

Roskilde Sygehus og Roskilde Kommune

Afsluttende rapport vedrørende projekt om kommunale subakutte pladser

**Den ældre medicinske patient: Optimering af akutindsatsen omkring
Roskilde Sygehus – oprettelse af kommunale subakutte pladser**

Indholdsfortegnelse

Forord.....	3
1. Baggrund.....	4
2. Formål	7
3. Rammen for projektet.....	8
3.1 Roskilde Kommune	8
Beskrivelse af de subakutte pladser	8
3.2 Medicinsk afdeling, Roskilde Sygehus.....	9
3.3 Almen praksis	10
3.4 Definitionen af subakutte pladser i projektet	10
4. Randomiseret Studie.....	12
4.1 Metode	12
4.2 Målgruppe	12
Dataindsamling	13
4.3 Resultater	15
4.4 Diskussion	19
5. Erfaringer med det tværsektorielle samarbejde om subakutte pladser	21
5.1 Projektorganisering	21
5.2 Ansvar og samarbejde	23
Paragraf 2 – aftale	23
Ansvarsforhold ved delegation fra læger, herunder udarbejdelse af instrukser	25
Behandlingsplaner fra sygehuset	26
Samarbejdsaftale vedr. blodprøvetagning	27
Elektronisk kommunikation.....	29
5.3 Uddannelse, kompetencer og kapacitet	33
Oplæring og supervision fra personale på sygehus.....	33
Vedligeholdelse af kompetencer.....	34
Kapacitet på SAP.....	35
5.4 Udstyr og medicin	35
Udstyr, herunder hjælpemidler samt udstyr til iltbehandling	35
Medicinopbevaring, herunder intravenøse væsker	36
5.5 Patientoplevelset kvalitet.....	38
6. Perspektiver	41
6.1 Det samarbejdende sundhedsvæsen	41
Hurtig udredning og ”at vende patienter i døren”	41
Ændrede arbejdsgange for visitation	42
Rammer for sygehuslægens og egen læges vurdering af patienter på SAP	43
Nærhedsprincippet	44
7. Opsummering vedr. den tværsektorielle struktur og samarbejdsmodel for de subakutte pladser	46

Referencer 50

Forord

Optimering af akutindsatsen omkring Roskilde Sygehus – oprettelse af kommunale subakutte pladser, er et af fire projekter, der er finansieret af satspuljen ”Styrkelse af samarbejdet mellem regioner, kommuner og almen praksis vedrørende subakutte/ akutte tilbud. Satspuljen indgår i regeringens handleplan for den ældre medicinske patient, der har til formål at reducere antallet af uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser samt styrke sammenhængen i og koordinationen af patientforløbet.

Satspuljen har til formål at afprøve og udvikle nye samarbejdsformer, hvor regioner, kommuner og almen praksis i højere grad samarbejder om subakutte/ akutte tilbud til den ældre medicinske patient. Derudover er det formålet med puljen, at tilvejebringe viden om, hvilke akutte og subakutte opgaver, der med fordel kan varetages i kommunalt regi.

Projektet er et samarbejde mellem Region Sjælland, Roskilde og Greve kommuner, samt almen praksis i de to kommuner.

Greve kommune var med i den indledende planlægning og opstart af projektet, men trak sig fra projektet i april 2014 og erfaringer fra Greve Kommune indgår derfor kun i begrænset omfang.

Den første patient blev inkluderet i projektet 8. oktober 2013. Ifølge den oprindelige tidsplan skulle projektet afsluttes 31. december 2014, men blev forlænget til 1. juni 2015 med henblik på øge antallet af inkluderede patienter i projektet.

Denne afsluttende rapport præsenterer resultaterne fra det gennemførte projekt og beskriver de i projektet opnåede erfaringer med etableringen af kommunale subakutte pladser.

Rapporten afsluttes med en opsummering i afsnit 7, hvor de væsentligste erfaringer og anbefalinger beskrives.

1. Baggrund

Med kommunalreformen fra 2007 fik kommunerne en større rolle på sundhedsområdet. Der blev i den forbindelse indført kommunal medfinansiering af sygehusbehandling, der havde til formål at give kommunerne yderligere incitamenter til at yde en effektiv forebyggelses-, trænings- og plejeindsats. Sigtet var også at øge fokus på samspillet mellem kommunernes og regionernes indsats over for ældre medicinske patienter, og reducere antallet uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser.

I årene efter kommunalreformen er der etableret kommunale akutpladser og akutte plejeenheder i mange kommuner. Imidlertid findes der sparsom evidens for denne type tilbud (1). Akutstuer/akutpladser er karakteriseret ved at være et alternativ til indlæggelse, hvor patienterne indlægges direkte fra primær sektor. Der er blandt klinikere bekymring for, at etablering af akutstuer vil medføre et A og et B hold, hvor ældre medicinske patienter unddrages den behandling yngre patienter tilbydes (2).

En ældre evalueringsrapport fra 1994 af et projekt fra Svendborg Sygehus havde til formål at vurdere, om en plejeenhed (Hospitel), hvor praktiserende læge var ansvarlig for behandlingen, kunne aflaste de medicinske afdelinger og samtidig opnå samme eller bedre sundhedsmæssige resultat for patienterne med færre ressourcer (3). Undersøgelsen omfattede 199 ældre medicinske patienter, der blev randomiseret til henholdsvis Hospitet (interventionsgruppen) eller indlæggelse på Medicinsk afdeling (kontrolgruppen) på Svendborg Sygehus. Undersøgelsen konkluderede, at indlæggelser på Hospitet medførte en aflastning af de medicinske afdelinger og forbruget af ressourcer under indlæggelse blev reduceret, men det havde nogle uhensigtsmæssige sundhedskonsekvenser for patienterne i form af hyppigere genindlæggelser på Medicinsk afdeling i interventionsgruppen indenfor den første måned. Hvis patienterne ikke var klar til at blive udskrevet fra Hospitet efter 5 dage eller deres tilstand blev forværret og indlæggelseskrævende, blev de i henhold til undersøgelsesdesignet overflyttet til Medicinsk afdeling. Undersøgelsen viste, at der var en signifikant højere dødelighed blandt de overflyttede patienter sammenlignet med patienter i kontrolgruppen (indlagt på Medicinsk afdeling). Derudover blev det konkluderet i rapporten, at det ikke på forhånd var muligt at identificere de patientgrupper, der ikke bør indlægges på et Hospitel (3).

Der foreligger en ældre evaluering af akutstuerne i Rødning, som er lavet af AKF (Amternes og Kommunernes Forskningsinstitut) og DSI (Dansk Sygehusinstitut) i 1997 (4). Evalueringen bygger på en kvalitativ gennemgang af 10 patientforløb, der var på Akutstuerne i Rødning i perioden september 1995 til juni 1996. Patienterne skulle have akut sygdom, og praktiserende læge og hjemmesygeplejerske skulle være enige om, at patienten kunne behandles på akutstue frem for indlæggelse. 4 af de 10 patienter dør efter ankomsten til akutstuerne. Disse patienter kan naturligvis ikke deltage i de planlagte interview, men disse patientforløb bliver desværre heller ikke brugt i casegennemgangen. 2 af de øvrige 6 borgere har ingen erindringer om deres forløb på akutstuerne. Evalueringen bygger således på case gennemgang af 6 ud af 10 forløb og interview med 4 borgere, som

har erindringer om deres forløb på akutstuerne. Alle 6 borgere har et dårligere funktionsniveau end før, de blev indlagt på akutstuerne. Forfatterne angiver spørgsmålet, ”om de ældre har fået den optimale behandling gennem et akutstueophold, eller om nogle ville have været bedre hjulpet, hvis de i stedet var kommet på sygehus” (4, s 64). På evalueringstidspunktet havde akutstuerne fungeret i 3 år, hvor der i gennemsnit havde været indlagt 20 patienter om året. Det kan derfor diskuteres i hvor stort et omfang der er behov for sådanne midlertidige pladser.

Der er således ikke overbevisende evidens for, at akutstuer udgør et sikkert og bedre alternativ til indlæggelse. Til gengæld er sygehusindlæggelser heller ikke uden sine udfordringer.

De ovenstående studier er gennemført inden strukturreformen og udflytningen af flere sundhedsopgaver i kommunerne efter strukturreformen. Derudover er der sket en øget specialisering og accelerering af forløb i sygehusregi. På baggrund af udviklingen af sundhedsområdet i kommunerne og de deraf følgende øgede sundhedsfaglige kompetencer, som er opnået i tiden efter strukturreformen, er det relevant at afprøve en anden type alternativ til indlæggelse.

Udgangspunktet for projektet ”Optimering af akutindsatsen omkring Roskilde Sygehus – oprettelse af kommunale subakutte pladser” er at undersøge, om en hurtig udredning på sygehuset efterfulgt af en udskrivelse til videre behandling i et intensiveret kommunalt døgntilbud, kunne være et forbedret behandlingstilbud for den ældre medicinske patient. Der er en forventning om, at ophold i sådanne døgntilbud vil være forbundet med øget tryghed og bedre oplevet kvalitet i form af tidligere iværksat genoptræning og rehabilitering, samt udvikling af færre utilsigtede hændelser, som fx infektioner (nosokomielle infektioner) og udvikling af delir (konfusionstilstande).

Den tiltagende specialisering på sygehusene med samling på færre større enheder gør det relevant at se på, om patienter og pårørendes behov for at få tilgodeset nærhedsprincippet bedre kan imødegås. Gennem hele projektet er der været fokus på, at kvaliteten af patientbehandlingen ikke forringes.

For at cementere at dette nye døgntilbud adskiller sig fra akutpladser eller akutstuer, valgte styregruppen at anvende betegnelsen kommunale subakutte pladser (benævnes herefter som SAP eller SAP-pladser) om det nye kommunale døgntilbud. Denne betegnelse svarer til Joint Commissions definition af subakut pleje (Subacute care):

- Subakut pleje er omfattende døgnpleje for en person med akut sygdom/skade eller exacerbation (forværring) i en sygdomsproces.
- Generelt har personen ikke behov for højteknologi eller komplekse diagnostiske procedurer.
- Der er behov for koordineret tilbud fra et tværfagligt team.
- Subakut pleje er generelt mere intensivt end traditionel genoptræning/aflastning (nursing facility care) og mindre end akut hospitalsbehandling.

Forventningen var, at patienterne primært skulle rekrutteres fra Akut Diagnostisk Enhed (ADE) på Roskilde Sygehus, suppleret af de øvrige sengeafsnit på Medicinsk afdeling og Geriatrisk afdeling. Fokus var på afkortning af sygehusindlæggelsen gennem en hurtig lægelig udredning og færdigbehandling lokalt i kommunalt regi. Man ville forsøge at "vende patienterne i døren" inden for 4 timer i Akut Diagnostisk Enhed, hvorefter patienterne blev overført til SAP i stedet for sengeafdeling, således at sygehuskontakten aldrig blev en indlæggelse. På den måde ville SAP kunne være et alternativ til indlæggelse, således at indlæggelsen blev forebygget, samtidig med at patienten var sikret lægefaglig udredning og diagnosticering.

For at kunne sammenligne ophold på kommunale subakutte pladser med den traditionelle behandling (indlæggelse på sygehus) og for kunne genere ny viden og evidens på området gennemføres projektet som et videnskabeligt projekt. Da patienterne skulle randomiseres til kontrol og interventionsgruppe, blev der udarbejdet en projektprotokol, der blev godkendt i den regionale videnskabsetiske komité.

2. Formål

Formålet med projektet er at afprøve og vurdere effekten af et tilbud om subakutte pladser med døgndækkende sygeplejersker og udvidede behandlingsmodaliteter til ældre medicinske patienter i et samarbejde mellem almen praksis, sygehus og kommune sammenlignet med indlæggelse på sygehus.

Projektets forventede resultater er:

- Medfører færre nosokomielle komplikationer og andre utilsigtede hændelser under behandlingsforløbet sammenlignet med traditionel behandling
- Medføre et højere funktionsniveau ved afslutning og behov for færre kommunale ydelser efter udskrivelse på grund af tidligere påbegyndt rehabilitering
- Være lige så sikkert for patienten som traditionel behandling (non-inferiort)
- Sammenlagt betyde kortere "indlæggelser" i døgntilbud (inkluderende efterfølgende ophold i kommunalt aflastnings/rehabiliteringstilbud)
- Afklare hvilke patienter, der med fordel kan behandles i kommunen
- Belyse behov til kompetenceniveau til personalet på de subakutte pladser

Projektets målbare succeskriterier:

Patienter i interventionsgruppen skal ikke have flere genindlæggelser end kontrolgruppen der tilbydes konventionel færdigbehandling i hospitalsregi, dvs. at tilbuddet på SAP skal være non-inferiort til indlæggelse på sygehus. Derudover indgår følgende forventede sekundære resultater for projektet:

- Reducere antal indlæggelser i alt
- Reducere den sammenlagte tid tilbragt i døgntilbud
- Uændret mortalitet
- Færre utilsigtede hændelser i det nye tilbud
- Højere funktionsniveau ved udskrivelsen

3. Rammen for projektet

3.1 Roskilde Kommune

Roskilde Kommune er den største kommune i Region Sjælland med ca. 85.000 indbyggere. Der er ni plejecentre i kommunen og hjemmeplejen var i projektperioden organiseret i seks grupper. Der er tilknyttet sygeplejersker til alle plejecentre og hjemmesygeplejen er integreret i de enkelte hjemmeplejeområder. I 2014 modtog ca. 2300 borgere personlig og praktisk hjælp.

Roskilde Kommune råder over en række forskellige midlertidige botilbud. Samtlige midlertidige botilbud har til hensigt, at borgeren vender tilbage til eget hjem. Derfor har de alle et rehabiliterende sigte. De midlertidige botilbud tildeles som henholdsvis aflastnings-, rehabiliterings- eller tryghedstilbud.

Roskilde Kommune har i løbet af projektperioden desuden etableret et akutteam bestående af sygeplejersker og etableret fire tryghedspladser. Akutteamet og tryghedspladserne har til formål at forebygge indlæggelser og genindlæggelser. Målgruppen er ældre borgere, der i forvejen modtager kompleks pleje, og som er kommet i en yderligere akut risiko for indlæggelse på grund af opblussen i en kronisk lidelse eller en i øvrigt almen tilstand.

Beskrivelse af de subakutte pladser

De subakutte pladser ligger på Roskilde Rehabiliteringscenter, Trekroner i et byggeri, der også rummer Trekroner Plejecenter.

De fire subakutte pladser udgør en selvstændig enhed og benævnes fremadrettet *SAP*. Der er et særligt team af sygeplejersker og social- og sundhedspersonale, som har ansvaret for borgere på de subakutte pladser. Teamet har særlige kompetencer, som er blevet etableret i et samarbejde med Roskilde Sygehus i forbindelse med projektet. De subakutte pladser er bemandet med minimum én sygeplejerske med disse kompetencer døgnet rundt.

