

Forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser – en oversigt over viden om kommunale indsatser

Indhold

1. INTRODUKTION	3
1.1 INDLEDNING	3
1.2 BAGGRUND OG FORMÅL	3
2. FOREBYGGELSE AF INDLÆGGELSER.....	4
3. VIDENSGRUNDLAG OG AFGRÆNSNING	6
4. NATIONALE ANBEFALINGER	8
4.1 VÆRKTØJER TIL TIDLIG OPSPORING	8
4.2 KVALITET I KOMMUNALE AKUTFUNKTIONER	8
4.3 ØVRIGE UNDERSTØTTENDE TILTAG	9
5. STUDIER OG INTERVENTIONER.....	10
5.1 OPFØLGENDE HJEMMEBESØG	10
5.2 AKUTFUNKTIONER	11
5.2.1 Access-projektet	12
5.2.2 Akutteamet i Sønderborg Kommune	13
5.3 FORLØBSKOORDINATION	14
5.3.1 Evaluering af indsats for forløbskoordination	14
5.3.2 Forløbskoordination i Region Syddanmark	15
5.3.3 INFO 65 på tværs	15
5.4 FAST TILKNYTTET LÆGE PÅ PLEJECENTER	17
5.5 TVÆRSEKTORIEL UDREDNINGSENHED	19
5.5.1 Tværsektoriel Udredningsenhed, Bispebjerg	19
5.6 TIDLIG OPSPORING	20
5.6.1 Allerød, Gribskov, Halsnæs, Frederikssund og Hillerød – tværkommunalt samarbejde	20
6. OPSAMLING	23
7. REFERENCER	24

1. Introduktion

1.1 Indledning

Dette notat beskriver dels eksisterende nationale anbefalinger med henblik på at nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser og dels danske interventioner og studier, der er gennemført i kommunalt regi eller i samarbejde mellem kommune og region med henblik på at nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser.

Opdraget for notatet har været at afsøge viden om organisatoriske forhold, der kan forebygge sygehusindlæggelser, og som samtidig kan danne grundlag for udbredelse til andre dele af landet.

Notatet bygger oven på oversigtsnotatet 'Forebyggelse af indlæggelser' udarbejdet af DSI i 2011 (1). En del af de indsatser, der beskrives i oversigtsnotatet, er fortsat under videreudvikling og implementering. Det gælder fx opfølgende hjemmebesøg.

Der findes nationale anbefalinger, der understøtter den kommunale indsats og enkelte større solide studier. Dertil kommer en række øvrige understøttende tiltag, som også, dog mere indirekte, understøtter de kommunale indsatser med henblik på at reducere antallet af forebyggelige indlæggelser. Disse anbefalinger, tiltag mv. vil fremgå af notatet.

Derudover findes der nationale anbefalinger, der sigter på at undgå borgernes sygdom og derigennem behov for sygehusydelser, fx forebyggelsespakker og vejledning om forebyggelse i kommunerne. Disse er ikke beskrevet i notatet. Ligeledes er indsatser, hvor der allerede er truffet beslutning om national udbredelse, og hvor der foreligger finansiering, ikke medtaget, fx telemedicinsk sårbehandling.

KL og udvalgte medlemmer af Styregruppen for den ældre medicinske patient har bidraget til at identificere relevante projektevalueringer, som er evalueret og vurderes at kunne have potentiale til national udbredelse. Det har ikke været inden for rammerne af dette arbejde at foretage en systematisk litteratursøgning, og notatet er derfor ikke nødvendigvis udtømmende, om end det vurderes at omfatte alle væsentlige projektevalueringer.

1.2 Baggrund og formål

Baggrunden for notatet er finanslovsaftalen for 2015, hvor der er afsat midler til kommunerne, der skal udmøntes på baggrund af en opsamling af viden om kommunale indsatser med henblik på at nedbringe antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser.

Notatet udarbejdes til brug for udmøntning af puljemidler i 2016 målrettet kommunale indsatser til at reducere antallet af forebyggelige indlæggelser.

2. Forebyggelse af indlæggelser

Forebyggelige indlæggelser er indlæggelser blandt borgere på 65 år eller derover, hvor aktionsdiagnosen hører til en af følgende diagnosegrupper: dehydrering, forstoppelse, nedre luftvejssygdom, blærebetændelse, gastroenteritis, brud, ernæringsbetinget blodmangel, sociale og plejemæssige forhold og tryksår (2). At indlæggelser med disse diagnoser er forebyggelige vil sige, at den indlæggelseskrævende tilstand kunne have været forebygget – oftest ved hjælp af en tidlig kommunal indsats. At en indlæggelse med lungebetændelse er forebyggelig betyder imidlertid ikke, at tilstanden *ikke* er indlæggelseskrævende på det tidspunkt, hvor borgeren indlægges. Det betyder, at det i nogle tilfælde vil være muligt for kommunen at opspore tidlige tegn på sygdommen og via en tidlig indsats forhindre, at borgerens tilstand bliver indlæggelseskrævende. Det betyder heller ikke, at alle forebyggelige indlæggelser kan forebygges. Ældre medicinske patienter, der indlægges med en diagnose, der kunne have været forebygget i kommunalt regi, har ofte flere samtidige sygdomme og årsagen til den konkrete indlæggelse er ofte multifaktoriel.

Borgere, der er syge og har behov for en sygehusindlæggelse, eller hvor det relevante sundhedstilbud alene findes i sygehusregi, skal selvfølgelig indlægges. Der er dog udbredte træk ved strukturer i det samlede sundhedsvæsen, som kan gøre det vanskeligt i visse typer af situationer at vælge andet end en indlæggelse på et sygehus. I en analyse af medicinske afdelinger, har Deloitte (3) peget på, at op mod 20 pct. af patienterne på de medicinske afdelinger ikke har behov for sygehusbehandling set retrospektivt.

Imidlertid har ikke alle kommuner alternativer til indlæggelser, når en borgers tilstand forværres pludseligt. Dette kan særligt være tilfældet i weekender og aften-nattetimer, hvilket betyder at borgeren, ofte med en vagtlæges mellemkomst, bliver indlagt.

Hovedparten af de fagprofessionelle i kommunerne har en uddannelse af minimum et års varighed. Mange af disse fagprofessionelle og de øvrige medarbejdere har regelmæssig kontakt til mange af de ældre medicinske patienter. Der ligger således hos disse medarbejdere et stort potentiale i forhold til forebyggelse og tidlig opsporing af risici og sygdom hos den ældre medicinske patient - herunder at være opmærksom på og reagere over for simple ændringer i almen tilstanden. Der er allerede fokus på de muligheder, der ligger i forhold til de ældre medicinske patienter, som har et rengøringstilbud i kommunalt regi, og hos de ældre medicinske patienter, der har hjemmepleje. Men der er fortsat en udfordring i at få udfoldet mulighederne hos de fagprofessionelle i kommunerne for fx basale observationer af de ældre medicinske patienter.

