, kommunerne og Regionshospitalet Silkeborg.
- Intern fælles visitation sikrer "én indgang" til hospitalet for patienter med rygproblemer.
- Komprimerede patientforløb som følge af tværfaglige teamfunktioner på rygområdet med inddragelse af en række specialer herunder reumatologer, ryg-fysioterapeuter, ryg-ortopædkirurger og socialmediciner.
- Effektiv billeddiagnostisk understøttelse af patientforløb, herunder "drop-in" funktion, hvor patienterne kan henvende sig uden tidsbestilling.
- Patienter med visse kroniske sygdomme får rehabiliteringstilbud i samarbejde med kommunerne, eksempelvis Lunge- og Hjerteskolær.
- Nye forebyggende tiltag i samarbejde med kommunerne via sundhedsaftalerne.
- Praktiserende læger og hjemmesygeplejersker har direkte telefonisk adgang til speciallægerådgivning inden for alle specialer i dagtiden.
- Videnskabelig tilgang via f.eks. ph.d.-studerende til evaluering af organisationsændringer, som f.eks. omlægning af akutte indlæggelser til akutte og subakutte ambulante aktiviteter.

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

### **Tids- og ressourceforbrug**

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

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

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

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

### **Implementering og forandringspotentialer**

Implementeringen er endnu ikke tilendebragt.

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

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

## **6.2 Samarbejdsaftale om tværasektorielle borger/ patientforløb – SAM:BO**

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

### **Udgangspunkt for initiativet**

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

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

## ■ Beskrivelse af initiativet

### Formålet med initiativet

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

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

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

### Tids- og ressourceforbrug

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

### Implementering og forandringspotentialer

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

## ■ Læring, evaluering og erfaring

Evaluering sker i slutningen af 2009 og løbende derefter.

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

### Opfølgning og det videre arbejde

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

## 6.3 Kronikerenheden

Alice Morsbøl  
alice.morsboel@rn.dk  
Er ikke i sygehusregi  
Region Nordjylland

### ■ Udgangspunkt for initiativet

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

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

### ■ Beskrivelse af initiativet

#### Formålet med initiativet

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

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

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

Kronikerenheden Nordjylland befordrer et tæt samarbejde mellem kommuner, region, sygehuse og praktiserende læger og er ansvarlige for bl.a. koordinering, planlægning og kvalitets sikring. Den overordnede målsætning er, at mennesker med kroniske lidelser kan lære at tage vare på eget helbred og få redskaber til at leve livet med en kronisk sygdom. Dette omfatter alle specialer og herunder også de medicinske patienter.

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

#### Tids- og ressourceforbrug

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

## 6.4 Telemedicinsk hjemmebehandling af diabetiske fodsår – en tværsektoriel, multidisciplinær, murløs, synkron specialistbehandling

Niels Ejskjær  
niels.ejskjaer@aarhus.rm.dk  
Medicinsk endokrinologisk speciale  
Århus-Sygehus  
Region Midtjylland

### ■ Udgangspunkt for initiativet

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

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

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

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

### ■ Beskrivelse af initiativet

#### Formålet med initiativet

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

#### Delmål:

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

#### Udvikling af idéen:

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

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