På *SAP* varetages rehabiliterende sygepleje og pleje efter Sundhedslovens § 138 (hjemmesygepleje) og Servicelovens § 83 (personlig pleje og praktisk hjælp). Det betyder, at al hjælp, pleje og omsorg leveres ud fra en rehabiliterende tilgang.

Borgerne medbringer selv eget tøj, toiletsager, hjælpemidler og medicin (bortset fra sygehusmedicin til de første 2 døgn og IV-medicin og IV-væske, som sygehuset leverer).

Overleveringen mellem personalet på sygehuset og på *SAP* foretages mellem den ansvarlige sygeplejerske på *SAP* og projektsygeplejersken på sygehuset. Når der skal tages stilling til borgerens videre forløb efter *SAP*, koordineres forløbet i et samarbejde mellem kommunens udskrivningskoordinatorer og personalet på *SAP*.

Udskrivningskoordinatorerne har bevillingskompetencer efter Serviceloven og kan således bevilge personlig pleje, praktisk hjælp mv. efter denne lovgivning. De kan også kontakte hjemmesygeplejen ved behov for fortsat sygepleje efter opholdet på *SAP*.

Ikke alle borgere fra SAP kan vende tilbage til eget hjem efter endt ophold på SAP. Disse borgere kan af udskrivningskoordinatorerne visiteres til en af kommunens midlertidige pladser.

Hvis sygehuset inden overflytning til SAP har vurderet, at der er behov for genoptræning efter Sundhedslovens § 140, er der udarbejdet en genoptræningsplan til kommunen ved overgangen til SAP. Genoptræningsplanen bliver aktiveret, når borgeren udskrives fra SAP og modtager således genoptræning jf. genoptræningsplanen efter endt ophold på SAP.

Da projektet har haft til formål at undersøge, om midlertidige pladser med intensiveret sygepleje i kommunalt regi kunne være et alternativ til fortsat indlæggelse indgik fysio- og ergoterapeutisk behandling ikke som en integreret del af interventionen på SAP. I de konkrete tilfælde, hvor der har været behov for fysio- eller ergoterapeutisk indsats eller vurdering, er denne blevet iværksat.

I Greve kommune blev de fire subakutte pladser placeret i forbindelse med de eksisterende akutpladser på Rehabiliteringscenteret Hedebo. Akutpladserne blev oprettet i forbindelse med ombygningen af rehabiliteringscenteret i 2011. De allerede eksisterende akutpladser var tænkt, som et alternativ til sygehusindlæggelse for borgere med midlertidige eller gentagne helbredsproblematikker, hvor der ikke er behov for specialiserede sygehusydelse. Det er overvejende praktiserende læge eller vagtlæge, der henviser til akutpladserne.

Da der i løbet af projektets første seks måneder kun havde været inkluderet tre patienter fra Greve kommune i projektet, valgte Greve Kommune at trække sig fra projektet. Sygeplejerskerne, der var ansat i projektet, havde stor interesse i akutområdet. En medvirkende årsag til at Greve Kommune trak sig af projektet var, at det var et stort problem at fastholde sygeplejerskerne i stillingerne på grund af de manglende patienter.

3.2 Medicinsk afdeling, Roskilde Sygehus

Medicinsk Afdeling bestod i projektperioden af tre stationære sengeafsnit. Afdelingen bestod desuden af Modtagelsen, Akut Visitationsafsnit (AVA), Akut Diagnostisk Enhed (ADE), samt dialyseafsnit på Nykøbing Falster Sygehus.

Medicinsk Afdeling modtog som døgnfunktion akutte uselekterede internmedicinske patienter, og visiterede patienter indenfor de tre regionsfunktionsspecialer (infektionsmedicin, lungemedicin og nefrologi (nyresygdomme)). Der var i alt 68 sengepladser på Medicinsk Afdeling. Derudover har afdelingen ambulant funktion.

Blandt de største diagnosegrupper, som patienter over 65 år og bosiddende i Roskilde Kommune bliver indlagt med, er:

- Lungebetændelse (pneumoni)
- Infektioner i urinvejene
- Kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL)

- Akut respirationsinsufficiens
- Blodforgiftning (sepsis)
- Mistanke om kræftsygdom
- Hjerter- og karsygdomme, herunder mistanke om hjertesygdom, hypertension (forhøjet blodtryk) og blodmangel (anæmi)
- Dehydrering
- Andre infektioner, herunder rosen (erysipelas)

3.3 Almen praksis

Pr. 1. januar 2014 var der 54 læger (51 lægekapaciteter) i Roskilde Kommune, fordelt på 32 praksis.

Som en integreret del af sundhedsvæsenet indgår almen praksis generelt i forpligtende samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen, og bidrager til at sikre sammenhængende patientforløb. I samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen indgår opgaver for en række patientgrupper, der ofte har komplekse og sammensatte behov for tilbud. De varetager bl.a. rollerne som frontlinjelæge, generalist, gatekeeper og tovholder.

3.4 Definitionen af subakutte pladser i projektet

På SAP kan der tilbydes en mere intensiveret og sygeplejekvalificeret overvågning og behandling, end der traditionelt tilbydes på rehabiliteringspladser. Der kan blandt andet udføres intravenøs væsketerapi, intravenøs antibiotikabehandling, CPAP-behandling, samt håndtering af CVK (centralt venekateter) og PEG-sonde (ernæringssonde). Stabile patienter, der fortsat har behov for døgnovervågning af sygeplejefagligt kompetent personale, kan derfor overføres til SAP med en behandlingsplan.

En oversigt over forskelle på de subakutte pladser og øvrige midlertidige kommunale pladser og eget hjem er skitseret i figur 1 på næste side.

Figur 1: Forskelle på SAP, midlertidige pladser og eget hjem

	SAP	Rehabiliterings- pladser/ aflastning	Eget hjem
Ilt	Ja (midlertidig og permanent)	Ja (midlertidig og permanent)	Ja (permanent)
Væsketerapi	Ja, intravenøst	Ja, subkutant	Ja, subkutant
Parenteral ernæring	Ja, via CVK	Ja, via CVK	Ja, via CVK
IV antibiotika	Ja, via CVK og venflon	Ja, via CVK (ordineret af sygehus)	Ja, via CVK (ordineret af sygehus)
Døgnovervåget observation	Ja, af sygeplejersker	Ja, af sygeplejersker og øvrigt plejepersonale (fx SOSU-assistenter)	Nej
Blodprøver	Fra dag til dag på hverdage i projektet	Fast ugedag – op til 3-4 ugers ventetid	Fast ugedag – op til 3-4 ugers ventetid
CPAP	Ja (ved fast CPAP)	Ja (Inkl. lungefysioterapi)	Ja (Fast CPAP-behandling)
Genoptræning via GOP	Nej, men iværksættes efter endt ophold på SAP	Ja på rehabiliteringspladser Nej ikke på aflastningspladserne	Ja
Behandlingsstatus	Medicinsk færdigudredt og opstartet behandling	Medicinsk færdigbehandlet	Medicinsk færdigbehandlet
Visitation	Sygehuset	Kommunen	Kommunen
Egenbetaling	Nej*	Ja	Ja

* I projektperioden har patienter på SAP-pladserne ikke skulle betale for opholdet, som man almindeligvis skal på midlertidige pladser. Dog har patienterne selv skulle betale for egen medicin og hjemtransport efter endt ophold, hvilket patienter indlagt på sygehus ikke skal.

4. Randomiseret Studie

4.1 Metode

Projektet blev gennemført som et åbent, randomiseret interventionsstudie. Når patienter blev vurderet egnet til at indgå i projektet, og de efter information om projektet og afgivelse af samtykke, blev de randomiseret via webbaseret teknik (Trialpartner) til henholdsvis interventionsgruppe (SAP) eller kontrolgruppe (fortsat indlæggelse på medicinsk eller geriatrisk afdeling).

Arbejdsgangsbeskrivelsen for denne proces er nærmere beskrevet i bilag 1.

Randomiseringen betød udover det egentlig videnskabelige design der sikrer at de to grupper blev sammenlignelige, også at SAP var et reelt alternativ til fortsat indlæggelse, og ikke blev anvendt som et bekvemt alternativ til andre lignende tilbud i kommunen eller til tidlig udskrivelse fra sygehuset, i det designet betød at patienter i kontrolgruppe skulle forblive på sygehuset.

4.2 Målgruppe

Projektets målgruppe er ældre medicinske patienter over 65 år og bosiddende i Roskilde kommune, hvor følgende kriterier er opfyldt:

1. Patienten er lægefagligt vurderet på Roskilde Sygehus i den Akutte Diagnostiske Enhed (ADE) eller under indlæggelse på Medicinsk Afdeling eller Geriatrisk Afdeling på Roskilde Sygehus.
2. Relevant behandling er iværksat
3. Patienten har behov for observation og/eller opfølgende behandling
4. Det er lægefagligt vurderet, at behandlingen på forsvarlig vis kan varetages på de kommunale subakutte pladser

Inklusions- og eksklusionskriterierne til projektet var som følger:

Inklusionskriterier

- Patienter, der er lægeligt færdigudredt via den Akutte Diagnostiske Enhed (ADE) på Roskilde Sygehus, subsidiært lægeligt færdigudredt og indlagt på de medicinske eller geriatriske afdelinger på Roskilde Sygehus.
- Patienter i et stabilt sygdomsforløb
- Alder 65 år eller derover
- Bopæl i Roskilde kommune

Eksklusionskriterier

- Ingen mulighed for samtykke, herunder situationer, hvor pårørende eller egen læge ikke kan afgive samtykke på patientens vegne.
- Patienter, der skal udskrives til planlagt genindlæggelse.

- Patienter i terminal fase.
- Tidligere deltagere i undersøgelsen.
- Behov for genoptræning

Hvis den planlagte observation/behandling kan varetages i eget hjem, falder patienten ikke inden for projektets inklusionskriterier.

På grund af personalesammensætningen på SAP og fokus på den komplekse sygeplejefaglige indsats, blev patienter med behov for at genoptræning og specifik ergo- eller fysioterapeutisk indsats blev iværksat øjeblikkeligt, i kombination med deres medicinske behandling, ekskluderet.

Mulige patientkategorier blev drøftet af projektets styregruppe. De patientkategorier styregruppen forventede kunne håndteres på SAP, er listet i figur 2.

Udover de listede kategorier besluttede styregruppen, at der skulle være mulighed for justeringer i målgruppen undervejs.

Figur 2: Vejledende diagnoser / patientkategorier aftalt i SAP-projektet

Diagnose / patientkategori
Pneumoni
Erysipelas
Organisk delirium
Ebrietas/abstinensbehandling
Langvarig antibiotisk behandling (diskit)
Kronisk Obstruktiv Lungesygdom
Kræftpacienter som ikke kan klares i hjemmet
Dehydrerede patienter
Urinvejsinfektion med forvirringstilstand
Langvarig iltbehandling
langvarig CPAP behov
Intensiv re-ernæringsproblematik
Infektioner med behov for mere intensiv antibiotika
Patienter henvist i kræftpakke som ikke kan være hjemme

Dataindsamling

I projektet er der indsamlet data på en række parametre.

Disse er:

- Antallet af genindlæggelser
- Dødelighed
- Indlæggelseslængde, herunder efterfølgende rehabiliterings- eller aflastningsophold

- Oplysninger vedr. forbrug af kommunale ydelser 14 dage før indlæggelse og 160 efter
- Antallet af kontakter til sygehus, egen læge og vagtlæge under ophold på SAP
- Antallet af utilsigtede hændelser
- Patienttilfredshed

Antallet af genindlæggelser og data vedr. dødelighed er indhentet via landspatientregistret samt CPR registret.

Indlæggelseslængden er indhentet dels via landspatientregistret, dels via projektleder på baggrund af data fra Roskilde Kommunes omsorgssystem. Data vedr. hjemmeplejeydelser er ligeledes indhentet i Roskilde Kommunes omsorgssystem. Ved forbrug af hjemmeplejeydelser blev randomiseringsdatoen defineret som skæringsdato og forbruget af hjemmeplejeydelser er opgjort 14 dage før og fire måneder efter. Data er opgjort både som antal minutter og antal personer, der modtog ydelser og er opdelt på henholdsvis hjemmepleje (personlig og/eller praktisk hjælp) og hjemmesygepleje. Det er desuden blevet beregnet, om der er sket en stigning eller fald i forbruget af kommunale ydelser, mellem de to perioder

På baggrund af et struktureret journalauditskema blev sygehusets læge- og sygeplejefjournal og kommunens omsorgsjournal gennemgået for utilsigtede hændelser efter randomiseringstidspunktet, forstået som identifikation af en række symptomer eller hændelser, som muligvis kunne være undgået. Der var således ikke tale om egentlige indberettede utilsigtede hændelser, da vurderingen var, at denne indberetning ikke var fuldt implementeret i begge sektorer.

Oplysninger vedr. patienttilfredshed er indhentet ved udfyldelse af spørgeskema for hhv. interventionsgruppe og kontrolgruppe. Resultaterne af patienttilfredshedsundersøgelsen er nærmere beskrevet under punkt 5.5.

Endelig er antallet af kontakter til sygehus, egen læge og vagtlæge blevet opgjort, ligesom årsagerne til kontakt er blevet gennemgået med udgangspunkt i et prædefineret journalauditskema.

Skemaer for indsamling af data fremgår af bilag og vedrører:

- Indhentning af kommunale data (bilag 2)
- Journalaudit vedr. utilsigtede hændelser (bilag 3)
- Audit vedr. kontakter fra SAP til sygehus (bilag 4)
- Audit vedr. kontakter fra SAP til egen læge og vagtlæge (bilag 5)

En indledende powerberegning inden projektstart viste, at der skulle inkluderes i alt 268 patienter i hver gruppe (536 patienter i alt), for at der ville være patienter nok til at identificere en forskel på 10 procent i genindlæggelser indenfor 60 dage.

4.3 Resultater

Den oprindelige inklusionsperiode løb fra 8. oktober 2013 til 31. december 2014, men blev på grund af meget få inkluderede patienter forlænget til 31. maj 2015. Der blev i alt inkluderet 188 patienter.

I projektperioden var der 3997 udskrivelser af personer over 64 år bosiddende i Roskilde Kommune fra Medicinsk og Geriatrisk Afdeling, Roskilde og Køge Sygehuse. 48 patienter ønskede ikke at deltage og 91 patienter opfyldte eksklusionskriterierne.

Der blev randomiseret 94 patienter til kontrolgruppen og 94 patienter til interventionsgruppen. Der blev ikke inkluderet patienter fra Geriatrisk Afdeling. Der døde i alt seks patienter efter randomisering og inden udskrivelse fra SAP eller sygehus. To patienter døde på sygehuset inden udskrivelsen, en patient døde efter randomisering til SAP, men inden overflytningen til SAP, en patient døde på SAP og to patienter blev genindlagt fra SAP og døde på sygehuset.

De afdøde indgår derfor ikke i data for hændelser efter udskrivelse. Antallet af inkluderede patienter, svarer til to randomiserede patienter pr. uge eller inklusion af 5 % af alle udskrivelser i perioden.