For at tidlig opsporing af en tilstand skal have effekt i forhold til fx reduktion i antal (gen)indlæggelser kræver det blandt andet, at en ændring i den ældre medicinske patients velbefindende observeres systematisk og hyppigt samt, at der handles tidligst muligt på ændringer. Dette kræver en basal viden og erfaring. Såfremt de kommunale fagprofessionelle skal

være proaktive og varetage opgaver indenfor tidlig opsporing, vil der mange steder være behov for kompetenceudvikling.

Systematisk opsamling af observationer er ikke tilstrækkeligt – for at understøtte iværksættelse af den nødvendige indsats bør der også foreligge klare vejledninger/aftaler for, hvornår og hvordan der bør handles, samt hvem der bør kommunikeres med om de indsamlede observationer.

I forbindelse med forebyggelse og tidlig opsporing af tilstande hos de ældre medicinske patienter involveres mange forskellige fagprofessionelle. Uddannelserne er udpræget monofaglige og forbereder derfor ikke i særlig høj grad fagprofessionelle til at arbejde i tværgående og tværfaglige teams. Et velfungerende samarbejde er afgørende for kvaliteten af den samlede indsats. Samtidig er det vigtigt, at der tillige er en klar ansvars- og rollefordeling i kommunen, almen praksis og på sygehus for at vigtig information bringes videre og den nødvendige handling iværksættes.

Det er en vigtig ledelsesopgave at sikre kontinuerlig og systematisk sundhedsfaglig kompetenceudvikling, der målrettet understøtter tværgående og tværfagligt samarbejde.

3. Vidensgrundlag og afgrænsning

Kommunerne fik med sundhedsloven fra 2007 ansvaret for den borgerrettede forebyggelse, en del af den patientrettede forebyggelse og genoptræning men er endnu ikke indrettet, hverken organisatorisk eller kompetencemæssigt til at gennemføre solide studier af den organisatoriske indretning.

Kommunernes ansvar som myndighed omfatter egen lokal drift og borger-/patientrettet forebyggelse i forhold til egne indbyggere. Kommunerne har ikke ansvar for regionernes udgifter eller for at opsamle erfaringer med henblik på udbredelse ud over egen kommune. Det betyder, at der er mere (blandt andet sundhedsfaglig) viden om borger-/patientrettet forebyggelse og sundhedsfremme, der sigter på at skabe den bedst mulige livskvalitet og levetid, end der er om organisatoriske forhold, der sigter på at reducere antallet af sygehusindlæggelser.

Jf. sundhedsloven har regionerne en forskningsforpligtelse, mens kommunerne har en forpligtelse til at *medvirke* til forskningen. Dette har blandt andet betydet, at forskning i de kommunale sundhedsopgaver har været meget sparsomt prioriteret. Systematisk forskning efter videnskabelige metoder er imidlertid en forudsætning for at få solid viden om effekt af kommunale indsatser, hvilket ikke kun er kommunernes interesse og ansvar men hele sundhedsvæsenets.

Kommunerne indgår dog i stigende grad i egentlige forskningssamarbejder med forskningsinstitutioner og ønsker at arbejde evidensbaseret og efter kliniske retningslinjer, dokumentere indsatserne mv. men fortsat i et meget begrænset omfang (4).

Der foreligger dog nogen viden om, hvad der kan reducere borgeres indlæggelse på sygehus. Vidensgrundlaget har imidlertid varierende omfang og soliditet. Det omfatter både større eksterne evalueringer med et solidt borgergrundlag designet som randomiserede kontrollerede forsøg og mindre kvalitetsudviklingsprojekter, der er internt evalueret, og hvor det ikke har været muligt at have en kontrolgruppe.

Valg af evalueringsdesign, uanset om der er tale om forskningsprojekter eller kvalitetsudvikling, afhænger dels af hvor mange midler, der afsættes til evalueringen, men også af den kommunale kontekst, som det konkrete projekt eller indsats indgår i. Ofte vil det ikke være muligt at afprøve en indsats på udvalgte målgrupper. Det er fx tilfældet, hvis det er politisk besluttet at tilbyde en indsats til alle borgere i en målgruppe. Der kan i så fald anvendes en historisk målgruppe, men da udviklingen i kommunerne på sundhedsområdet hele tiden er dynamisk, vil det ofte være svært at sige, om en given indsats har haft effekt, eller om det er øvrige tiltag og/eller kombinationen med andre indsatser, der har haft en effekt. Dertil kommer, at det er meget vanskeligt at skabe solid dokumentation for organisatoriske strukturer og processer, og endnu vanskeligere at generalisere til anden kontekst. Samtidig er konteksten lokalt bestemt af politiske beslutninger, der skal afveje mange forskelligartede hensyn, som ikke kan reduceres til fx at minimere antallet af sygehus-

indlæggelser.

Derudover sker der løbende en videreudvikling af samarbejdet mellem regioner og kommuner fx gennem forløbsprogrammer og sundhedsaftaler, hvor driften løbende justeres, men uden at der er tale om en egentlig projektform og en systematisk evaluering.

Den nuværende kommunale praksis bygger dermed primært på praksiserfaringer og en løbende pragmatisk udvikling af praksis. Formålet med de kommunale evalueringer er dog også primært at udvikle nye eller videreudvikle eksisterende kommunale – lokale – indsatser, og har ikke til formål at danne grundlag for national udbredelse. Den bedst funderede viden, når målet er landsdækkende udbredelse, er ofte kommet via statsligt understøttede initiativer til afprøvning af få prædefinerede modeller, der følges op.

På baggrund af ovenstående kan der i nærværende notat ikke peges på en række nye og evidensbaserede indsatser til at nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser, da denne viden ikke findes.

4. Nationale anbefalinger

I dette kapitel præsenteres nationale anbefalinger, der har direkte relevans for den kommunale indsats i forhold til at reducere antallet af forebyggelige indlæggelser. Det drejer sig om anbefalinger vedrørende dels værktøjer til tidlig opsporing og dels kvalitet i kommunale akutfunktioner.

4.1 Værktøjer til tidlig opsporing

Sundhedsstyrelsen har som en del af den Fælles udmøntningsplan for den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient i 2013 udarbejdet en rapport med anbefalinger til værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsevne og underernæring hos ældre medicinske patienter (5). Formålet med værktøjerne er, via en tidlig indsats, at forebygge, at ældre medicinske patienter får behov for sygehusindlæggelse.

Målgruppen for værktøjerne er primært personalet i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og på plejecentre. Derudover er det hensigtsmæssigt, at almen praksis har kendskab til værktøjerne, så de kan anvendes i samarbejdet med hjemme(syge)plejen.