Baseline data viste at grupperne var sammenlignelige. Gennemsnitsalderen var 81.4 i interventionsgruppen og 81.3 i kontrolgruppen. Cirka hver fjerde var gift, og resten var enlige, enke/enkemand eller fraskilt. 57 % af patienterne i interventionsgruppen var kvinder og 48 % i kontrolgruppen. 40 % af de inkluderede havde en Charlson komorbiditetsscore på 0 eller 1.

Der var ikke signifikant forskel mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen på genindlæggelser efter 30, 60, 120 eller 180 dage, ligesom der ikke var signifikant forskel på det samlede antal indlæggelsesdage fra indlæggelse til patienten var retur i eget hjem efter evt. ophold på kommunal rehabiliteringsplads eller aflastningsplads. Der var dog trend imod at den samlede indlæggelseslængde var længere i interventionsgruppen (gennemsnitlig 16,4 dage mod 13,2 dage, $p=0,22$). Der var heller ikke forskel på 180 dages mortaliteten.

Forbruget af hjemmeplejeydelser er ikke forskelligt i de to grupper, fraset at patienter fra interventionsgruppen modtog mere hjemmesygeplejetid fire måneder efter udskrivelsen, sammenlignet med to uger før indlæggelsen ($P=0,03$).

Der var flere patienter på SAP, der oplevede en utilsigtet hændelse ($p=0,04$), og det samlede antal utilsigtede hændelser var også højere på SAP ($p=0,046$). Typer af hændelser er listet i tabel 1. Eksklusion af de patienter, der døde inden udskrivelsen, påvirkede ikke det signifikante resultatet.

De hyppigste problemstillinger på SAP var infektionsspatienter. Øvrige hyppige problemstillinger var udtrapning af ilt-behandling til patienter, der var længe om at rette sig efter lungeinfektion.

Tabel 1: Opgørelse over typer af utilsigtede hændelser ved journalaudit

	Intervention	Kontrol
Decubitus	0 (0)	1 (1)
Obstipation	14 (15)	7 (8)
Pneumoni	0 (0)	3 (3)
UVI	2 (2)	4 (4)
Anden infection	0 (0)	5 (5)
DVT	0 (0)	0 (0)
Tab af muskelstyrke	1 (1)	5 (5)
Hukommelsesproblemer	8 (8)	1 (1)
Orientering tid sted egne data	10 (11)	2 (2)
Konfusion	16 (17)	11 (12)
Hallucinationer	5 (5)	5 (5)
Angst	7 (7)	3 (3)
Depression	5 (5)	1 (1)
Andre tegn på delir	11 (12)	8 (9)
Fald	10 (11)	1 (1)
Medicineringsfejl	9 (9)	0 (0)

De utilsigtede hændelser, hvor der blev fundet flere af under opholdet på SAP end under sygehusindlæggelse, var obstipation, fald, delir, konfusion, hukommelsesproblemer samt orientering i tid sted eller egne data.

Under opholdet på SAP er antallet af genindlæggelser, kontakter til sygehus, egen læge og vagtlæge, herunder sygebesøg opgjort. Dette fremgår af tabel 2.

Tabel 2: Genindlæggelser for interventionsgruppen samt kontakter til sygehus, almen praksis, vagtlæge og Falck

	Intervention N (%)
Genindlæggelser under SAP ophold	6 (7)
Skadestuebesøg	1 (1)
Sygebesøg	
Egen læge	4 (4)
Vagtlæge	18 (19)
Kontakter til sygehuset	56 (61)
Telefoniske eller elektronisk kontakt til almen praksis	
Egen læge	35 (38)
Vagtlæge	22 (24)
Behov for at få transporteret medicin, væsker eller andre vigtige remedier fra sygehuset til patienten på SAP	7 (8)
Anlæggelse af venflon v. Falck	3 (3)
Venflon anlagt i Modtagelsen på Roskilde Sygehus	3 (3)

De hyppigste årsagskategorier til kontakt til hhv. sygehus, egen og vagtlæge fremgår af nedenstående tabeller 3, 4 og 5.

Tabel 3: Årsager til kontakt til sygehus under SAP ophold

Årsager til kontakt til sygehus under SAP ophold	Observationer
Udfordringer relateret til udskrivelsen	
Kommunikation mangler:	
Recepter	4
Medicinliste	7
Epikrise	5
andet	11
Udfordringer opstået undervejs i forløbet på SAP	
Kontakt vedr. behandlingsplanen	
Supplerende afklaring ved udskrivelsen/ tvivlsspørgsmål	10
Blodprøver	
Nyt behov for at tage blodprøver undervejs	2
Planlagt behov for at tage blodprøver undervejs	6
Svar opfølgning	19
Relateret til instrumentelle adgange	
IV	9
Kontakt vedr. behandlingsplanen	
Planlagt opfølgning	7
Behov for justering af behandlingsplanen	16
Andre tvivlsspørgsmål	3
Tvivlsspørgsmål vedr. vurdering af patientens:	
Kliniske tilstand	14
Andet	1
Spørgsmål relateret til rehabilitering	
GOP	4

Der har været kontakt til sygehuset vedr. 56 patienter under deres ophold på SAP. Antallet af kontakter har ligget mellem en og seks.

Årsagerne til kontakt til sygehuset har hovedsagligt vedrørt opfølgning på patientens behandlingsplan, blodprøvesvar og patientens kliniske tilstand undervejs i forløbet.

Af patienterne på SAP modtog 42 IV antibiotika, 21 patienter IV væske og 10 patienter modtog begge dele. Det vil sige, at 53 af de 94 patienter modtog intravenøs behandling, hvilket svarer til 56 % af patienterne. Behandlingen med IV antibiotiske strakte sig over forløb på 1-12 dage og behandling med IV væske strakte sig over forløb på 1-6 dage.

Der blev taget kontakt til sygehuset vedr. 33 af de 42 patienter i IV antibiotisk behandling og for 15 af de 21 patienter i IV væske behandling. Af de 10 patienter, der modtog både IV væske og IV antibiotisk behandling, blev der taget kontakt til sygehuset vedr. de 9 af patienterne. For flere af patienterne var der mere end én kontakt til sygehuset.

Gennemsnitligt var der 2 kontakter pr. patient i IV antibiotisk behandling og 3 kontakter pr. patient i IV væske behandling til sygehuset.

Tabel 4: Årsager til kontakt til egen læge under SAP ophold

Årsager til kontakt til egen læge under SAP ophold	Observationer
Kontakten til egen læge vedrørte	
Den lidelse patienten havde været indlagt med	17
Ikke relateret til det patienten var indlagt med	19
Kontakten til egen læge vedrørte	
Substitution af medicin	2
Tillæg af ny medicin	4
Administrationsform	1
Nytilkomne infektioner	3
Delir	2
Andre somatiske nytilkomne udfordringer	2
Eller var det ikke relateret til primær problemet	2
Klinisk vurdering af patienten	6
Instrumentelle udfordringer	
Venflon	1
Sonde	1
Andet	18

Under opholdet på SAP har der været taget kontakt til egen læge vedr. 35 patienter. Der har været afholdt sygebesøg på fire patienter. Årsagerne til kontakt relaterer sig nogenlunde ligeligt fordelt til den lidelse patienten har været indlagt med, som til øvrige helbreds-mæssige problematikker. En af de væsentligste årsager til kontakt er "andet". Her har hovedparten været relateret til bestilling af medicin, ligesom koordinering af patientens fremadrettede forløb, herunder bestilling af blodprøver, plan for øvrig medicinsk behandling også har fyldt meget.

Tabel 5: Årsager til kontakt til sygehus under SAP ophold

Årsager til kontakt til vagtlæge under SAP ophold	Observationer
Kontakten til egen læge vedrørte	
Den lidelse patienten havde været indlagt med	22
Ikke relateret til det patienten var indlagt med	
Kontakten til egen læge vedrørte	
Administrationsform	1
Delir	2
Klinisk vurdering af patienten	6
Instrumentelle udfordringer	
Venflon	18
Andet	1

Der har under SAP opholdet været taget kontakt til vagtlæge vedr. 22 patienter. 18 af disse kontakter har resulteret i et besøg. Henvendelsesmønstret til vagtlæge er væsentligt mere entydigt. Her ses det, at alle kontakter har været relateret til den lidelse patienten har været indlagt med, ligesom der i 18 tilfælde har været taget kontakt til vagtlæge vedr. venflon. I alle disse tilfælde har der været behov for vagtlægens assistance til anlæggelse af nyt venflon, da det eksisterende enten er blevet seponeret af patienten eller væsken er løbet subkutant.

4.4 Diskussion

Studiet viste sig desværre at være under-powered med hensyn til at kunne påvise en statistisk signifikant betydende forskel på de to grupper i forhold til genindlæggelser. På trods af, at det ikke var muligt at påvise en forskel, kan der reelt have været en forskel på interventions- og kontrolgruppen, men det lykkedes ikke at få inkluderet det nødvendige antal patienter til at kunne vise dette.

Overraskende er der alligevel et enkelt signifikant resultat, nemlig flere utilsigtede hændelser på SAP end i kontrolgruppen. Det kan være udtryk for forskel på de to sektors tradition for at dokumentere utilsigtede hændelser i de journalsystemer, som er blevet gennemgået i forbindelse med audit for utilsigtede hændelser. Det kan tænkes, at man på sygehuset i højere grad anmelder utilsigtede hændelser i Dansk Patientsikkerheds Database-systemet, frem for at beskrive det i journalerne. Ydermere kan der være et andet fokus på de konkrete hændelser i primær sektor, hvor de nævnte udfordringer i højere grad medtages i den generelle vurdering af patienten.

Der ses i resultaterne tendens til at den samlede tid i døgnophold, herunder evt. efterfølgende rehabiliterings- eller aflastningsophold var længere for interventionsgruppen, og en tendens til et lidt højere forbrug af sygeplejeydelser 4 måneder efter udskrivelsen fra SAP og sygehus.

Journalaudit vedr. årsager til henvendelse til enten sygehus, egen læge eller vagtlæge har medvirket til at belyse, hvad det er for tvivlsspørgsmål, der er opstået på de kommunale subakutte pladser.

Der har været et overraskende stort behov for at konferere patienter med sygehusene, og karakteren af henvendelse har været behov for at drøfte problemstillinger med sygehuslægerne, formidlet af projektsygeplejersken. For ca. en fjerdedel af patienterne har der været behov for at foretage en justering af den behandlingsplan, der blev lagt på sygehuset for SAP opholdet.

IV adgange har været en væsentlig del af kontakten til både sygehus og vagtlæge – til sygehus har det relateret sig til, om der fortsat skulle gen-anlægges af IV adgang ved problematiske forløb (små årer, smerter, pt. seponerer IV adgang gentagne gange), ligesom det har været nødvendigt for enkelte patienter at få gen-anlagt IV adgang i modtagelsen. Anlæggelse af IV adgang har desuden været hovedårsagen til kontakt til vagtlæge. Der har i projektet ikke været et tilstrækkeligt patientvolumen på SAP til at vedligeholde kompetencerne til at anlægge IV-adgange, særligt i de tilfælde hvor anlæggelsen har været vanskelig.

5. Erfaringer med det tværsektorielle samarbejde om subakutte pladser

Dette afsnit af rapporten er i nogen grad struktureret omkring Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedr. kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje. Anbefalingerne blev udgivet efter SAP projektets opstart, men flere af de erfaringer, der er genereret undervejs i SAP projektet, relaterer sig til Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Hvor anbefalingerne i Sundhedsstyrelsen publikation har relevans for erfaringerne i projektet, er de listet i indledningen i de kommende afsnit.

5.1 Projektorganisering

SAP projektet har været organiseret med udgangspunkt i en traditionel projektorganisering. Indledende i projektet var der stort fokus på opbygning af tillid og relationsdannelse i projektet og projektorganisationen, særligt projektarbejdsgruppen, blev tilrettelagt med henblik på at understøtte dette.

Medlemmerne af projektets styregruppe fremgår af bilag 6.

Projektarbejdsgruppen bestod af de relevante daglige samarbejdspartnere:

- Projektejer, ledende overlæge fra geriatrisk afdeling
- Overordnet projektleder (ansat på sygehuset)
- Ledende oversygeplejerske, Medicinsk afdeling
- Kommunale projektledere
- Ledelsesrepræsentanter fra de to plejecentre, der husede SAP pladser
- Praksiskonsulenter
- Projektsygeplejersken, ansat på sygehuset

Projektarbejdsgruppen mødtes en gang månedligt i månederne op til projektstart og herefter hver anden måned gennem projektet. De hyppige møder i projektgruppen med deltagelse af de i praksis involverede parter var af stor vigtighed, både i opstartsfasen hvor instrukser skulle udarbejdes, relevante patientgrupper identificeres og arbejdsgange beskrives, og senere, hvor konkrete problematikker, herunder suboptimale oplevelser kunne drøftes og håndteres. Det sikrede en løbende dialog og den nødvendige grundlæggende relationsdannelse, som var af stor betydning for tilliden i projektet. Denne relationsdannelse understøttede et smidigt samarbejde og hurtig handling, når uhensigtsmæssigheder blev afdækket. På grund af den praksisnære sammensætning af gruppen, var det muligt at foretage fælles konkret problemløsning, hvilket også bidrog til den nødvendige tillid i projektet.

Det anbefales:

- At der i regi af eksisterende tværsektorielle samarbejdsfora etableres praksisnære samarbejdsfora med deltagelse af relevant ledelsesniveau fra alle involverede sektorer, hvor konkrete faglige udfordringer og patientforløb kan drøftes og løses praksisnært

Som det fremgår ovenfor blev der ansat en lægekonsulent fra almen praksis i hver kommune, hvis opgave var at:

1. Supervisere personalet på SAP
2. Udarbejde instrukser for lægeordnede opgaver
3. Være bindeled til de øvrige praktiserende læger via formidling og løsning af konkrete udfordringer
4. Deltage i projektarbejdsgruppe

Projektskygeplejersken havde en væsentlig funktion i forbindelse med projektets organisering. Hendes opgaver bestod i at screene indlagte patienter på sygehuset mhp. at vurdere, om de kunne indgå i projektet. Herefter har en sygehuslæge vurderet, om patienten opfylder de lægefaglige kriterier for inklusion i projektet. Projektskygeplejersken informerede patienterne og indhentede samtykke, hvorefter patienten blev randomiseret til enten kontrol- eller interventionsgruppen.

Projektskygeplejersken blev indledende rekrutteret fra almen praksis, men halvvejs i projektet blev projektskygeplejerskestillingen på sygehuset besat med en udlånt kommunalt ansat sygeplejerske fra Rehabiliteringscenter Roskilde, hvor de subakutte pladser også var placeret.

Det viste sig at være befordrende for projektet. Hendes viden om og kendskab til begge sektorer var særdeles gunstig for brobygningen mellem sygehuset og SAP.

Hun formåede i højere grad at motivere patienterne til at sige ja til tilbuddet om at deltage i projektet, da hun mere konkret kunne beskrive de subakutte pladser. Hendes forhåndskendskab medvirkede desuden til at de patienter der blev inkluderet i projektet var matchet med kompetencerne på SAP og bidrog til større tryghed på både sygehus og SAP i forhold til en god henvisning.

For yderligere at understøtte relationsdannelsen på tværs af sektorgrænsen, blev der indledende i projektet afprøvet en ordning, hvor sygeplejerskerne fra SAP skulle have en fast dag på sygehuset hver anden uge og deltage i screening og inklusion af patienter til projektet. Dette blev dog i praksis vurderet at være for ressourcekrævende i forhold til det oplevede udbytte og blev opgivet. Det blev vurderet, at en sådan model kræver, at der er egentlige arbejdsopgaver, man kan samarbejde om under opholdet på sygehuset, frem for at man er på uforpligtende besøg, hvilket blev understøttet med erfaringen med den kommunalt ansatte projektskygeplejerske.

5.2 Ansvar og samarbejde

Sundhedsstyrelsen anbefaler:

- at rammerne for samarbejdet mellem akutfunktionen i hjemmesygeplejen og de regionale behandlingstilbud fastlægges i en samarbejdsaftale, som udarbejdes i regi af sundhedsaftalen
- at behandlingsansvaret for patienter i hjemmesygeplejens akutfunktion som udgangspunkt ligger hos de praktiserende læger
- at læger på sygehuse, i almen praksis og i speciallægepraksis sikrer de fornødne aftaler, så det er entydigt for personalet i akutfunktionen, hvem de skal kontakte ved spørgsmål omkring patientens behandling
- at der er tilknyttet en læge til akutfunktionen (fx en praksiskonsulent), som blandt andet kan bistå med udarbejdelse af generiske rammedelegationer til personalet
- at intravenøs medicinsk behandling som hovedregel påbegyndes i sygehusregi, og at der fra sygehuset lægges en plan for behandlingen, samt at det overordnede ansvar for den intravenøse behandling som udgangspunkt bliver hos sygehuslægen, også efter udskrivelse fra sygehus til en akutfunktion

Paragraf 2 – aftale

Der blev indgået en samarbejdsaftale om lægedækning af de subakutte pladser (§2 aftale). Aftalen blev indgået mellem Roskilde Kommune, Greve Kommune og udarbejdet i samarbejdet med lægelaugsformændene i de to kommuner. Aftalen blev endeligt godkendt af PLO regionalt samt Primær Sundhed i Region Sjælland. Roskilde Sygehus fik aftalen til høring, men var ikke aftalepart eller medunderskriver. Aftalen er vedlagt som bilag (Bilag 7).

Indledende blev det drøftet om lægedækningen skulle sikres gennem ansættelse af lægekonsulenter til SAP pladserne efter model fra Københavns Kommune, evt. som udgående funktion fra sygehuset. Både kommunale repræsentanter og lægelaugsrepræsentanter foretrak dog en løsning, der var forankret hos almen praksis i primær sektor. Forankringen i almen praksis skete med henvisning til det entydige og kontinuerte lægeansvar for patientens forløb og ønsket om at patientens egen læge skulle være den lægelige fagperson på SAP, frem for ansatte praksiskonsulenter. Denne organisering skulle sikre, at den læge, som kendte patienten, også var involveret i behandlingen på de subakutte pladser og et enstrengt behandlingsansvar blev sikret hele døgnet alle ugens dage, og man undgik endnu en overgang i lægetilknytningen.

Hoveddiskussionen i forhandlingerne var, hvorvidt almen praksis kunne påtage sig det lægefaglige ansvar for behandlingen på SAP, når denne behandling vedrørte nye typer af patientforløb, der sædvanligvis varetages under sygehusindlæggelse. Derudover

omhandlede diskussionerne, hvor tidligt i forløbet og i forhold til hvilke problemstillinger, personalet på pladserne skulle kontakte egen læge.

Omvendt ønskede sygehuset ikke en "udliggerfunktion" og dermed fortsat at være lægefagligt ansvarlige for patienter efter udskrivelse fra sygehuset. På grund af den gældende lovgivning vedr. ansvaret for intravenøs behandling og aftalen om opfølgning på blodprøvesvar bestilt af sygehuset, måtte "udliggerfunktionen" fastholdes.

Forhandlingerne forløb over flere måneder. En af de store udfordringer var usikkerhed om, hvornår almen praksis faktisk "overtager" ansvaret for patienten efter udskrivelse.

Afsluttende blev konklusionen:

- Læger er ansvarlige for egne ordinationer
- Hvis en læge ændrer en anden læges ordination, overgår ansvaret til den læge, som ændrer ordinationen
- Både sygehuslæger og praksislæger kan delegere opgaver til kommunale medarbejdere
- Medarbejderne på de kommunale subakutte pladser agerer som lægens medhjælp, når de varetager lægeordinerede opgaver. Dette vil sige, at ledelsen i kommunen er ansvarlig for, at der udarbejdes instrukser for de lægeordinerede opgaver og at disse følges af personalet.
- Behandlingsopgaven for patienten overgår med ovennævnte begrænsninger først til almen praksis, når egen læge telefonisk er gjort opmærksom på at patienten er udskrevet til SAP, dog tidligst næste hverdag. Indtil da lå behandlingsopgaven fortsat på sygehuset.

I § 2 aftalen blev formuleringerne om "*hvem, der har ansvaret*" ændret til "*hvem har behandlingsopgaven*". Ansvar for patientens behandlingsplan påhviler den sygehuslæge, der udskrifter patienten. Dette ansvar kan ikke overlades til almen praksis. Når almen praksis bliver gjort opmærksom på at patienten er overført til SAP, overtager de behandlingsopgaven fraset patienter i intravenøs behandling.

Der blev oprettet specifikke ydelseskoder til almen praksis vedr. patienter, der var indlagt på SAP. De specifikke ydelser og tilhørende honorering fremgår af bilag 8.

I projektperioden var det sygehuset der, med henvisning til at Sundhedsstyrelsen har forbeholdt IV-behandling til sygehuse, havde behandlingsansvaret for IV-behandlingen på SAP.

Det blev aftalt, at det var sygehusets læger, der angav den forventede længde af opholdet på SAP og det var sygehusets læger, der skulle vurdere eventuel forlængelse af behandling eller ophold på SAP.

Ved forespørgsel til lægelaugsmøde i Roskilde Kommune, har tilbagemeldingen fra almen praksis været, at almen praksis stort set ikke har mærket, at der har været patienter på

SAP, og oplevelsen har været, at der har været meget sparsomt behov for lægefaglig bistand på SAP.

Ydelseskoderne først er blevet anvendt i december 2014 – 16 måneder inde i projektperioden. Journalaudit viste at almen praksis ikke har været opmærksomme på at anvende de særligt oprettede ydelseskoder.

Ansvarsforhold ved delegation fra læger, herunder udarbejdelse af instrukser

Da der var tale om delegation af lægeforbeholdt virksomhed fra sygehuslægerne til personalet på de subakutte pladser (I § 2-aftalen omtalt som akutpladserne), skulle der udarbejdes instrukser for den sundhedsfaglige virksomhed. Derudover var det jf. Vejledning om autoriserede sundhedspersoners brug af medhjælp (VEJ nr. 115 af 11/12/2009), ledelsen på SAP-pladsernes ansvar at sikre, at personalet var oplært og instrueret i at varetage opgaverne i alle vagtlag.

Der blev udarbejdet instrukser for følgende:

- Modtagelse af patienter på SAP
- Samarbejde med almen praksis og sygehus under ophold på SAP
- Håndtering af centralt venekateter (CVK)
- Håndtering af perifert venekateter (Venflon)
- Iltbehandling
- Pleje af tracheostomi

Da behandlingsplanerne i projektet blev lagt af sygehusets personale blev det besluttet af projektarbejdsgruppen, at det var sygehusets instrukser, der skulle være dækkende hele forløbet inklusive opholdet på SAP. Instrukserne blev udleveret til kommunerne, der sørgede for lokal godkendelse og implementering.

I pilotfasen viste det sig, at der trods dette tiltag var nogle udfordringer omkring fælles forståelser og kendskab til medicinske tilstande. Eksempelvis blev en patient med nedsat synkefunktion på grund af svækkelse udskrevet med sonde og medicinliste. Det kommunale personale var uforstående over at medicinlisten indeholdt tabletter, og var ikke bekendt med sygehusets kutyme, at hvor piller kan knuses og gives i sonde, forbliver de stående som vanligt på medicinlisterne i de tilfælde hvor forventningen er at synkebesværet er reversibelt. Desuden var den løbende revision af medicinlisterne, hvor medicin kan genoptages, når synkefunktionen kommer tilbage, vanskeliggjort af at plejepersonalet på SAP pladserne ikke var fortrolig med denne problemstilling, og ikke havde umiddelbar adgang til lægefaglig assistance med hensyn til at varetage medicinjusteringerne. Der var således stort behov for at pleje- og behandlingsplaner skulle udspecificeres langt mere konkret i forhold til de mere retningsgivende planer der anvendes normalt på sygehusene, hvor der er daglig stuegang på patienten. Det belyste også et behov for fælles skolebænk fremadrettet, hvor der tænkes tværsektorielt, når nye

initiativer som f.eks. dysfagikampagne sættes i værk fra sygehusside, således at man samtidig tænker primær sektor, der skal overtage patienter med nye fokuspunkter og behandlingsprincipper ind. Det belyser også behovet for en gennemgående, let tilgængelig og erfaren medarbejder placeret på sygehuset, der kan vejlede og formidle kontakt ved tvivlsspørgsmål fra kommunalt personale.

Det anbefales:

- At der arbejdes efter fælles tværgående retningslinjer i sygehus- og kommunal sektor samt almen praksis
- At implementering af nye fokusområder/behandlingstiltag samtænkes mellem kommuner, sygehuse og almen praksis
- At personale på kommunale subakutte pladser har adgang til en specifik, tilgængelig funktion i sygehusregi til at varetage tvivlsspørgsmål og følge op på prøvesvar

Behandlingsplaner fra sygehuset

SAP projektet betød nye arbejdsgange. På sygehuset var man ikke vant til at udskrive patienter, der ikke var helt færdigbehandlede. Der var derfor en stor opgave i at formidle hvilke muligheder, der var til stede på SAP og ikke mindst hvilke kompetencer personalet på SAP var i besiddelse af og at patienterne kunne håndteres på SAP.

På sygehuset, har lægerne været vant til, at de oftest har skullet lægge planer for en patient for det næste døgn. Det har betydet, at så længe patienten ikke er færdigbehandlet, skal der ofte ikke lægges planer længere ud i fremtiden end et halvt eller helt døgn. Når en læge har skullet tage stilling til, om en patient kan udskrives til SAP, skulle der planlægges længere ud i fremtiden, end man er vant til. For eksempel skulle udskrivende læge tage stilling til:

- Varighed af fortsat behandling
- Tidspunkt for evt. blodprøver
- Behovet for efterfølgende undersøgelser eller opfølgning ved sygeplejerske

Da indlagte patienter i sagens natur oftest er ustabile var der store udfordringer i denne opgave, og det var formentlig en væsentlig barriere i forhold til at flytte patienter til SAP. De patienter, der blev overflyttet til SAP, bekræftede at sygehuslægerne havde vanskeligt ved at lægge en endelig behandlingsplan inden udskrivelse, formentlig også betinget af at patienterne viste sig ikke at være så stabile, som forventet.

I projektarbejdsgruppen blev det drøftet, hvilke basale værdier, der skulle måles, samt ikke mindst hvilke observationer, der skulle handles på i form af kontakt til en læge. Man blev enige om, at behovet ikke var det samme, som på Medicinsk Afdeling, men at udskrivende læger skulle beskrive behovet for måling af basale værdier individuelt i behandlingsplanen.

Det viste sig at være vanskeligt at forudse præcist, hvordan det vil gå den enkelte patient, og om der skulle justeres i behandlingen undervejs. I praksis har det været en udfordring for sygehuslægerne at skulle vurdere præcist ved udskrivelsen til SAP, hvornår behandlingen kunne afsluttes. Der har derfor været en del kommunikation mellem personalet på SAP og projektsygeplejersken på sygehuset, når der har været afvigelser i forhold til den forventede udvikling af patientens tilstand, og der har således været flere tilfælde, hvor sygehusets læger har måttet revurdere behandlingsplanen og forlænge opholdet på SAP. Der har derfor været behov for tæt dialog mellem sygehuset og personalet på SAP om længden af opholdene på de subakutte pladser. Der har også været et enkelt eksempel, hvor en patient blev udskrevet fra SAP i henhold til behandlingsplanen, men blev genindlagt få dage senere med en ikke færdigbehandlet problemstilling relateret til den lidelse patienten var indlagt på SAP med.

Strukturen med vagtskifte på sygehuset både blandt læger og plejepersonale, gør det til en udfordring at forholde sig til patienter, som ikke længere er indlagt. Det har betydet, at sygehusets læger eller sygeplejersker har skullet forholde sig til patienter, som de ikke har haft kendskab til, hvilket har givet en del udfordringer i projektet. Dette problem har hovedsageligt været i aften- og nattevagterne, hvor personalet på SAP ikke har haft mulighed for at tage kontakt til projektsygeplejersken.

Arbejdsgangene omkring udskrivelsen til SAP har været væsentligt anderledes på sygehuset, end ved traditionelle udskrivelser. Dette skyldes også, at projektets organisering ikke har kunnet understøttes af den traditionelle tværsektorielle elektroniske kommunikation, som det også fremgår af et følgende afsnit.

På trods af den udarbejdede § 2 aftale, har der i projektet fortsat været en gråzone i forhold til delegerede lægefaglige opgaver, hvor det er uklart, hvem der har det egentlige lægelige ansvar. Eksempler på dette er ansvaret for sondeernæring- og pleje, urinkateter (KAD), centralt venekateter (CVK).

Samarbejdsaftale vedr. blodprøvetagning

For at kunne håndtere pleje og behandling af mere intensivt krævende og intravenøst behandlede patienter, er der behov for at kunne tage hyppige blodprøver både i forhold til sygehusets og den praktiserende læges behandling.

Uanset hvilken sektor, der skulle tage blodprøver på patienterne, ville de skulle analyseres på Klinisk Biokemisk Afdeling på Roskilde eller Køge Sygehus. Selve udgiften til analyse af blodprøver betales af Region Sjælland uanset rekvirenten.

De praktiserende læger i Roskilde kan, hvis de ikke har kliniksygeplejersker til at tage blodprøver, benytte Klinisk Biokemisk Afdeling Roskilde og Køge Sygehus' ude-tap-ordning. Klinisk Biokemisk Afdeling tilbyder således, at tage blodprøver og EKG i eget

hjem og på plejehjem på patienter, hvor der ellers skulle have været rekvireret liggende eller ledsaget transport til sygehuset med det ene formål at få taget blodprøver og/eller EKG. Der tages dog ikke akutte prøver. Det betyder, at der køres i bestemte områder på bestemte dage og dette kan give en ventetid på op til 3 uger. Normalt varetager Klinisk Biokemisk Afdeling således kun blodprøver på plejecentrene en fast dag om ugen. Denne løsning var ikke tilstrækkelig for de subakutte pladser, da der skulle være mulighed for at rekvirere blodprøver hver dag og disse skulle kunne rekvireres fra dag til dag.