De anbefalede værktøjer omfatter blandt andet:

- Skemaer med relevante fokusområder som ”Psyisk og Socialt”, ”Hjemmet”, ”Hverdagsaktiviteter”, ”Spise og drikke” mv. Skemaerne skal give sundhedspersonalet en systematisk tilgang til hverdagsobservationer og refleksion i kontakten med borgeren.
- Måling af vitale parametre som puls, blodtryk, temperatur og respirationsfrekvens, mv.
- Stoletesten (til undersøgelse af, hvor mange gange den ældre kan rejse og sætte sig på 30 sekunder)
- Regelmæssig vejning
- Værktøjer til screening for blandt andet depression, smerter og helbredsrelateret livskvalitet

Sundhedsstyrelsen har inddraget eksperter med særlig viden på området samt indhentet information fra alle landets kommuner og international litteratur i udvælgelsen af de anbefalede værktøjer.

KL og Danske Regioner havde ansvaret for at udarbejde en plan for implementering af værktøjerne og herefter implementeringsopgaven.

4.2 Kvalitet i kommunale akutfunktioner

Sundhedsstyrelsen har endvidere som led i den Fælles udmøntningsplan for den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient i 2014 udarbejdet faglige anbefalinger for kvaliteten i kommunale akutfunktioner på sygeplejeområdet, herunder defineret nødvendige sundhedsfaglige kompetencer samt beskrevet samarbejdet mellem kommunale medarbejdere og behandlingsansvarlige læger i almen praksis og på sygehuse (6). Formålet med anbefalingerne er

at understøtte kvalitet og patientsikkerhed i akutfunktioner i hjemmesygeplejen.

Hjemmesygeplejens akutfunktioner er et tilbud til patienter, der har et særligt pleje- og behandlingsbehov, som ikke kan håndteres af den almindelige hjemmesygepleje. Akutfunktionen varetager særlige plejeopgaver tæt på patientens hverdagsliv og lokalmiljø, eventuelt i eget hjem. Formålet kan være dels med en proaktiv indsats at forebygge forværring af sygdom, dels at følge op på sygehusets pleje- og behandlingsindsats, når patienten efter udskrivelsen fortsat har komplekse pleje- og behandlingsbehov.

Anbefalingerne kan bidrage til planlægningen og udviklingen i de kommuner, der ønsker at etablere akutfunktioner samt for kommuners og regioners udarbejdelse af sundhedsaftaler. Anbefalingerne omhandler rammerne dels for tilrettelæggelsen af akutfunktionen og dels for det konkrete samarbejde mellem akutfunktionen og de alment praktiserende læger og sygehuslæger.

Rapporten omfatter anbefalinger i forhold til:

- Tilrettelæggelse af akutfunktioner
- Ansvar og samarbejde
- Uddannelse og kompetencer
- Kvalitetssikring og -opfølgning
- Udstyr og medicin

4.3 Øvrige understøttende tiltag

Der findes en række tiltag på nationalt niveau, der ligeledes understøtter kommunernes indsats for at nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser, om end de ikke nødvendigvis er iværksat med det specifikke formål alene. Det gælder sundhedsaftaler, forløbsprogrammer, handlingsplanen for den ældre medicinske patient og den øgede brug af dataopgørelser. Disse tiltag understøtter på forskellig vis samarbejdet på tværs af sektorer omkring fælles patienter samt kvalitetssikring af iværksatte indsatser.

5. Studier og interventioner

I dette kapitel præsenteres større studier og interventioner, som er grundigt evalueret.

5.1 Opfølgende hjemmebesøg

I 2007 blev en model med opfølgende hjemmebesøg i Glostrup evalueret (7). Modellen består af tre kontakter, ét fælles besøg af praktiserende læge og hjemmesygeplejerske i borgerens hjem inden for en uge efter udskrivning. Dernæst to opfølgende kontakter i 3. og 8. uge med praktiserende læge og eventuelt hjemmesygeplejerske, i lægens praksis eller som hjemmebesøg. Evalueringen viste færre indlæggelser i interventionsgruppen, en forbedret overlevelse og en tendens til en samlet samfundsøkonomisk besparelse.

På den baggrund blev der fra 2009-2011 gennemført et projekt, baseret på Glostrup-modellen i ti kommuner (opdelt i fem analyseenheder). Dette projekt havde som formål at afprøve Glostrup-modellen i en driftslignende kontekst, der blandt andet indebar en tilpasning til lokale forhold. Ligeledes var der et særligt ønske om at undersøge de kommunaløkonomiske konsekvenser af modellen.

Resultater

Resultaterne fra analyseenhederne er ikke entydige og er svære at sammenligne (8).

I en analyseenhed har ordningen medført færre indlæggelser i interventionsgruppen og lavere kommunale udgifter, mens det modsatte er tilfældet i en anden analyseenhed, hvor ordningen har medført flere indlæggelser i interventionsgruppen og højere kommunale udgifter. I de øvrige tre analyseenheder ses en tendens til lidt færre indlæggelser i interventionsgruppen end i kontrolgruppen og derfor også færre omkostninger. Resultaterne er dog ikke statistisk signifikante.

Studiet blev gennemført som et intention-to-treat studie, hvorfor effekten er påvirket af gennemførelsesprocenten. Denne har i alle analyseenheder været lav (fra en gennemførelsesprocent ved første besøg på 53 pct. til 14 pct.). Det er imidlertid særligt relevant, eftersom projektets formål netop var at afprøve modellen for opfølgende hjemmebesøg i en driftslignende situation.

Opfølgende hjemmebesøg indgår som initiativ i Fælles udmøntningsplan for den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient. Erfaringerne herfra peger på, at det er vanskeligt at få gennemført det forventede antal besøg. Danske Regioner og Sundheds- og Ældreministeriet udarbejder i forbindelse med afslutningen af initiativet om opfølgende hjemmebesøg et statusnotat, hvor det blandt andet vil fremgå, hvorfor det oprindeligt forventede antal besøg ikke bliver aflagt, herunder om der er regionale og kommunale forskelle.

Statens Institut for Folkesundhed har i 2015 udarbejdet en rapport baseret på registeranalyser over implementeringen af opfølgende hjemmebesøg i Region Sjælland i 2014 (9). Konklusionerne herfra viser, at gennemførelsesprocenten er meget lav. For kun to tredjedele af de udskrivelser, hvor sygehuset registrerer en følge-op kode, modtages henvisning til opfølgende hjemmebesøg i kommunen. Og halvdelen af disse patienter modtager et hjemmebesøg. I en fjerdedel af de forløb, hvor der registreres en følge-op kode, genindlægges patientens inden for 40 dage, heraf næsten halvdelen inden for 10 dage. Seks pct. af de patienter, der er henvist til hjemmebesøg dør inden for 40 dage.

Endelig peger Deloitte på i rapporten Analyse af de medicinske afdelinger (3), at opfølgende hjemmebesøg vurderes som et godt redskab, der kan bidrage til at reducere risikoen for genindlæggelser hos ældre medicinske patienter.

5.2 Akutfunktioner

Som en del af Fælles udmøntningsplan for den ældre medicinske patient blev der i 2012 afsat midler til en pulje til afprøvning og udvikling af nye samarbejdsformer, hvor regioner, kommuner og almen praksis i højere grad samarbejder om subakutte/akutte tilbud. Fire projekter¹ modtog midler og afrapporteringen fra projekterne forelå medio 2015².