For at kunne sikre en høj kvalitet af de blodprøver, der skulle tages på SAP, blev der indgået en aftale med Klinisk Biokemisk Afdeling på Roskilde Sygehus, om blodprøvetagning på de subakutte pladser på Trekroner Plejecenter. Med denne aftale ville man profitere af Klinisk Biokemisk Afdelings erfaring og rutine, opbyggede struktur og logistik, kvalitetssikring og ikke mindst opdatering af nyeste viden og udvikling inden for håndtering af blodprøver. Aftalen blev, at der kunne tages blodprøver mandag til fredag i dagtimerne og blodprøverne kunne bestilles med op til en dags varsel. Klinisk Biokemisk Afdeling modtog et særskilt mindre honorar betalt af projektet for subakutte blodprøver. Den længere afstand mellem sygehuset i Køge og Plejecenter Hedebo i Greve gjorde det vanskeligere at lave en lignende aftale med Klinisk Biokemisk Afdeling på Køge Sygehus. Der blev ikke indgået en endelig aftale, inden Greve kommune trak sig fra projektet.

Det blev overvejet, om sygeplejerskerne på SAP skulle oplæres i at kunne tage blodprøver, men det blev vurderet at der ville være følgende udfordringer for at kunne levere samme kvalitet:

- Kompetencer hos sygeplejerskerne skulle vedligeholdes, hvilket kræver stort patientvolumen, alternativt at opgaven blev forbeholdt enkelte sygeplejersker, hvilket ville give udfordring i forhold til døgndækning
- Nogle blodprøver skal opbevares i varmeskab, der i givet fald skulle anskaffes
- Blodprøverne skal transporteres i særlige varmeskabe for ikke at gå til spilde, hvilket betød særlige krav til transportformer
- Afholdelse af udgifter til transport af blodprøver fra SAP til Klinisk Biokemisk afdeling
- Kommunen skal kobles elektronisk og sikkert op på det elektroniske rekvisitionssystem for at kunne udskrive labels mv.
- Kontinuerlig opdatering af ny viden og opfølgning på udviklingen i forhold til blodprøvetagning
- Rekvirering af blodprøveglas – hvilke glas skulle indgå i lageret og hvem skulle kvalitetssikre dette lager
- Da der er tale om en delegeret opgave, var det uklart hvilken læge, der skulle delegere opgaven

Derudover skulle der opbygges en struktur og logistik til håndtering af blodprøver, som sandsynligvis ikke ville stå mål med omfanget af det antal prøver, der skulle tages på de

subakutte pladser. Aftalen med Klinisk Biokemisk Afdeling var mere enkel og forbundet med færre udgifter. Aftalen mellem sygehuset og Klinisk Biokemisk afdeling er vedlagt som bilag (Bilag 9).

Med aftalen med Klinisk Biokemisk Afdeling på Roskilde Sygehus var det muligt, at de praktiserende læger også kunne ordinere og rekvirere ”subakutte” blodprøver på patienter på SAP. Det blev dog besluttet, at de praktiserende læger ikke skulle bruge denne aftale, da behovet for subakutte blodprøver oftest ville være relateret til den behandling (intravenøs væske- eller antibiotikabehandling), som sygehuset ville have ansvaret for. Derudover vil muligheden for at kunne bestille blodprøver fra dag til dag på patienter på en midlertidig plads være langt fra de muligheder, der ville findes i en eventuel efterfølgende driftssituation. Beslutningen var derfor også, at den der rekvirerer en blodprøve, også modtager svaret og forholder sig til blodprøvesvaret, dvs. at det var sygehusets læger, der skulle forholde sig til blodprøverne. Patienter, der fik taget blodprøver under deres ophold på SAP, blev tilknyttet et ambulant forløb i journalsystemet, og for at sikre at der blev fulgt op på blodprøvesvarene i lægeligt regi, var det i projektperioden projektsygeplejersken, som holdt øje med blodprøvesvar der vedrørte patienter på SAP, og kontaktede en læge, hvis der skulle reageres på blodprøvesvarene. Det har været en meget personafhængig og sårbar løsning, som i en driftssituation skulle håndteres anderledes.

Det anbefales:

- At der etableres bedre adgang til at tage (sub)akutte blodprøver i primær sektor

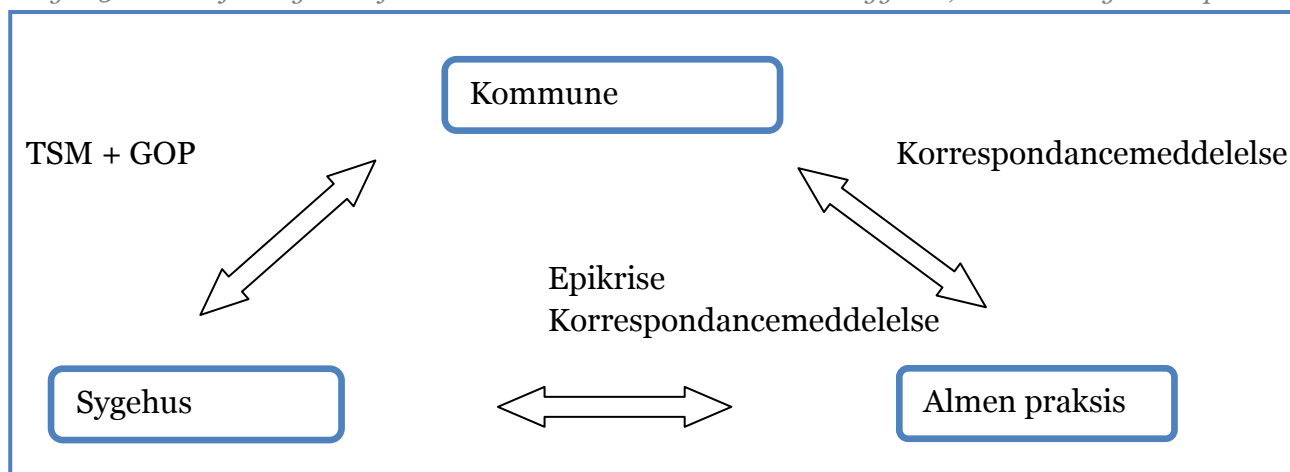
Elektronisk kommunikation

Kommunikationen mellem parterne i SAP projektet er foregået elektronisk og telefonisk. Mulighederne for at kommunikere elektronisk har været udfordrede af den afprøvede organisering i projektet.

Aftaler omkring den elektroniske kommunikation mellem sygehuse, kommuner og almen praksis indgår som en del af Sundhedsaftalen i Region Sjælland. Her er det aftalt, at MedComs forløbsmeddelelser er udgangspunktet for den elektroniske kommunikation mellem kommuner og sygehuse. Ved genoptræningsbehov kommunikeres dette via genoptræningsplanen.

Den elektroniske kommunikation med almen praksis foregår mellem sygehuse og almen praksis via epikrisen eller korrespondancemeddelelser og via korrespondancemeddelelser mellem almen praksis og kommune. Kommunikationsmulighederne er illustreret i nedenstående figur 3.

Figur 3: Skitse af muligheder for elektronisk kommunikation mellem sygehus, kommune og almen praksis



Det blev i projektet besluttet, at epikrisen, skulle fungere som behandlingsplan for patienter, der blev udskrevet til SAP, da den lægelige behandlingsplan og medicinordinationer fremgik af epikrisen og almen praksis dermed også havde adgang til behandlingsplanen. Som det fremgår ovenfor sendes epikrisen ikke til kommunen og det blev besluttet, at epikrisen blev sendt med patienten i papirformat ved overflytning til SAP. Der blev undervejs i projektet arbejdet med forskellige løsningsmuligheder for at sende epikrisen elektronisk til kommunen, men dette lykkedes ikke. De afprøvede muligheder har været:

1. At kopiere epikriseteksten ind i TSM (Tværsektoriel meddelelse), men der var ikke tilstrækkelig plads i felterne.
2. At kopiere epikriseteksten over i en korrespondancemeddelelse mellem kommune og sygehus, men det lykkedes ikke af tekniske grunde.
3. At sende en epikrise elektronisk fra sygehus til kommune med Edifact på samme måde, som man sender epikrise til almen praksis, men det kunne ikke løses rent teknisk.

Som det fremgår ovenfor, kunne epikrisen ikke sendes elektronisk til kommunen, ligesom den sygeplejefaglige behandlingsplan ikke kunne sendes elektronisk til egen læge. En juridisk afklaring vurderede, at epikrisen kun kan udleveres til læger. I projektsammenhæng havde vi dog videnskabsetisk komites godkendelse af at epikrisen kunne medgives patienten ved udskrivelsen til SAP. Siden projektets afslutning er Fælles Medicin Kort (FMK) implementeret i kommunerne og et elektronisk, enstrenget medicineringssystem, inkluderer nu alle tre parter i det sammenhængende sundhedsvæsen.

Det anbefales:

- At der udarbejdes et fælles elektronisk kommunikationsmodul, hvor alle interessenter kan kommunikere sikkert og elektronisk på tværs af faggrupper og sektorgrænser, og hvor alle udskrivningsplaner (udskrivningsrapport, epikrise og genoptræningsplaner) kan læses af alle interessenter. Udover en styrket overlevering af informationer kan dette sikre entydige, overensstemmende planer og minimere dobbeltdokumentation
- At sikre elektroniske kommunikationsveje mellem alle parter i det samarbejdende sundhedsvæsen bør inkludere mulighed for genbrug af allerede udarbejdet journalmateriale for at understøtte entydigheden
- At der etableres en fælles elektronisk tværsektoriel journal, da dette vil øge effektiviteten og understøtte patientsikkerheden i sektorovergangene

Kontakt til sygehuset

Den lægefaglige behandlingsopgave for patienter på SAP indgik som en del af § 2 aftalen med almen praksis. Her blev det aftalt, at sygehusets læger har ansvaret for patienter på SAP i de første 24 timer efter udskrivelse, eller indtil førstkommende hverdag.

Ved behov for lægefaglig assistance i dette tidsrum, skulle personalet på SAP derfor kontakte sygehuset. I praksis har det været vanskeligt at få dette samarbejde til at fungere. På sygehuset er man ikke altid opmærksomme på, at man fortsat har det lægefaglige ansvar for patienter, som har forladt afdelingen. Da patienterne er udskrevet, er de ikke længere kendt af det af sygehusets personale, der aktuelt er på arbejde. I hverdage, hvor projektsygeplejersken har været til stede på sygehuset, har personalet på SAP taget kontakt til sygehuset via hende. På andre tidspunkter, har de kontaktet de respektive afdelinger direkte.

Dette fortsatte ansvar for patienter, som ikke længere fysisk befinder sig på en afdeling, har udfordret den måde, man er vant til at arbejde på, på sygehuset og hvilke patienter, det tilstedeværende personale er orienteret i.

Det anbefales:

- At der etableres en funktion på sygehuset med den specifikke opgave at håndtere forespørgsler fra kommunalt regi i forbindelse med udskrivelser, som supplement til den nuværende model, hvor vagtholdet skal varetage opgaven

Kontakt til almen praksis

I projektet blev det aftalt, at praktiserende læge skulle kontaktes via bagom-numre, så det blev sikret, at praktiserende læge var orienteret om patienter på SAP.

Da aftaler omkring elektronisk korrespondance med praktiserende læge typisk indeholder et tidsinterval på op til 5 dages responstid, ville det være svært at afgøre hvornår en læge modtager besked om en patient på SAP. Da egen læge først overtog opgaven, når denne var

orienteret, gav dette for stor usikkerhed i forhold til placeringen af behandlingsopgaven i dagene efter overflytningen til SAP. Hertil kom udfordringer med solopraksis og håndteringen af korrespondancer i en solopraksis ved fravær.

Det var også af denne grund at telefonisk kontakt blev valgt, så der kunne gives besked til stedfortræder.

Fremadrettet kan det overvejes, om egen læge skal orienteres om at patienten er udskrevet til en kommunal subakut plads, før de overtager opgaven, da egen læge ikke har opsøgende ansvar. Man kunne argumentere for, at det er personalet på SAP, der har ansvaret for at kontakte egen læge ved behov, ligesom egen læge heller ikke orienteres hver gang en patient kommer på aflastnings- eller rehabiliteringsplads, udover hvad der fremgår af epikriser. Da langt de fleste borgere på rehabiliteringspladserne kommer fra sygehus får de praktiserende læger her besked via epikrisen.

Det anbefales:

- At der etableres en sikker akut automatisk og gerne elektronisk avis til egen læge om at en af deres patienter er udskrevet, evt. med afkrydsningsangivelse af at der er opgaver til egen læge

På baggrund af SAP projektet er det erfaringen, at ansvaret for patientbehandling bør være fuldstændig entydigt placeret og kan ikke være afhængig af, om en sekretær har givet en besked videre, eller om en læge svarer sit bagom nummer. Specielt har formuleringen i § 2 aftalen om at opgaven først overgik til almen praksis, når de personligt havde modtaget orientering om patienten, givet anledning til usikkerhed om, hvem der havde opgaven på et givent tidspunkt i udskrivningsforløbet. Specielt solopraksis i ferieperioder har givet udfordringer i forhold den model.

Modellen for overgang af ansvar er videreført i Sundhedsaftalen 2015-2018 i Region Sjælland, hvor det kræves at epikrisen er modtaget af egen læge, før behandlingsansvaret overgår fra sygehus til praksis.

Det anbefales:

- At der i fremtidige modeller skal være helt entydig sikring af hvem der har den lægefaglige opgave efter udskrivelsen, således at det ikke kan være afhængig af om evt. meddelelser er læst. Der må ikke være tvivl om hvilken læge patienten skal henvende sig til

I relation til udskrivelse til SAP var arbejdsgangene omkring epikriser også anderledes, end de vante. På SAP havde de brug for at få en kopi af epikrisen, der indeholdt behandlingsplanen for at kunne yde pleje og behandling. Almindeligvis er der krav om, at epikrisen skal udarbejdes og sendes til praktiserende læger indenfor tre hverdage efter

udskrivelse. Dette betød ændrede arbejdsgange, både hos den udskrivende læge og afdelingens lægesekretærer, således at epikrisen blev givet patienten med ved overflytningen.

Der har været drøftelser om udarbejdelse af epikriser efter endt SAP-ophold, men det har umiddelbart ikke været klart, hvem der skulle skrive en sådan epikrise – sygehuslæge, egen læge eller personalet fra SAP. Derfor blev dette koncept ikke indført i projektet.

5.3 Uddannelse, kompetencer og kapacitet

Sundhedsstyrelsen anbefaler:

- At varetagelse af lægeordnede behandlingsopgaver i en akutfunktion i hjemmesygeplejen udføres af autoriserede sundhedspersoner
- At lægeordnede behandlingsopgaver i en akutfunktion primært varetages af sygeplejersker med de nødvendige uddannelsesmæssige kvalifikationer og kliniske erfaringer opnået efter afsluttet sygeplejerskeuddannelse. Sundhedsstyrelsen anbefaler minimum 2 års relevant erhvervserfaring hos sygeplejersken inden ansættelse i akutfunktioner i hjemmesygeplejen
- At visse specifikke opgaver og arbejdsområder kan varetages af erfarne social- og sundhedsassistenter, der har relevante opgaverelaterede kompetencer opnået efter afsluttet social- og sundhedsassistentuddannelse
- At personale i en akutfunktion:
 - overvejende er beskæftiget med patienter omfattet af ydelserne under den kommunale akutfunktion
 - har mulighed for at opnå og vedligeholde kompetencer i behandlingsopgaver i den kommunale akutfunktion

Oplæring og supervision fra personale på sygehus

Nogle af de behandlingsopgaver som blev varetaget på SAP kræver viden, kompetencer og instrumentelle færdigheder, som ikke var til stede hos kommunens sygeplejersker ved projektstart. Derfor blev der indgået aftale om kompetenceudvikling af kommunens sygeplejersker på sygehuset og der blev udarbejdet særlige instrukser for en række af de opgaver, der skulle varetages på SAP.

For at sikre kvaliteten af plejen til patienterne på de subakutte pladser i vid udstrækning svarede til kvaliteten af plejen på sygehuset blev sygeplejerskerne på SAP var opdateret inden for følgende sygeplejekompetencer:

- Venflonanlæggelse
- Intravenøs infusion/injektion
- Håndtering af intravenøs antibiotikabehandling
- Inhalationer, Cpap- og iltbehandling,
- Anlæggelse og pleje af urinkateter (KAD)
- Sonde- og ernæringsterapi

- Ernærings- og obstipationsproblematik
- Pleje og observation af centralt venekateter (CVK)
- Blodprøve og monitorering af blodfortyndende behandling (INR-målinger)

Sygeplejerskerne på SAP i Roskilde og Greve blev kompetenceudviklet på Medicinsk Afdeling på Roskilde Sygehus. Kompetenceudviklingen bestod af tre dage i ”praktik” på tre afsnit og en dag med teoretisk undervisning.

Det var også et ønske, at kompetenceudviklingen skulle omfatte en optræning i identifikation og vurdering af akut syge, men det kunne ikke opnås med denne model med tre kursusdage. Et sådan formål kræver længere tid, og at man også kommer til arbejde klinisk med de akutte patienter, evt. i form af en rotationsordning eller samansættelse.

Formålet med kompetenceudvikling af sygeplejerskerne på SAP var ikke blot den faglige kompetenceudvikling. Formålet var også relationsdannelse mellem sygeplejerskerne på SAP og på Medicinsk afdeling på Roskilde Sygehus. Både med henblik på at skabe gensidig tryghed ved at udskrive patienter til og modtage patienter fra hinanden, men også for at patienterne kunne få en oplevelse af et mere sammenhængende patientforløb henover sektorgrænserne ved at se det samme personale begge steder. De spredte dage på forskellige afsnit var dog ikke tilstrækkeligt grundlag til relationsdannelse.

Endelig var det et ønske, at personalet tværsektorielt skulle udvikle en styrket forståelse for det samlede behandlingsforløb, som er særligt vigtige for patienter med multisygdom og kroniske sygdomme.

Det anbefales:

- At etablere systematisk tværfaglig og tværsektoriel kompetenceudvikling og relationsdannelse med fokus på konkret fælles opgaveløsning med henblik på at understøtte fælles forløbsforståelse

Vedligeholdelse af kompetencer

Indledende i projektet, var det hensigten, at der skulle etableres løbende kompetencevedligeholdelse flere gange årligt på sygehuset for de sygeplejersker, der var ansat på de subakutte pladser, specielt i forhold til at vedligeholde instrumentelle kompetencer, men også at vedligeholde fortrolighed med observation af mere syge patienter. Der har imidlertid ikke været behov for denne kompetencevedligeholdelse, da det i løbet af projektet har vist sig, at det overvejende var de samme patientkategorier, der blev udskrevet til SAP. Der er derfor blevet oparbejdet en rutine i at varetage pleje og behandling for disse patientkategorier, således at behovet for den meget brede kompetenceudvikling har været mindre, end man havde forestillet sig.

Det område, hvor de instrumentelle færdigheder dog har været vanskelige at opretholde, er anlæggelse af IV adgang. En væsentlig del af patienterne på SAP har fået intravenøs

behandling. På trods af dette, gjorde det beskedne patientvolumen på SAP det vanskeligt, at opretholde en kompetence i anlæggelse af IV adgang, især hvis sygeplejerskerne ikke havde den i forvejen.

I de tilfælde hvor personalet på SAP ikke har kunnet anlægge IV adgang og det har været påkrævet, har man enten fået assistance fra projektsygeplejersken fra sygehuset (i dagtimerne) eller tilkaldt ambulancefolk. De har enten kunne lægge IV adgang på patienten, eller de har taget patienten med til Modtagelsen på Roskilde Sygehus, hvor de har fået lagt en ny IV adgang (hvorefter patienten er bragt retur til de subakutte pladser). Sidste løsning har været anvendt i aften- eller nattevagt, hvor vagthavende sygeplejerske ikke har haft mulighed for at få assistance fra andre sygeplejersker.

I løbet af projektet og efter at Roskilde kommune har oprettet et akutteam (som befinder sig på samme matrikel som SAP) faldt behovet for assistance til anlæggelse af IV adgang, i hvert tilfælde ved de ukomplicerede anlæggelser af IV adgang. Det var i situationer med mere komplicerede anlæggelser af IV adgang, at personalet på SAP havde behov for assistance fra specialister, ofte patienter, hvor der også på sygehuset havde været behov for assistance fra specialister fra anæstesen.

Det anbefales:

- At etablere aftaler om tværfaglig og tværsektoriel kompetenceudvikling og fælles udarbejdelse af særlige instrukser for de opgaver, der skal varetages på kommunale subakutte pladser
- At etablere samarbejde med paramedicinere omkring varetagelse af instrumentelle udfordringer på patienter i primær sektor

Kapacitet på SAP

For at kunne vurdere kapacitetsudnyttelsen på SAP i projektperioden er der udregnet en samlet belægningsprocent. Den er baseret på antallet af ydede sengedage på SAP i forhold til antallet af sengepladser pr. dag i perioden (ydede sengedage/(antal senge * dage i projektperioden)).

Belægningsprocenten af pladserne er 21 % (21,1) for hele perioden. Der er i beregningen kun medtaget de patienter, som blev randomiseret til forløb på SAP. Hvis belægningsprocenten ekstrapoleres til også at omfatte kontrolgruppen giver det et billede af en belægningsprocent på omkring 42 %.

5.4 Udstyr og medicin

Udstyr, herunder hjælpemidler samt udstyr til iltbehandling

Midlertidige hjælpemidler udlånes typisk af sygehuset. På SAP har der ikke været et lager af hjælpemidler. Den samme problematik er gældende i forhold til bleer, hvis patienter,

der udskrives til SAP kun har et midlertidigt behov i forbindelse med den aktuelle behandling. Indledende i projektperioden blev der etableret et mindre bledepot på SAP. Da de subakutte pladser lå i tilknytning til rehabiliteringspladserne på Rehabiliteringscenter Roskilde, har der dog været adgang til hjælpemidler i form af bækkenstol, rollator og kørestol på centreret som patienterne kunne låne ved behov. Erfaringen har belyst, at flytning af dele af sygehusopholdet til kommunen, øger behovet for depoter af midlertidige hjælpemidler og en øget "nedetid" af hjælpemidler, der er under transport mellem geografier. Denne udvikling kan også forudses med de nye supersygehuse, hvor udlån af hjælpemidler fra et sted i regionen kan betyde behov for både udvidede depoter til udlån og øgede ressourcetræk til transport. Man kunne overveje om der kan etableres hjælpemiddeldepoter flere steder i regionerne, enten i regionalt, kommunalt eller fælles kommunalt-regionalt regi, for at minimere transportbehov og ineffektiv udnyttelse af hjælpemidlerne. En anden problemstilling kan være hvem der ved udskrivelsen fra kommunale subakutte pladser skal vurdere behovet for og udlevere hjælpemidler til hjemmet.

Vedr. udstyr til iltbehandling, valgte man på plejecenter Hedebo i Greve en permanent løsning, hvor der var adgang til ilt i væggen. Dette blev installeret i forbindelse med opførelse af plejecenteret. Denne løsning er meget omkostningstung, på grund af særlige krav til sikkerhed og bygningsregler. Derudover har patienter med behov for fast iltbehandling sværere ved at træne, når de kun kan få deres ilt fra væggen. På Trekroner Plejecenter i Roskilde valgte man at anvende løsningen med mobile iltbomber og denne ordning har fungeret tilfredsstillende.

Det anbefales:

- At etablere forsøgsordninger med fælles hjælpemidellagre, som kan understøtte de accelererede patientforløb og sikre smidigere arbejdsgange på området

Medicinopbevaring, herunder intravenøse væsker

De subakutte pladser var placeret på et plejecenter og derfor blev pladserne sidestillet med en "plejehjemslignende" institution og ikke en behandlende institution. Det medførte jf. Bekendtgørelse om håndtering af lægemidler på sygehusafdelinger og andre behandlende institutioner (BEK nr 1222 af 07/12/2005), at der ikke måtte opbevares medicin, der ikke var ordineret til en specifik person. Derfor blev patienternes medicin opbevaret på følgende måde:

- Medicinen blev opbevaret utilgængeligt for besøgende eller andre patienter i et aflåst skab i patientens bolig
- Den enkelte patients medicin blev opbevaret adskilt fra andre patienters medicin

- Medicin, som ikke var i brug, blev opbevaret adskilt fra medicin, der var i brug (f.eks. i en plastikpose i patientens medicinboks)
- Der fandtes ikke medicin til fælles brug for patienterne, hverken lægeordineret medicin eller håndkøbsmedicin. Adrenalin som nødberedskab var en undtagelse
- Restmedicin fra en patient måtte ikke anvendes til andre patienter

SAP adskilte sig derfor fra sygehuset ved, at tilgængeligheden til ekstra medicin ikke var den samme. For eksempel har der været udfordringer, hvor patienter har fået ordineret PN-medicin (efter behov), da det har været nødvendigt at få leveret et lager med fra sygehuset. Den medicin, som ikke var blevet brugt under opholdet, blev kasseret ved afslutningen af SAP opholdet og gik på den måde til spilde.

Patienter, der blev overflyttet til SAP, betalte selv for deres vanlige medicin. Patienter, der forblev indlagt på sygehuset, fik udleveret (og dermed betalt) deres vanlige medicin under indlæggelsen. Udgifterne til intravenøs behandling blev finansieret af projektet.

Ligeledes måtte der på en plejehjemslignende institution heller ikke være et lager med intravenøse væsker (IV-væsker), da disse sidestilles med medicin. Lægerne på sygehuset skulle derfor på forhånd kunne forudsige nøjagtigt, hvilke væsketyper og hvor store mængder en patient havde behov for, for at undgå spild, eller behov for transport af flere varer til SAP. Dette kunne være en udfordring, da IV-behandling styres eller besluttet ud fra løbende blodprøvesvar. IV-væskerne blev transporteret sammen med patienten til SAP – og i nogle tilfælde, hvor en patient havde behov for store mængder intravenøs væske, måtte der efterfølgende transporteres yderligere væske.

Det var muligt at udskrive en recept på intravenøse væsker via det elektroniske Fælles Medicin Kort (FMK). Imidlertid leveres intravenøse væsker i kasser med mindst 12 liter, hvilket ville give et stor spild, da patienter sjældent havde behov for så mange liter væske. Et af apotekerne i Roskilde tilbød at levere intravenøse væsker i få liter ad gangen, således at spild af væsker kunne minimeres.

Både behandling med intravenøs antibiotika og intravenøs væske monitoreres og styres ved hjælp af blodprøver. Det var derfor vigtigt, at der kunne tages blodprøver på de subakutte pladser.

Antibiotika til intravenøs infusion er et pulver, der skal blandes med en væske, typisk sterilt vand eller saltvand. Pulveret blandes med væsken ved hjælp af en lukket overførselskanyale. På denne måde holdes blandingen steril og omgivelserne kontamineres ikke af antibiotika. Tidligere blev intravenøs antibiotika blandet under en flowbænk (sikkerhedskabinet) med særligt udtræk og filter, således at kontaminering eller forurening med antibiotika mindskes. Med overførselskanylerne er det ikke længere nødvendigt med en flowbænk, når antibiotika skal opblandes. Der skulle derfor ikke særlige

foranstaltninger til på SAP for at kunne give patienter intravenøs antibiotika-behandling. Antibiotika pulveret skulle ikke opbevares i køleskab.

Det blev aftalt, at sygehuset skulle sende antibiotikapulveret med patienterne, når de blev overflyttet til SAP. I begyndelsen blev der for en sikkerheds skyld også medsendt blandingskanyler, blandingsvæsker og lignende, hvilket kunne reducere afdelingernes sterilvarebeholdning væsentligt. Siden hen blev det dog kun nødvendigt at medsende antibiotikapulver og intravenøse væsker med patienten.

Ved udskrivelser fra sygehus medgives ofte medicin til de første tre dage. Dette har været en udfordring på SAP på grund af begrænsningerne i forhold til opbevaringen af ekstra medicin. Eksempelvis kunne en patient være overflyttet til SAP en fredag og fået medicin med til tre dage. Hvis borgeren skulle udskrives til eget hjem om mandagen med doseret medicin til de næste tre dage, har det været svært for personalet SAP at medgive medicin, da de ofte ikke har haft mulighed for at få hentet medicinen på apoteket.

En anden udfordring ved medgivelsen af medicin til tre dage har været, at man på SAP ikke havde et medicinlager, som man havde på sygehus. Derfor har det været nødvendigt at hente alle recepter fra sygehus og bestille hele pakker af de enkelte præparater for at dosere til de første tre dage efter SAP. Den medicin der kom i overskud blev givet med patienten hjem.

5.5 Patientoplevelvet kvalitet

Med henblik på at vurdere den patientoplevede kvalitet, fik alle patienter ved afslutningen af deres ophold på sygehus eller SAP udleveret et spørgeskema bestående af EQ-5d, samt udvalgte spørgsmål fra den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) 2013. Spørgsmålene fremgår af fodnote til figur 4 og 5 i det følgende. Der var to spørgsmål i spørgeskemaet, som ikke svarede fuldstændig til den nationale LUP, hvorfor der ikke er besvarelser af dette for Medicinsk Afdeling.