Resultater

Hovedkonklusioner på tværs af de fire projekter:

- Der er afprøvet forskellige metoder (akutfunktioner), som peger i retning af, at det er sikkert for patienterne, og der ser ud til at være nogle gevinster.
- Projekterne har medvirket til at styrke det tværsektorielle samarbejde og har også haft en afsmittende effekt på andre områder.
- Arbejdet har bidraget til kompetenceudvikling.
- Patienttilfredshed ser ud til at være positiv, men det er ikke undersøgt systematisk i alle projekter.
- Det er en udfordring at nå et tilfredsstillende volumen af patienter og svært at opretholde tilbud. Projekterne har imidlertid haft meget syge/indlagte borgere i målgruppen og ikke borgere i eget hjem. En udvidelse af målgruppen med et fokus på tidlig opsporing og mere forebyggende tiltag, kan være en mulighed.

Endvidere peger Deloitte på, at kommunale akutfunktioner vurderes at være et alternativ til indlæggelse, herunder en mulighed for at reducere indlæggelsestid, hvis kommunen har mulighed for at stille de nødvendige kompetencer til rådighed (3).

Størstedelen af landets kommuner har oprettet en akutfunktion, og flere kommuner har evalueret

¹ Et af disse, Access-projektet præsenteres særskilt nedenfor i kap. 5.2.1.

² Rapporter fra de fire puljep projekter kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, www.sst.dk

effekten af heraf. Nedenfor i afsnit 5.2.1 og 5.2.2 er større, eksterne evalueringer af kommunale projekter beskrevet.

5.2.1 Access-projektet³

ACCESS-projektet (Acute Combined CarE for Seniors in Soenderjylland) er et fælles projekt mellem Sygehus Sønderjylland, praktiserende læger i sygehusets optageområde og fire kommuner: Haderslev, Aabenraa, Tønder og Sønderborg (10). Projektet er gennemført som et randomiseret kontrolleret forsøg. Projektets mål var at evaluere forskellige samarbejdsformer på tværs af sektorer med fokus på borgere over 65 år med akut opstået medicinsk sygdom, der kræver en øjeblikkelig sundhedsfaglig indsats.

Det primære effektparameter var antallet af indlæggelser inden for syv dage, afhængigt af, om et akut medicinsk speciallægeambulatorium eller den praktiserende læge var behandlingsansvarlig. Samtidig blev dødelighed, mentale og fysiske ændringer, samt patient- og pårørendetilfredshed belyst som sekundære effektparametre. De indsamlede data blev også anvendt til at vurdere, hvilken betydning henholdsvis et kommunalt akutteam og akutpladser havde på samme effektparametre. Evaluering af telemonitorering, videokommunikation og hotline mellem hjemmesygeplejerske og speciallæge, blev vurderet kvalitativt og udført som en procesevaluering. Processen omkring udvikling og implementering af de konkrete interventioner i ACCESS blev analyseret kvalitativt ved brug af en programteoretisk analyse.

Resultater

Der blev inkluderet langt færre patienter end forventet – i alt 131. Der var tydelige kommunale forskelle og et mønster, der viste, at når det kommunale akuttilbud var veletableret og havde opnået accept, foregik brugen af tilbuddet udenom projektet.

Evalueringen viser, at sygehusets speciallæger indlagde næsten halvdelen af patienterne umiddelbart efter udredning i akutambulatorium, mens de praktiserende læger kun indlagde en fjerdedel. Der fandtes ingen signifikant forskel i dødelighed, fysisk eller mental restituering mellem de to behandlingsformer, men det lave antal inkluderede patienter kan have skjult reelle forskelle. Det peger på, at et akutambulatorium tilsyneladende fører til flere akutte indlæggelser af ældre medicinske patienter.

Der var ikke signifikant forskel på antallet af indlæggelser i de to kommunale akuttilbud, og der var heller ikke forskel på, hvor hurtigt patienterne kom sig mentalt og fysisk eller på dødelighed og tilfredshed. Dette kan betyde, at akutteam og akutpladser er ligeværdige tilbud, men kan også skyldes, at det lave antal inkluderede patienter ikke er stort nok til at vise reelle forskelle.

Hotline, videokommunikation og telemonitorering havde begrænset anvendelse i projektet, hvilket hovedsageligt skyldtes et manglende reelt behov blandt brugerne samt tekniske

³ Beskrivelsen i dette afsnit er hentet fra ACCESS evalueringen (10)

vanskeligheder. Det har derfor ikke været muligt at konkludere noget om telemedicins anvendelighed i akutfunktioner.

Endelig vurderes det i evalueringsrapporten, at ACCESS har bidraget til et positivt og udviklende tværsektorielt samarbejde, der har øget opmærksomheden på hvordan et godt patientforløb understøttes organisatorisk, hvordan relationel koordinering og kendskab på tværs giver gode patientforløb og på interne og eksterne overgange, herunder det lægelige ansvar. Ligeledes vurderes det, at ACCESS har været med til at øge de sundhedsfaglige basiskompetencer og bidraget til et fælles sprog.

5.2.2 Akutteamet i Sønderborg Kommune⁴

Sønderborg Kommunes akutteam, som blev etableret i 2012 er blevet evalueret af KORA (11). Evalueringen har haft til formål at dokumentere indsats, effekt og kvalitet i forhold til akutteamets betydning for forebyggelse af indlæggelser og for håndtering af accelererende udskrivelser fra sygehus. Evalueringen har haft fokus på at give et grundlag for den fremtidige organisering og tilrettelæggelse af akutteamet. Evalueringen har dermed skullet give et billede af akutteamets funktionsmåde ved udførelsen af behandling og pleje til borgerne og af akutteamets samspil med kommunens hjemmesygepleje og samarbejdspartnere på sygehus og i almen praksis.

Resultater

Der kan ikke, efter at akutteamet er blevet etableret, konstateres et fald i indlæggelser på sygehus af borgere med en diagnose, hvor det på forhånd blev antaget, at indlæggelser kunne forebygges. Udviklingen i antal indlæggelser tyder altså på, at målet om at forebygge indlæggelser ikke er blevet opfyldt, selv om sygeplejerskerne i akutteamet har vurderet, at det er sket i en række tilfælde. Det kan heller ikke udelukkes, at det faktisk er sket, men der har ikke været tilgængelige data til at dokumentere dette.

Der har kunnet konstateres et fald i den gennemsnitlige liggetid på sygehus for patienter med en diagnose som nævnt ovenfor. Det er ikke muligt med sikkerhed at konkludere, at det er en konsekvens af akutteamets etablering. Det kan blandt andet også være et resultat af ændrede procedurer på sygehus. Akutteamets opgaver og henvisningsmønsteret til akutteamet taler imidlertid for, at akutteamet har afkortet borgeres liggetid på sygehus, og at akutteamet dermed har bidraget til at aflaste sygehusvæsenet.