Spørgeskemaet blev besvaret af 12 patienter fra kontrolgruppen og 45 fra interventionsgruppen, sidstnævnte svarende til en besvarelsesprocent på 50 %.

På grund den lave besvarelsesprocent for kontrolgruppen besluttede styregruppen i stedet at anvende data fra 2013 LUP for Medicinsk Afdeling på Roskilde Sygehus (187 besvarelser svarende til en besvarelsesprocent på 49 %) til vejledende sammenligning med resultaterne fra SAP. Grupperne er dog ikke umiddelbart sammenlignelige, da besvarelserne for Medicinsk Afdeling gælder hele Medicinsk Afdeling, dvs. en målgruppe der aldersmæssigt og sygdomsstabilitetsmæssigt adskiller sig for målgruppen for SAP. Sammenligningen skal derfor tages med forbehold. Besvarelserne vedrørende EQ-5d udgik på grund af de manglende besvarelser fra kontrolgruppen.

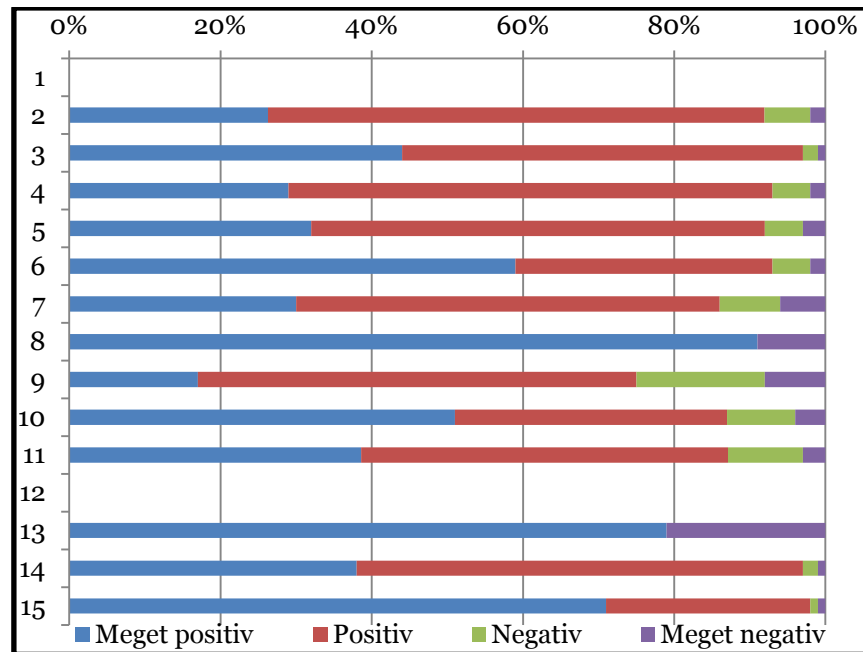
Besvarelserne fremgår af figur 4 og 5 i det følgende.

Der ses ikke væsentlige forskelle i besvarelserne, fraset spørgsmål 13, "*Ved du ved hvilke symptomer eller ændringer i din tilstand du skal kontakte din praktiserende læge eller sygehus efter din udskrivelse*". Dette peger på, at når dele af et patientforløb flyttes til en anden sektor, er der en række opgaver, man ikke vanligvis tænker over, som følger med over. Det er derfor vigtigt med en tæt opfølgning i forbindelse med opgaveflytninger for at sikre, at arbejdsgange i den ene sektor, videreføres i den anden sektor.

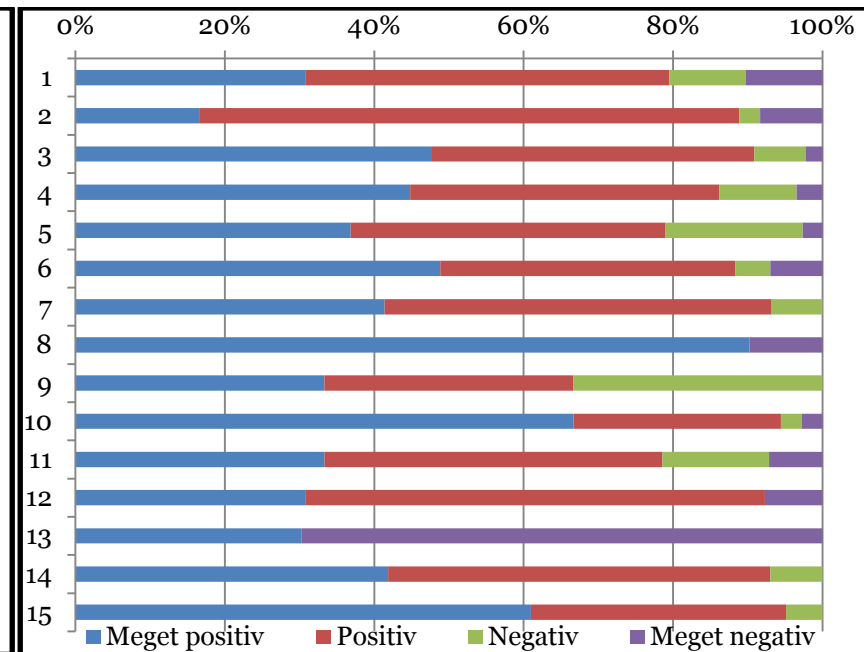
Et andet aspekt relateret til patientoplevelsen vedrører den økonomi der er forbundet ved hhv. en indlæggelse og en kommunal subakut plads. I projektet har opholdet på SAP i projektfasen været vederlagsfrit, ligesom finansiering af udgifter til IV væske og IV antibiotika har været betalt af projektet. Al peroral medicin har været betalt af patienterne i lighed med hvad der ellers gælder på kommunale midlertidige pladser. Var patienterne forblevet på sygehuset ville al medicinering have været vederlagsfri. I en driftsfase ville opholdet på en kommunale subakut plads i lighed med andre kommunale tilbud være forbundet med en dagstakst. Set med et patientperspektiv ville SAP modellen således være forbundet med øgede udgifter til medicin og ophold, sammenlignet med det gratis ophold og behandling på sygehuset.

Hjemtransport har været en anden udfordring i udfordring i SAP. Hjemtransport fra SAP er en udgift borgeren selv har skullet afholde, hvorimod hjemtransport fra sygehuset betales af sygehuset, for de patienter, der ikke kan transportere sig selv. Personalet på SAP har oplevet, at det ofte har været patienternes pårørende, der har hentet patienterne ved udskrivelse eller at patienterne har kunnet benytte Flextrafik. Her har de største udfordringer været patienter, der skulle transporteres med liggende transport, hvilket også udgør en betydelig udgift.

Figur 4: LUP Medicinsk Afdeling Roskilde Sygehus 2013



Figur 5: Udvalgte spørgsmål fra LUP anvendt på SAP



¹ Udvalgte LUP spørgsmål anvendt til tilfredshedsundersøgelse på SAP

1. Hvordan har du oplevet informationen om overgang fra sygehus til de subakutte pladser? (udgår, da det ikke er et entydigt LUP spørgsmål)
2. Hvordan vurderer du, at din overflytning fra sygehus til de subakutte pladser var tilrettelagt?
3. Hvordan har du oplevet modtagelsen på den subakutte plads?
4. Hvordan vurderer du, at personalet havde sat sig ind i dit sygdomsforløb ved de planlagte samtaler
5. Hvordan oplevede du muligheden for at tale med plejepersonalet om din behandling og pleje, når du havde behov for det?
6. Oplevede du at plejepersonalet var lydhør overfor dine behov?
7. Hvordan oplevede du muligheden for at tale fortroligt med personalet, når du havde behov for det?
8. Oplevede du, at der skete fejl?
9. Hvordan synes du, at personalet tog hånd om fejlen/fejlene, efter den/de blev opdaget?
10. Oplevede du at personalet tog hensyn til dine behov ved planlægningen af din udskrivelse?
11. Var du utryk ved at skulle hjem fra de subakutte pladser?
12. Hvordan vurderer du, at de subakutte pladser har samarbejdet med din praktiserende læge om dit behandlingsforløb? (udgår, da det ikke er et entydigt LUP spørgsmål)
13. Ved du ved hvilke symptomer eller ændringer i din tilstand du skal kontakte din praktiserende læge eller sygehus efter din udskrivelse?
14. Hvad var dit samlede indtryk af dit ophold på de subakutte pladser?
15. Har du tillid til, at du har fået den rette sygefaglige behandling og pleje under dit ophold på de subakutte pladser?

6. Perspektiver

6.1 *Det samarbejdende sundhedsvæsen*

Det samarbejdende sundhedsvæsen forudsætter en tæt, tværfaglig og tværsektoriel kommunikation omkring den fælles plan for patienten. Denne plan skal understøttes af fælles retningslinjer og instrukser på tværs af sektorer.

En fælles plan for den fælles patient forudsætter, at alle involverede parter har adgang til de samme faglige informationer. SAP projektet har afdækket, at de tværsektorielle kommunikationssystemer i overvejende grad er indrettet, så læger på sygehuse kun kan kommunikere elektronisk med læger i primær sektor, terapeuter på sygehuset med terapeuter i kommunen og plejepersonale på sygehuse med plejepersonale i kommunen. Der er således ikke tale om en fælles plan for patienten, som alle involverede parter har adgang til, eller indsigt i. Informationen sendes fragmenteret mellem faggrupper i sektorerne, hvilket kan betyde dobbeltdokumentation med risiko for fejl, ligesom helhedsperspektivet og forståelsen for det samlede patientforløb ikke opnås.

En fælles plan forudsætter desuden en fælles faglig forståelse. I projektet har det i enkelte konkrete tilfælde været klart, at arbejdsgange omkring revision af behandlingsplaner på tværs af sektorer er udfordret af, hvilke arbejdsgange, der er eksisterende i den enkelte sektor. Udarbejdelse af den fælles skriftlige plan og fælles skriftlige instrukser, kan altså ikke stå alene, men må følges op af fælles kompetenceudvikling, der understøtter en fælles faglig forståelse.

Hurtig udredning og ”at vende patienter i døren”

En af antagelserne i SAP projektet vedrørte muligheden for at foretage en hurtig udredning af den ældre medicinske patient med henblik på udarbejdelse af behandlingsplan og hurtig efterfølgende udskrivning til en kommunal subakut plads med mulighed for IV behandling og døgnovervågning af sygeplejersker. Det var derfor forventningen, at størstedelen af de inkluderede patienter ville blive udredt og udskrevet fra Akut Diagnostisk Enhed (ADE). Patienter inkluderet i SAP projektet er alle blevet udskrevet fra Medicinsk Afdeling. Ingen patienter er blevet udskrevet fra Akut Diagnostisk Enhed (ADE) og dermed ”vendt i døren”.

En forklaring kan være, at de ældre medicinske patienter, som kom til den medicinske modtagelse på Roskilde Sygehus i projektperioden havde diagnostiske eller behandlingsmæssige behov som krævede en kortere- eller længerevarende indlæggelse, inden det var muligt at udskrive patienten til en subakut plads og at patienter, der kunne vendes i ADE, kunne vendes tilbage til eget hjem.

På baggrund af SAP projektet, er det vurderingen, at størstedelen af de ældre medicinske patienter ved indlæggelse har så fremskredent og komplekst et behandlingsbehov, at meget hurtig udskrivelse i løbet af få timer fra ADE'en ikke har været en reel mulighed. De patienter, som ADE'en kunne ”vende i døren”, kunne udskrives til eget hjem, eller deres

behandlingsbehov kunne varetages i vanligt kommunalt regi. Det vurderes ikke, at en opgradering af kommunale subakutte pladser væsentligt øger muligheden for at vende patienter i døren.

Det anbefales:

- At kommuner og almen praksis gennem en styrket adgang til sygehusenes specialviden samarbejder omkring nye modeller for tidlig opsporing af sygdomstegn og tidlig håndtering af disse i relation til kommunale subakutte pladser i stedet for at fokusere på afkortning af indlæggelsestid og ”at vende patienter i døren”

Ændrede arbejdsgange for visitation

De formelle arbejdsgange i SAP projektet er væsentligt anderledes, end hidtidig visitationspraksis for Roskilde Kommunes midlertidige pladser. Kommunens midlertidige pladser er i dag en blanding af ydelser efter Serviceloven og Sundhedsloven og kommunerne planlægger selv placering og den konkrete udførelse af indsatserne. I henhold til Serviceloven skal ydelser bevilges efter en konkret individuel vurdering og det er Roskilde Kommune, der visiterer til egne midlertidige pladser. Midlertidige pladser anvendes både til borgere, der har været indlagt og til borgere, der kommer fra eget hjem. Samarbejdet omkring udskrivelser er organiseret omkring et team af udskrivningskoordinatorer, der har den løbende kontakt og dialog med de sygehuse borgere fra Roskilde Kommune er indlagt på.

I SAP projektet var det sygehuset, der havde visitationsretten til pladserne på SAP og udskrivningskoordinatorerne var ikke involveret i overflytningen til SAP. Indledende i projektet resulterede det i en bekymring hos almen praksis og Roskilde Kommune for, om sygehuset ville overflytte patienter til SAP, som personalet ikke kunne håndtere og som derfor ville risikere genindlæggelse.

I praksis oplevede ledelse og personale på SAP ikke, at samarbejdet omkring overflytning af patienter til SAP eller en rehabiliteringsplads var væsentligt forskelligt fra vanlig praksis. Patienter til SAP blev meldt en smule senere på dagen, men da projektsygeplejersken var kendt af personalet på SAP, oplevede de ikke, at samarbejdet med hende afveg særligt i forhold til samarbejdet omkring øvrige udskrivelser.

De praktiske forskelle i samarbejdet drejede sig særligt om tidspunktet og sted for afholdelse af plankonferencer, medicin til de første dage efter udskrivelse og opstart af genoptræning.

For patienter på SAP blev der afholdt plankonference på SAP i forbindelse med opholdets afslutning og plankonferencen involverede ikke personale fra sygehuset. Ved stillingtagen til borgerens videre forløb efter SAP havde udskrivningskoordinatorerne de vanlige bevillingskompetencer.

Visitationsretten til de kommunale subakutte pladser blev oplevet meget positivt på sygehuset, da tiden fra en læge vurderede, at en patient kunne overflyttes til SAP, til beslutningen kunne effektueres, var kortere sammenlignet med overflytninger til en rehabiliterings- eller aflastningsplads. Dette blev ligeledes understøttet af, at projektsygeplejersken i projektet har haft en opsøgende rolle og et stort fokus på at rekruttere patienter til de kommunale subakutte pladser, snarere end en gatekeeperfunktion.

I en driftssituation bør visitationsretten til kommunale subakutte pladser dog følge den sektor, der bærer det økonomiske ansvar, ligesom behandlingsansvaret også er placeret i primær sektor.