Borgere, som er blevet henvist til akutteamet, er glade for at have fået mulighed for at modtage behandling og pleje i hjemmet frem for på sygehus. De er trygge ved at modtage behandlingen i hjemmet og fremhæver akutsygeplejerskernes kompetence og imødekommenhed.

⁴ Beskrivelsen i dette afsnit er hentet fra KORAs evaluering (11)

Akutteamet har altså alt i alt bidraget til at styrke det nære sundhedsvæsen i Sønderborg Kommune til borgernes tilfredshed, og det har aflastet sygehus og (nogle) praktiserende læger.

5.3 Forløbskoordination

Forløbskoordination er udbredt i en række forskellige varianter landet over. Fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorfunktioner indgår endvidere som et initiativ i den Fælles udmøntningsplan for den ældre medicinske patient. Initiativet har haft som formål at understøtte intensiveret, personlig tilpasset koordinerende støtte til, at sårbare patienter får et sammenhængende og trygt forløb på tværs af primær- og sekundær sektor.

Det indgår som en del af initiativet, at det skal tilvejebringe ny viden og systematisk udvikling af indsatsen i takt med, at der opnås viden og erfaringer via en løbende evaluering (se afsnit 5.3.1) af indsatsen.

Endvidere peger Deloitte på, at et tæt samarbejde omkring udskrivning mellem hospitaler og kommuner, fx i form af udskrivningskoordinators fremmøde på afdelingerne, sikrer patienter bedre forløb, hvor kommunerne har mulighed for at planlægge den kommunale indsats efter udskrivelsen (3).

Flere kommuner og regioner har evalueret forskellige former for forløbskoordination. Nedenfor i afsnit 5.3.2 og 5.3.3 er større, eksterne evalueringer beskrevet. I afsnit 5.3.1 præsenteres foreløbige resultater fra evalueringen af forløbskoordination.

5.3.1 Evaluering af indsats for forløbskoordination

Evalueringen af initiativet i den Fælles udmøntningsplan for den ældre medicinske patient har særligt fokus på fremskudt kommunale udskrivningskoordination. Evalueringen forestås af KORA og foreligger efteråret 2016.

Resultater

Foreløbige erfaringer⁵ fra efteråret 2014 er:

- Der er stor tilfredshed på sygehuset med den fremskudte udskrivningskoordination.
- Der er et ønske fra personalet på sygehus, om at ordningen udrulles i en standardiseret form i alle kommuner.
- Organisering er central for, at visitatorene ikke skal miste forbindelsen med kolleger, og med viden om kommunalt serviceniveau.
- Der vurderes at være positive resultater i form af bedre funktionsevnevurderinger og visitationsafgørelser.
- For at få ordningen til at virke, er det nødvendigt, at der er ledelsesopbakning, at der er en klar vision om at sætte patienter i centrum, og at MedCom-standarderne er implementeret.

⁵ Upubliceret.

5.3.2 Forløbskoordination i Region Syddanmark

Region Syddanmarks indsats for at udvikle et fælles vidensgrundlag for det fremadrettede arbejde med forløbskoordination til patienter med kronisk sygdom blev i 2012 evalueret af DSI (12). Evalueringen er baseret på erfaringer fra fire sygehusafdelinger, som blev fulgt og støttet i deres arbejde med at udvikle en lokal praksis for forløbskoordination i samarbejde med optagekommunerne.

På baggrund af erfaringerne fra projekterne blev der identificeret tre faktorer som afgørende for velfungerende forløbskoordination. For det første - positive relationer mellem sektorerne, som kan understøtte samarbejdet. Det gælder fælles mål, viden og gensidig tillid aktørerne imellem. For det andet - gode og effektive kommunikationskanaler, det vil sige, at der skal være struktur på samarbejdet, og en kommunikationsteknologi målrettet koordinationen. Endelig er der mere koordinationsspecifikke forhold. Der skal fx være redskaber til identifikation af patienter og koordinatorerne skal have mulighed for støtte.

Resultater

Evalueringen har blandt andet følgende resultater:

- Tværsektoriel lokal forløbsledelse er en fordel. Involvering af relevante ledere og nøglepersoner har afgørende betydning for forløbskoordinatorers handlemuligheder.
- Gode relationer har afgørende betydning for et forløbsorienteret samarbejde. Forløbskoordination kan medvirke til at forbedre både formelle og uformelle samarbejdsrelationer.
- Patientrettet forløbskoordinering bør forankres i en teamstruktur, så det ikke er personafhængigt og dermed sårbart. Samtidigt skal et team afgrænses nok til at fremme personkontinuitet over for patienterne.

5.3.3 INFO 65 på tværs⁶

Projektet 'Info 65 på Tværs' handler om overgangen mellem hospital og kommune og samarbejdet med praktiserende læger i perioden fra september 2013 til juli 2014 (13). Formålet med projektet har været at forebygge (gen)indlæggelser hos ældre. Projektet er et tværsektorielt projekt, hvor Hvidovre Hospital, Brøndby Kommune, Københavns Kommune og Hvidovre Kommune har deltaget. Projektet har været designet som et randomiseret kontrolleret forsøg.

⁶ Beskrivelsen i dette afsnit er hentet fra INFO-65 evalueringsrapporten (13).

Hvidovre Hospital har som led i et tidligere forskningsprojekt 'Optimerede medicinske patientforløb' (Optimed) udviklet et klinisk redskab til at identificere risiko for funktionsstab og hospitalsindlæggelse blandt ældre medicinske patienter. Dette redskab er i projektet afprøvet i en driftsopsætning, hvor Hvidovre Hospital har informeret to kommuner, Brøndby Kommune og Københavns Kommune, om indlagte borgere med særlig risiko for genindlæggelse. Begge kommuner har hver for sig tilrettelagt en opfølgende indsats for borgerne efter indlæggelsen. I Københavns Kommune blev et koordineret borgerforløb afprøvet, mens Brøndby Kommune har afprøvet opfølgende hjemmebesøg. Hvidovre Kommune har fungeret som kontrolkommune.

Evalueringsrapporten præsenterer viden og erfaringer fra 75 koordinerede borgerforløb i Københavns Kommune. De koordinerede borgerforløb har indeholdt struktureret kommunikation mellem almen praksis og hjemmesygepleje, kommunikation mellem sygehus og kommune om borgere i risiko for genindlæggelse, tre besøg i hjemmet af sygeplejerske umiddelbart efter udskrivelse samt brug af helbredstest som en del af sygeplejerskens arbejdsredskab ved hjemmebesøgene.

Resultater

Resultaterne fra det randomiserede studie på Hvidovre Hospital viser, at indsatsen ikke har bidraget til at forebygge ældres genindlæggelser indenfor en periode på 30 dage efter udskrivelsen, hverken i København eller i Brøndby.