Anbefaling:

- Det anbefales, at visitationsretten til tilbud efter indlæggelse fortsat forbeholdes den kommunale myndighed, men at den løbende planlægning og sikring af smidige overgange understøttes af tværgående funktioner med daglig "gang" på sygehuset i form af f.eks. samansættelser, udstationering af personale eller tværsektorielle teams

Rammer for sygehuslægens og egen læges vurdering af patienter på SAP

Den fysiske og organisatoriske tilrettelæggelse i SAP projektet har udfordret de etablerede arbejdsgange omkring det lægefaglige behandlingsansvar og efterfølgende udførsel af den konkrete behandlingsplan.

Flytningen af patienten fra sygehuset til SAP har betydet, at den behandlingsansvarlige sygehuslæge ikke har haft direkte adgang til de konkrete patienter, som vedkommende havde et helt eller delvist behandlingsansvar for. Ved ændringer i patientens tilstand og behov for lægelig stillingtagen til disse ændringer var muligheden for at tilse den specifikke patient ikke tilstede. Patienten var heller ikke længere aktiv i sygehusets systemer, da patienten blev registreret som udskrevet. De subakutte pladser blev på grund af den fysiske adskillelse opfattet som en "udliggerfunktion" af sygehusets ansatte

Denne status som "udliggerfunktion" har vist sig at give flere udfordringer. Generelt har det givet problemer, når personalet på SAP havde behov for at kontakte sygehusets personale omkring konkrete problemstillinger. Sygehusets ansatte kendte efter udskrivelsen ikke patienten, og havde ikke stor forståelse for at de havde ikke-planlagte opgaver vedrørende patienter, der var udskrevne.

Fra kommunal side var projektsygeplejersken et vigtigt bindeled til den lægefaglige og sygeplejefaglige rådgivning fra sygehusets side. Projektsygeplejerskens betød blandt andet betydet, at kontakten til sygehuset udenfor projektsygeplejerskens arbejdstid til tider har været vanskeliggjort af netop manglende opmærksomhed på de subakutte pladser og kendskab til den konkrete patient i sygehusregi.

Der er på nuværende tidspunkt ikke en arbejdsgang og/eller kultur i sygehusregi, der understøtter at skulle varetage et akut døgndækkende behandlingsansvar for patienter, der ikke fysisk befinder sig på sygehuset og hvor udførelsen af den konkrete behandling varetages af et, for de sygehusansatte læger, ukendt personale. Der er god erfaring med at behandling kan styres planlagt via et ambulatorium, varetaget i dagtiden af speciallæger og specialistsygeplejersker, hvor der er en klar arbejdsfordeling med almen praksis.

Varetagelsen af stadigt flere og mere komplekse behandlingsopgaver i kommunalt regi forudsætter hurtig og let adgang til lægefaglig rådgivning. SAP projektet viste, at det var muligt at etablere en aftale om adgang til lægefaglig rådgivning på sygehus for et kommunalt tilbud vedrørende afgrænsede opgaver. Projektet har dog også vist at varetagelsen af akutte døgndækkende lægebehandlingsopgaver for patienter i primær sektor blev oplevet problematisk i både kommunalt regi og sygehusregi med den gældende vagtorganisering på sygehuse.

Det daglige samarbejde omkring den lægefaglige rådgivning og behandlingsansvaret med sygehuset, skete dog under forudsætning af en tæt og løbende opfølgning og kommunikation via projektsygeplejersken, projektarbejdsgruppen og deres tværgående funktion som bindeled mellem sygehus og de subakutte pladser.

Projektet understreger, at tværgående funktioner og samarbejdsfora, som inkluderer de praksisnære samarbejdspartnere, kan øge det gensidige kendskab, tryghed og en mere korrekt identifikation af de patienter der med fordel kan varetages i kommunalt regi.

Anbefaling:

- Det anbefales, at det lægefaglige ansvar for patienter på kommunale subakutte pladser, som hovedregel varetages af lægelige kompetencer, som er direkte tilknyttet til de kommunale subakutte pladser og primær sektor

Nærhedsprincippet

Debatten vedr. etableringen af akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje har bl.a. været begrundet i behov for behandlingstilbud i patienternes nærmiljø (KL 2015).

SAP projektet havde desuden til formål at vurdere, om patienter og pårørendes behov for at få tilgodeset nærhedsprincippet kan imødegås.

Betydningen af nærhedsprincippet har vist sig at være vanskelig at vurdere, da de subakutte pladser var placeret i samme by som sygehuset, og erfaringen omkring SAP i højere grad har relateret sig til de gængse overgangsproblematikker, frem for muligheden for at opholde sig i patientens nærmiljø.

De konsekvenser overflytning af patienter mellem sektorer og lokationer kan have i form af videnstab og manglende kommunikation, vurderes ikke i dette projekt at blive opvejet af, at patientens videre forløb kan foregå i patientens nærmiljø.

7. Opsummering vedr. den tværsektorielle struktur og samarbejdsmodel for de subakutte pladser

Den afprøvede model omkring kommunale subakutte pladser har bidraget med en række erfaringer vedrørende:

- En operationel og praksisnær samarbejdsorganisation
- Hvilke patienter, der i projektet blev vurderet egnet til at overgå til kommunale subakutte pladser
- Det tværsektorielle samarbejde omkring det ændrede behandlingsforløb, herunder behovet for lægefaglig assistance
- Hvilke tekniske, både kommunikative, men også instrumentelle løsninger har været en forudsætning for samarbejdet omkring de kommunale subakutte pladser
- I hvilken udstrækning var det fagligt muligt at håndtere det afprøvede behandlingsforløb for interventionsgruppen
- Patientgrundlaget for kommunale subakutte pladser

Det var i projektperioden muligt at etablere velfungerende, praksisnære og løsningsorienterede samarbejdsfora omkring de subakutte pladser. I relation til projektarbejdsgruppen var det erfaringen at mange konkrete, tekniske og forståelsesmæssige problematikker blev mødt konstruktivt og med fokus på at understøtte samarbejdet omkring det fælles patientforløb. Samarbejdet har desuden medvirket til en styrket faglig forståelse og indsigt sektorerne imellem, særligt med hensyn til hvilke sundhedsfaglige kompetencer, der er til stede og hvilke opgaver, der allerede løses i primær sektor.

Projektet afdækkede forskellige faglige forforståelser på tværs af sektorgrænser, som ikke fuldstændig kunne klares ved udførlige instrukser eller tre dages competenceudvikling på sygehuset. Det er undervejs i projektet blevet tydeligt, at den fælles faglighed på tværs af sektorer må søges opnået gennem løbende fælles skolebænk og competenceudvikling, hvis man vil arbejde efter fælles behandlingsplaner på tværs af sektorgrænserne. Erfaringer med den planlagte competenceudvikling i projektet var, at det blev oplevet som meget lidt relevant af alle parter med praktikophold, hvor primært de instrumentelle kompetencer var i fokus. I stedet kan et løbende samarbejde omkring fælles skolebænk og samansættelser understøtte en fælles forløbsforståelse, frem for fortsat at arbejde ud fra stafettankegangen.

Ydermere var erfaringen med en kommunal sygeplejerske, der var ansat fuldtid på sygehuset som projektsygeplejerske utroligt positiv i forhold til tillidsskabelse og samarbejde på tværs af sektorgrænsen, både for personale og patienter.

Projektet har haft fokus på at afdække hvilke patientgrupper, der med fordel kunne færdigbehandles i kommunalt regi.

Overordnet var de relevante patientkategorier diagnostisk afklarede og stabile patienter med behov for fortsat døgndækkende sygeplejefaglig overvågning, men hvor det blev vurderet, at der ikke var behov for læge. Patienter var hovedsageligt patienter med infektioner, mange med behov for IV-behandling, idet de fleste øvrige medicinske patientkategorier viste sig at kunne varetages på allerede eksisterende kommunale midlertidige pladser.

På trods af kravet om at patienter skulle være diagnostisk afklarede og stabile var de store udfordringer behovet for adgang til subakutte blodprøver, udfordringer med forankring af behandlingsopgaven på sygehuset efter udskrivelsen og manglende muligheder for medicinske på SAP.

Vedrørende IV adgange, blev personalet på SAP oplært i anlæggelse af IV adgang, men det begrænsede patientvolumen har betydet vanskeligheder i forhold til at opretholde den instrumentelle rutine. Derudover har den gruppe af patienter, der blev udskrevet til SAP med IV adgang været vanskelige at anlægge nye adgange på.

Det var en udfordring for sygehusets læger at udarbejde behandlingsplaner, der kunne række dage ud i fremtiden, og tage højde for flere mulige udviklinger, ligesom det var en tilvænning for plejepersonalet på SAP, på hvilke indikationer, de skulle melde tilbage til sygehuset, når der var behov for at justere behandlingsplanen.

Det konkrete behov for lægekontakt til hhv. sygehus og almen praksis viste, at kontakter til sygehuset overvejende vedrørte løbende opfølgning og justering på behandlingsplanen samt opfølgning på blodprøver og patientens kliniske tilstand. Det vurderes, at kontakterne til sygehuset var af lægefaglig karakter og at, der har været tale om henvendelser, der ikke har kunnet honoreres af almen praksis, da kontakterne ofte har vedrørt intravenøs behandling og opfølgning eller justering af denne.

Kontakterne til almen praksis har både vedrørt det aktuelle indlæggelsesforløb, men lige såvel øvrige sundhedsmæssige problematikker, eller opfølgning på behandlingsforløb, som var igangsat inden patientens seneste indlæggelse. Det vurderes, at henvendelserne har været overvejende uproblematisk og at den højere henvendelsesfrekvens til sygehuset frem for almen praksis er et udtryk for, at den konkrete patientgruppes helbredstilstand er af en karakter, som ikke udelukkende kan håndteres af almen praksis, ligesom IV-behandling (og heraf følgende blodprøvetagning) kræver langt tættere kontakt til sygehusets læger end forudset.

Kontakter til vagtlæge har langt overvejende vedrørt anlæggelse af IV adgang. Anlæggelsen er forsøgt på SAP, men har på grund af vanskeligheder, fx meget små årer mm. måttet opgives og det har derfor været nødvendigt at tilkalde lægelig assistance til opgaven.

Løsningen af sundhedsopgaven i primær sektor er under forandring og det er behovet for lægefaglig assistance også. Den konkrete patientgruppe på SAP fordrede tæt lægefaglig assistance henover døgnet, som ikke udelukkende kan honoreres af almen praksis, særligt

på grund af den tidligere udskrivelse af patienter i intravenøs behandling. I projektet blev afprøvet en model, hvor det lægefaglige ansvar for behandlingsopgaven blev defineret i den udarbejdede § 2 aftale. På trods af dette forsøg på en opgaveafklaring, har det i praksis været erfaringen at der har været uklarheder omkring hvem, der tog stilling til hvilke sundhedsmæssige problematikker, ligesom tilgængeligheden til lægefaglig rådgivning har været udfordret udenfor almindelig dagtid i hverdage.

På baggrund af projektet er det vurderingen, at der er barrierer forbundet med at etablere kommunale subakutte pladser, som anvendes til færdigbehandling af patienter med medicinske problemstillinger, der er under sygehuslægens ansvar.

Som beskrevet ovenfor, er det styregruppens anbefaling, at det lægefaglige ansvar for patienter på kommunale subakutte pladser varetages af lægelige kompetencer som er tilknyttet primær sektor. Dette forudsætter også, at behandlingsbehovet hos patienter på kommunale subakutte pladser skal kunne varetages af almen praksis, hvilket er ikke fuldt ud muligt, hvad angår patienter i intravenøs behandling.

Intravenøs behandling kræver tæt og løbende opfølgning, herunder blodprøver og handling på de konkrete blodprøvesvar henover hele døgnet. I overensstemmelse med Sundhedsstyrelsen anbefalinger, vurderes det derfor hensigtsmæssigt, at opgaven bibeholdes i sygehusregi, på grund af behovet for den tætte og kontinuerte opfølgning på behandlingen.

Et styrket tværsektorielt samarbejde omkring den sårbare ældre medicinske patient fordrer styrkede muligheder for tværsektoriel kommunikation, ligesom dette også vurderes at understøtte patientsikkerheden. Der bør derfor fortsat arbejdes med at understøtte entydigheden i de udvekslede informationer, også på tværs af faggrupper.

Indledende i projektet opstod store udfordringer i forhold til den tværsektorielle elektroniske kommunikation. Behandlingsplaner udarbejdes sideløbende af sygehusets sygeplejersker, som sendes til kommunale sygeplejersker i form af udskrivningsrapporter, mens sygehusets læger sender epikrisen til praktiserende læge. Det er ikke uden store vanskeligheder at kommunikere elektronisk på tværs af disse faggrænser, ligesom de to parallelle behandlingsplaner forekommer både risikable i forhold til entydige planer og som et unødigt ekstraarbejde.

Hovedudfordringen i projektet har dog været, at der var ganske få patienter i den relevante kategori.

For at kunne vurdere kapacitetsudnyttelsen på SAP i projektperioden er der udregnet en samlet belægningsprocent. Belægningsprocenten af pladserne har været på ca. 21 % for hele perioden. Havde også kontrolgruppen, der var vurderet egnet til at indgå i projektet været udskrevet til SAP, havde det fortsat betydet, at der havde været anvendt knap to subakutte kommunale sengepladser om dagen. Dette på trods af, at Roskilde Kommune er Region Sjællands største kommune. For Greve kommunes vedkommende, var det spinkle patientgrundlag en af årsagerne til, at kommunen måtte trække sig fra projektet, da det

viste sig vanskeligt at fastholde sygeplejerske med interesse for det akutte medicinske område. En af de væsentlige erfaringer i projektet har desuden været, at udskrevne patienter langt overvejende kan håndteres i allerede eksisterende kommunale tilbud.

På den baggrund vurderes patientgrundlaget for etablering af kommunale subakutte pladser ikke at være til stede.

Referencer

1. **Subacute Care: Review of the Literature.** U.S. Department of Health and Human Services. Lewin-VHI, Inc. December 1994.
2. **Forebyggelse af indlæggelser.** Oversigtsnotat om metoder, koncepter, evalueringer og effekter. Vinge S., Sandberg Buch M., Kjellberg J., Kürstein Kjellberg P., Reindahl Rasmussen S., Brandhøj Wiuff M. DSI-notat, projekt 3511, December 2011.
3. **Evaluering af hospitel ved Svendborg Sygehus – en plejeenhed, hvor egen læge er ansvarlig for behandling.** Lühr Hansen B. Odense Universitet (Institut for Sygdomsforebyggelse og Helsetjenesteforskning, Fagområdet for Almen Medicin), 1994.
4. **Ældrevenlige behandlingsforløb – en analyse af fem indsats typer.** Boll Hansen, E., Eskelinen, L., Sejr, T. & Wagner, L. (DSI-rapport 97.03), København: AKF Forlaget.
5. **Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed).** VEJ nr. 115 af 11/12/2009, Sundhedsstyrelsen 2009
6. **Bekendtgørelse om håndtering af lægemidler på sygehusafdelinger og andre behandlende institutioner.** BEK nr. 1222 af 07/12/2005, Lægemiddelstyrelsen 2005
7. **Sammen om sundhed.** KL 1. udgave, 1. oplag 2015