Den lokale indsats med koordinerede borgerforløb i Københavns Kommune viser heller ingen effekt på genindlæggelsesandelen. Studiet viser, at sandsynligheden for at blive genindlagt indenfor 90 dage er 43.8 pct. blandt de 75 borgere, der modtog et koordineret forløb i direkte forlængelse af udskrivelsen, imens den er 41.7 pct. for borgere med samme risiko, som ikke modtog et koordineret forløb. Samme resultater er gældende for Brøndby Kommune.

I København blev 73 pct. af de genindlagte borgere genindlagt cirka en uge efter udskrivelsen og nåede derved kun at modtage første besøg af sygeplejersken i hjemmet. Evalueringen viser ligeledes, at størstedelen af genindlæggelserne hverken iværksættes af hjemmeplejen/sygeplejen eller praktiserende læge, men af pårørende, speciallægerne borgeren behandles af og ikke mindst, er det borgeren selv, der foranlediger indlæggelsen.

I evalueringen konkluderes på den baggrund, at det på trods af koordinering og samarbejde på tværs af sektorer og med en kommunal indsats i direkte forlængelse af hospitalsopholdet, er vanskeligt at forebygge genindlæggelser for denne målgruppe, som var skrøbelige borgere i særlig risiko for genindlæggelse (jf. Hvidovre Hospitals screening af borgerne til projektet).

5.4 Fast tilknyttet læge på plejecenter⁷

Socialstyrelsen og Sundhedsministeriet gennemførte i 2013 et projekt om fast tilknyttede læger på plejecentre. Formålet var at forbedre kvaliteten i pleje- og behandlingsmæssige forløb for beboere på plejecentre via et tættere samarbejde mellem læge og plejepersonale.

Som en del af projektet blev en fast læge tilknyttet på syv plejecentre for dermed at reducere antallet af læger, som er tilknyttet beboerne på plejecentrene, for at skabe en bedre kvalitet for den enkelte beboer. Indholdet i interventionen var todelt. Dels skulle de fast tilknyttede læger varetage opgaver, som knyttede sig til de beboere, der valgte den pågældende læge, og dels skulle de deltage i rådgivning og faglig sparring med plejepersonalet på plejecentrene.

Projektet blev evalueret af SFI (14) med henblik på at undersøge, om indsatsen kunne:

- reducere antallet af forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser
- reducere kontakten til lægevagten
- forbedre medicinhåndteringen
- forbedre samarbejdet mellem læge og plejepersonale
- forbedre brugertilfredsheden (plejepersonale, læger, beboere og pårørende)

Resultater

Evalueringen viser en reduktion i forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser for beboerne på de syv interventionsplejecentre i forhold til beboere på øvrige plejecentre. Det vil sige, at andelen af beboere, der indlægges med forebyggelige diagnoser reduceres med knap 28 pct. for de plejecentre, der har en fast tilknyttet læge. Samtidig viser tilknytningen af den faste læge også at reducere andelen af beboere, der genindlægges med 27 pct. sammenlignet med før interventionen startede. Yderligere reduceres andelen af beboere, der korttidsindlægges med 14 pct. For de syv plejecentre kan effekten af en fast tilknyttet læge omregnes til omkring 71 færre forebyggelige indlæggelser, 100 færre genindlæggelser og 89 færre korttidsindlæggelser om året. Det bemærkes, at en indlæggelse kan være en forebyggelig indlæggelse, en genindlæggelse og en korttidsindlæggelse på samme tid.

Effekterne af at have en fast tilknyttet læge er længerevarende både for forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser og til dels for korttidsindlæggelser; det vil sige, at effekterne også findes halvandet år efter, lægerne blev fast tilknyttet på de syv plejecentre.

I udgangspunktet er det en lille andel af beboere på plejecentrene, der er i kontakt med lægevagten, men disse er dog ofte i kontakt med lægevagten. Evalueringen viser, at kontakten til lægevagten er faldet på interventionsplejecentrene, efter de har fået fast tilknyttede læger. Samtidig er kontakten til egen læge (det vil sige den fast tilknyttede læge) steget på de syv interventionsplejecentre. Kontakten til beboernes praktiserende læger er ligesom kontakten til lægevagten koncentreret om et mindre antal beboere, der derimod ofte har kontakt.

⁷ Beskrivelsen i dette afsnit er hentet fra SFI's evalueringsrapport (14)

Ud fra kvalitative undersøgelser viser evalueringen, at de fast tilknyttede læger på de syv interventionsplejecentre efter grundig gennemgang af beboernes medicinprofiler i mange tilfælde har reduceret det receptpligtige medicinforbrug. Lægerne, plejepersonalet og de pårørende ser det som en forbedring af livskvaliteten hos beboerne på plejecentrene, at de har fået reduceret et unødvendigt medicinforbrug.

Plejepersonalet og de fast tilknyttede læger er meget glade for samarbejdet, fordi beboerne får gennemgået deres journaler og medicinforbrug. De siger, at kommunikationen er forbedret og mere direkte. Plejepersonalet og de fast tilknyttede læger tilkendegiver dog, at interventionen er forbundet med ekstra mange ressourcemæssige omkostninger, specielt i implementeringsperioden.

Alle, der er involverede i projektet, læger, plejecentre og pårørende, giver udtryk for at være yderst tilfredse med interventionen. Samtidig vurderer de, at beboernes pleje- og behandlingsforløb er forbedret via pilotprojektet.

Derudover viser evalueringen, at man ved en eventuel fremtidig udrulning af 'Fast tilknyttede læger på plejecentre' skal være opmærksom på, at interventionen er relativ nem at forstå, og det ikke kræver nogen oplæring at starte. Samtidig er der praktiske og økonomiske udfordringer for de læger, der tilknyttes plejecentre. Yderligere kan det være ressourcekrævende for plejecentre og plejepersonale at starte nye interventioner, og ressourcer til en lokal tovholder kan være en nødvendighed for succes.

For at perspektivere resultaterne yderligere er der udarbejdet en business case ud fra resultaterne.

I den forbindelse bemærkes, at de syv interventionsplejecentre, som indvilgede i at deltage i pilotprojektet, må have set nogle fordele ved at indgå i projektet, ellers ville de have fravalgt det. Det betyder, at den positive effekt, der er fundet blandt pilotprojektets syv plejecentre ikke nødvendigvis kan overføres direkte til resten af plejecenterpopulationen i Danmark. Samtidig kan den positive selektion ind i pilotprojektet betyde, at de estimerede effekter er et maksimum for, hvad man kan forvente af interventionen.

Med udgangspunkt i pilotprojektets resultater, og at projektet udrulles for alle beboere på mere end 65 år, og som bor på plejecentre med mere end 20 beboere, viser den kvantitative business case, at der sandsynligvis kan opnås en besparelse på mere end 230 mio. kr. inden for de første 18 måneder af interventionen er udrullet.

Den kvalitative del af business casen, som i høj grad ser på de sekundære mål for interventionen, viser, at der både er potentielle udgifter og besparelser i forhold til udrulningen af interventionen, som det vil være godt at udregne i fremtiden. Samtidig viser de kvalitative data, at de involverede beboere, læger, plejecentre og pårørende i høj grad får en øget livskvalitet eller arbejdsglæde ved interventionen.

5.5 Tværsektoriel udredningsenhed

Enkelte kommuner/regioner har etableret en tværsektoriel udredningsenhed. I den tværsektorelle udredningsenhed arbejder speciallæger på sygehuset sammen med sygeplejersker fra kommunen om at udrede, behandle og pleje akut syge, medicinske patienter. Formålet er at give sårbare medicinske patienter et hurtigt, sammenhængende og målrettet patientforløb og dermed færre akutindlæggelser og forebyggelige (gen)indlæggelser. I København er den tværsektorielle udregningsenhed blevet evalueret. Denne evaluering beskrives nedenfor i afsnit 5.5.1.

5.5.1 Tværsektoriel Udredningsenhed, Bispebjerg⁸

Tværsektoriel Udredningsenhed, Bispebjerg (TUE Bispebjerg) er et integreret samarbejde, hvor kommunalt ansatte sygeplejersker på hospitalet modtager, plejer, koordinerer ophold og følger op på borgerforløb i tæt samarbejde med hospitalets læger, som foretager udredning, behandling og visitation af sårbare ældre medicinsk akut syge borgere. Borgerne kan henvises efter lægelig vurdering enten fra primærsektoren eller fra hospitalets akutte modtagelser. Enheden er åben dagligt mellem kl. 9 og 22.

Projektet er gennemført i et samarbejde mellem Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune og Bispebjerg Hospital fra september 2012 til juni 2014. I de knapt to år accepterede 964 borgere (ud af 1.015), at oplysninger om deres forløb i TUE indgik i en klinisk database.

Projektet er evalueret i 2015 af Afdeling for Sammenhængende Hospital, Bispebjerg Hospital (12) og en kvalitativ evaluering af brogere og pårørendes vurdering af TUE er udarbejdet af Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse i Region Hovedstaden i 2014 (15) (16).

Resultater

Evalueringen viser, at antallet af dagligt henviste borgere var betydeligt lavere end de fire borgere, der var forventet. Belægningsprocenten steg dog fra 38 pct. i opstartsfasen til 54 pct. i driftsfasens. Den mediane opholdstid i TUE var tre timer og 55 minutter fra modtagelse til afslutning. 36 pct. blev indlagt på Medicinsk Modtageafdeling. Efter afslutning i TUE blev 82 pct. *ikke* indlagt på hospital 30 dage efter ophold i TUE.

Kvalitative interview med borgere viser, at indsatsen i TUE opleves som kvalificeret, nærværende og tryk. Besvarelser på spørgeskema fra praktiserende læger viser, at de generelt er godt tilfredse med indsatsen men tilkendegiver, at målgruppen dækker et lille behov blandt akutte ældre patienter.

Den organisatoriske ændring har endvidere betydning for medfinansieringen, idet kommunen undgår medfinansiering mod til gengæld at finansiere sygeplejerskerne på hospitalet. Til gengæld

⁸ Beskrivelsen i dette afsnit er hentet fra evalueringer af TUE Bispebjerg (15) og (16).

mister hospitalet DRG-værdi. Den sundhedsøkonomiske vurdering afhænger af, om opgørelsen er foretaget over direkte udgifter i TUE, registrering af personalets direkte kontakttid til borgerne eller ved en kasseøkonomisk opgørelse. Det, der adskiller det tværsektorielle samarbejde på TUE, fra indsatsen på en traditionel klinisk afdeling, er den hurtige og systematiske vurdering, udredning og behandling. Derudover er der direkte adgang til de kommunale data og mulighed for visitation til kommunale tilbud ved behov. Organisatorisk skaber TUE således forudsætning for et tættere samarbejde mellem kommune og hospital omkring det enkelte borgerforløb både ved 'indlæggelse' og 'udskrivelse' fra TUE.

Det har imidlertid taget mange måneder, før et acceptabelt antal daglige modtagelser er opnået. Samlet konkluderes det i evalueringen, at TUE er et kvalificeret og egnet alternativ til indlæggelse af sårbare ældre, men at organiseringen ikke har fundet sin endelige form. Der arbejdes derfor videre med at udvikle projektet i de kommende år.

5.6 Tidlig opsporing

Kommunerne har gennem en årrække arbejdet målrettet på at integrere sundhed med de øvrige kommunale velfærdsområder. Således bliver sundhed tænkt ind som en del af de øvrige ydelser, borgerne modtager blandt andet med det formål at forebygge indlæggelser på både kort og lang sigt. Det gælder fx ældreplejen, hvor der er en god mulighed for tidligt at opdage tegn på forværring af den ældres helbred eller funktionsevne. (17). Nedenfor i afsnit 5.6.1 er en evaluering af et projekt om tidlig opsporing beskrevet.

5.6.1 Allerød, Gribskov, Halsnæs, Frederikssund og Hillerød – tværkommunalt samarbejde⁹

I 2009 indledte Allerød, Gribskov, Halsnæs, Frederikssund og Hillerød kommuner samt hospitalerne i Hillerød og Frederikssund et projektsamarbejde for gennem dataindsamling at forebygge indlæggelser. Gennemgangen af cases tydeliggjorde, at mange af indlæggelserne kunne være forebygget, hvis de små observationer af borgere, som social og sundhedshjælperne havde observeret allerede flere måneder forinden indlæggelsen, var blevet taget alvorligt. Derfor udarbejdede de fem kommuner et arbejdsredskab, der systematisk følger op på hverdagsobservationer. Projektet er internt evalueret i 2012 (18).

Projektets fokus var indledningsvis på forebyggelse af genindlæggelser, men da det i de indledende kvantitative analyser blev klart, at antallet af forebyggelige genindlæggelser var ganske lille, blev fokus udvidet til at handle om forebyggelse af både genindlæggelser og indlæggelser. Projektets formål blev derfor at forebygge indlæggelser og genindlæggelser af borgere over 60 år, der modtager hjemmepleje-, sygepleje- eller praktisk bistand fra kommunen.

⁹ Beskrivelsen i dette afsnit er hentet fra evalueringen af projektet Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser (18).

Diagnoserne er udvalgt på baggrund af en kvantitativ analyse: lungebetændelse, urinvejsinfektion, dehydrering, obstipation, KOL og brud på grund af fald.

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

Resultater

På baggrund af den kvalitative analyse, der omfattede grundige journalaudits af 79 indlæggelsesforløb med forebyggelige diagnoser, kunne følgende konkluderes:

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

På baggrund af konklusionerne fra analyserne blev udviklet 11 interventioner, der skulle matche de identificerede problemstillinger. Interventionerne tog primært udgangspunkt i, at kommunerne ikke arbejder med forebyggelse på lang sigt, samt at sygehusene ikke arbejder med at forebygge genindlæggelser. To af de 11 interventioner er beskrevet nedenfor.

Kommunal triage

Et redskab til tidlig opsporing, indsats og opfølgning på ændringer i borgernes almentilstand, med henblik på at opdage og forebygge tilstande, der på lang sigt kan betyde, at borgeren er blevet så syg, at en indlæggelse er nødvendig. Triage-konceptet er bygget op om en tavle med tre farver,

hvor borgeren er indplaceret; grøn=borgerens habituelle tilstand, gul=borgerens almentilstand er ændret, rød=borgerne er syg og/eller indlæggelsestruet. Når der observeres en ændring hos en borger, skal borgeren rykke triagegruppe, hvilket medfører indsats/handling. Triage-konceptet er blevet godt modtaget af personalet, som finder det anvendeligt og relevant. Det vurderes af brugerne som et redskab, der forebygger indlæggelser.

Sygeplejersketasker

Kommunale sygeplejersker og praktiserende læger har efterspurgt redskaber til at kvalificere dialogen om borgerne gennem videregivelse af præcise og gode kliniske observationer og værdier. Derfor har fire af de fem kommuner i afprøvningsperioden indkøbt og anvendt tasker til sygeplejerske med blodtryksapparat, blodsukkerapparat, termometer, urinsticks mm. med henblik på at kvalificere dialogen med praktiserende læge og i højere grad at kunne opspore kliniske ændringer tidligt hos borgeren. Sygeplejersketaskerne er evalueret positivt af langt de fleste af de sygeplejersker, de har brugt dem i interventionsperioden. De oplever blandt andet større professionalisme i samarbejdet med egen læge og større fagligt ansvar i forhold til at forebygge indlæggelser.

6. Opsamling

Som nævnt i indledningen findes der ikke meget solid viden om, hvad der virker i forhold til kommunale indsatser for at nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser. Det skyldes dels, at forskningen er meget begrænset, og dels at den kommunale drift og organisation vanskeliggør effektstudier blandt andet fordi, at det kan være svært at isolere effekten af en bestemt indsats, og fordi kommunens serviceniveau kan foreskrive indsatser til alle borgere på et bestemt niveau.

I nærværende notat er større, primært eksternt evaluerede, projekter beskrevet. På baggrund af denne viden, der kan hentes herfra, vurderes det fremadrettet at være særligt relevant at arbejde videre med følgende:

Styrkelse af kompetencer i sygeplejen

Der er behov for generelt at styrke sygeplejekompetencerne i kommunerne med henblik på at højne kvaliteten af de kommunale tilbud og varetage de mere komplekse problemstillinger, som patienterne udskrives med. Det vil endvidere være relevant at undersøge, om der er behandlingsopgaver, der mere systematisk og hensigtsmæssigt kan varetages i kommunalt regi landet over, herunder opgaver i forhold til fx fald-, inkontinens- og demensudredning understøttet af fælles kvalitets- og kompetencekrav.

Akutfunktioner

De fleste kommuner har som en form for akutfunktion i hjemmesygeplejen. Det vil være relevant at kvalitetssikre og udvikle akutfunktionerne, herunder undersøge muligheder for lægefaglige kompetencer i akutfunktionerne samt udvikle beslutningsstøtte i forhold til, hvilke borgere der vurderes at have gavn af akutfunktionen, og hvilke borgere, der skal indlægges på sygehus.

Fast tilknyttet læge

En ordning med fast tilknyttet læge på plejecentre, der kan fungere som beboeres praktiserende læge, kan hensigtsmæssigt implementeres og eventuelt bredes ud til øvrige kommunale institutioner, hvor borgere har længerevarende ophold og bosteder.

Opfølgende hjemmebesøg og forløbskoordination

Opfølgende hjemmebesøg og forløbskoordination er implementeret i varierende grad og som forskellige modeller. På baggrund af de hidtidige erfaringer kan regioner og kommuner fortsætte implementeringen af de sammenhængsorienterede indsatser. Der bør som led i dette stilles krav om monitorering af kvaliteten op imod fælles succeskriterier. Det kan eventuelt være relevant at udvikle og afprøve nye modeller, som kan imødegå implementeringsvanskelighederne.

Øvrige indsatser

Derudover kan der være specifikke indsatser, som det kan være relevant at få mere viden om, inden det kan vurderes, om der er potentiale for en national udbredelse. Det kan fx dreje sig om tidlig opsporing og indsats. Afprøvning af disse indsatser bør ske som større projekter få steder i landet med et forskningsdesign, således at projekterne kan bidrage til viden.

7. Referencer

- (1) Vinge, S. et al. Forebyggelse af indlæggelser – oversigtsnotat om metoder, koncepter, evalueringer og effekter. Dansk Sundhedsinstitut 2011
- (2) Landspatientregisteret (DRG-grupperet LPR), Statens Serum Institut. Befolkningstal, Danmarks Statistik.
- (3) Deloitte. Analyse af de medicinske afdelinger. En kortlægning og vurdering af potentialerne ved en bedre kapacitetsudnyttelse. Deloitte 2013
- (4) KL. Mere forskning i de kommunale sundhedsopgaver. 2014
- (5) Sundhedsstyrelsen. Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring. Sundhedsstyrelsen 2013
- (6) Sundhedsstyrelsen. Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje. Sundhedsstyrelsen 2014
- (7) Jakobsen H N. et al. Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus – en medicinsk teknologivurdering. Sundhedsstyrelsen 2007
- (8) Oxholm, A S. & Kjellberg, J. Sammenfatning af erfaringerne med opfølgende hjemmebesøg i ti kommuner. Dansk Sundhedsinstitut 2012
- (9) Lehn, S F. et al. Opfølgende hjemmebesøg i Region Sjælland. Statens Institut for Folkesundhed 2015
- (10) Skøjt-Arkil, H. & Backer Mogensen, C. Evalueringsrapport af ACCESS (Acute Combined CarE for Seniors in Sønderjylland. 2015
- (11) Hansen, E B, Gusak, D., Westergarrd A W. Akutteamet i Sønderborg Kommune. KORA 2015
- (12) Buch. M S. Forløbskoordination for patienter med kronisk sygdom. Dansk Sundhedsinstitut 2012
- (13) Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune. INFO 65 på tværs – evaluering af koordinerede tværsektorielle forløb til borgere +65 år i Vesterbro, Kgs. Enghave og Valby, Københavns Kommune. 2015
- (14) Weatherall, C. et al. Evaluering af 'Fast tilknyttede læger på plejecentre', SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. 2014
- (15) Ekmann A. et. al. Tværsektoriel Udredningsenhed (TUE). Afdeling for Sammenhængende Patienforløb & Københavns Kommune 2015

(16) Enhed for Evaluering og Brugerindddragelse. Evaluering af borgere og pårørendes vurdering af Tværsektoriel Udredningsenhed (TUE). Region Hovedstaden 2014

(17) KL. Et styrket nært sundhedsvæsen – fakta og best practice. 2014

(18) Vinther, K & Nielsen, KG. Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser