

Samarbejde vedrørende subakutte og akutte tilbud

Afrapportering og evaluering på projekt
til styrkelse af samarbejde mellem region,
kommune og almen praksis vedrørende
subakutte og akutte tilbud



REGION NORDJYLLAND



INDHOLD

1. Indledning	3
2. Formål, målbare succeskriterier og målgruppe for projektet	3
3. Konceptet for det styrkede samarbejde i forbindelse med subakutte og akutte borger-/patientforløb.	4
4. En beskrivelse af projektets gennemførelse, herunder de væsentligste tiltag i projektet, og eventuelle afvigelser fra projektbeskrivelsen.	5
Afvigelser fra den oprindelige projektbeskrivelse	
Projektets gennemførelse	
De væsentligste tiltag i projektet	
5. Sektorer/fagprofessionelle der har været involveret i projektet	8
6. Om formål, succeskriterier og forventede resultater er opfyldt:	9
7. Om projektet opnåede uventede resultater – såvel positive som negative – i forhold til de ældre medicinske patienter og/eller det tværsektorielle samarbejde.	9
8. Om borgere/pårørende (individuelt eller på organisatorisk niveau) har været involveret i udviklingen eller evalueringen af projektet	10
9. Dokumenter og vurderer projektets resultater herunder:	11
Resultaternes eventuelle betydning for andre aktører internt i og på tværs af sektorerne	
Effekt i forhold til indlæggelser og genindlæggelser	
10. Om projektets resultater vurderes at kunne overføres til øvrige af landets regioner og kommuner	12
11. Hvordan projektets resultater videreføres	12
12. Deskriptiv statistik for projektet	13
Bilag 1: Erfagruppen	21

1.

INDLEDNING

I det følgende vil Nordjyllands projekt til styrkelse af samarbejdet vedrørende subakutte/akutte tilbud blive afrapporteret og evalueret. Projektet skal ses i sammenhæng med implementeringen af den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient, hvor Nordjylland - efter puljeansøgning - har modtaget 4,5 mio. kr. til at understøtte projektets gennemførelse. Den regnskabsmæssige afrapportering af projektet vil komme særskilt.

Eftersom puljeopslaget angiver hvilke elementer, der skal indgå i den afsluttende evaluering, er det valgt at anvende elementerne som dispositionen i nedenstående.

Afreporteringen er udarbejdet i et samarbejde mellem region og de 11 kommuner i regionen koordineret via den erfagruppe, der er nedsat til at understøtte implementeringen af projektet. Erfagruppens sammensætning kan ses i bilag 1.

2.

FORMÅL, MÅLBARE SUCCESKRITERIER OG MÅLGRUPPE FOR PROJEKTET

Formålet med projektet er, at styrke sammenhængen og koordinationen i den del af patientforløbet, der ligger tidsmæssigt før en akut indlæggelse (herunder genindlæggelse). Det er derudover forventningen, at et styrket samarbejde vil

bidrage til at forebygge indlæggelser. Målgruppen for projektet er den ældre medicinske patient, men projektet vil styrke forløbskoordineringen generelt og derfor være til gavn for en større målgruppe. Delformålene er, at:

1.

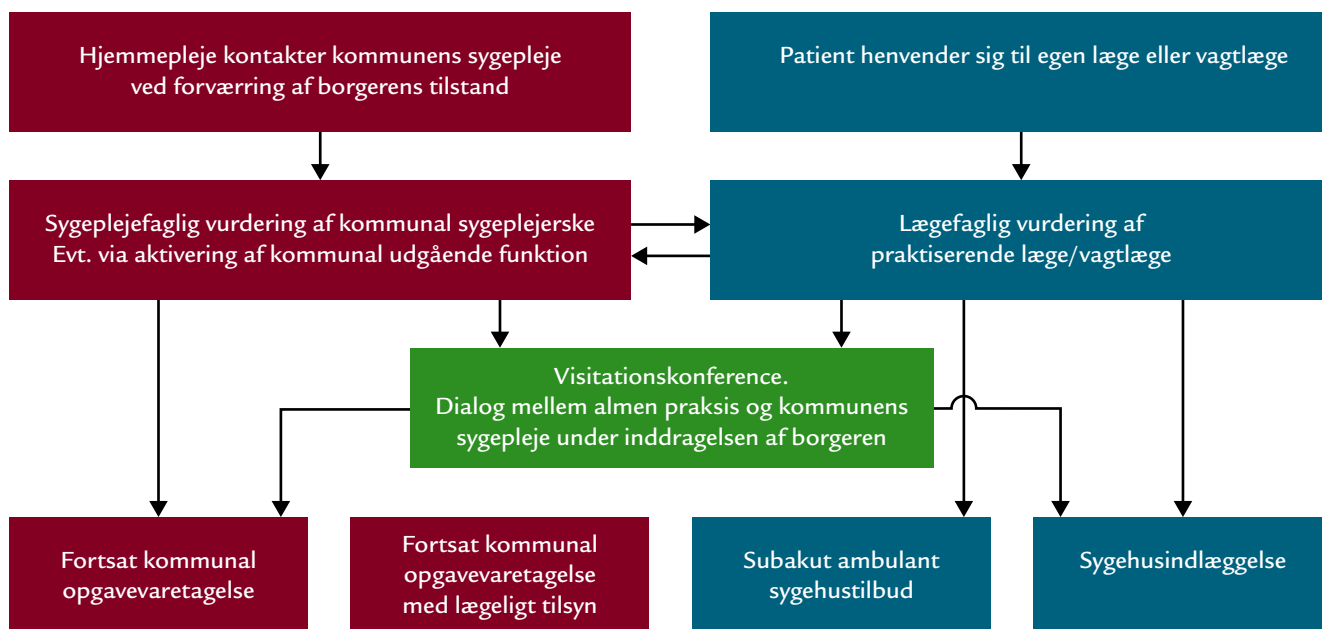
Der etableres en kommunal udgående funktion i hver kommune, hvor en sygeplejerske kan tilkaldes og tilse borgeren indenfor højest 1 time – døgnet rundt året rundt. Sygeplejersken skal beherske kompetencer i akutte patientproblemstillinger. Kommunens lokalsygehus vil kunne bidrage med kompetenceopfriskning/udvikling ift. akutte problemstillinger. Egen læge/vagtlæge skal kunne tilkalde sygeplejersken ved akutte problemstillinger. Den kommunale hjemmepleje kan tilkalde en sygeplejerske, men i dette tilfælde vil det være sygeplejersken - selv der vurderer hvorvidt der er behov for at tilse borgeren indenfor en time.

2.

Kommunen har/etablerer de subakutte/akutte tilbud, som modsvarer det behov som de praktiserende læger efterspørger og vurderer er tilstrækkelige eller bedre end at indlægge borgeren. Tilbuddet tager udgangspunkt i borgerens eget hjem/plejehjem. Tilbuddet skal være stabilt med tilstrækkelig personaledekning – herunder ved ferie, sygdom mv. Den endelige beslutningskompetence om hvilket tilbud, der evt. skal etableres ligger i den enkelte kommune.

3.

KONCEPTET FOR DET STYRKEDE SAMARBEJDE I FORBINDELSE MED SUBAKUTTE OG AKUTTE BORGER-/PATIENTFORLØB.



Figur 1 Koncept for styrket samarbejde mellem almen praksis og kommunal sygepleje i den subakutte og akutte fase

Tidlig opsporing

Ideen er, at hjemmeplejen i de tilfælde hvor denne observerer en ændring/forværring i en kendt borgers tilstand kontakter en af kommunens sygeplejersker. (Illustreret ved øverste orange kasse i figuren).

Sygeplejefaglig vurdering

Sygeplejersken vurderer herefter ud fra en faglig helhedsvurdering af borgerens fysiske, psykiske og sociale tilstand om borgerens behov fortsat kan varetages i kommunen eller der skal tages kontakt til praktiserende læge/vagtlæge. I de tilfælde der er behov for at tage kontakt til praktiserende læge er det sygeplejersken der foretager kontakten med undtagelse af livstruende situationer, hvor enhver kan ringe 112. Patienten har selvfølgelig også altid ret til selv at kontakte egen læge/vagtlæge.

Lægefaglig vurdering

I de tilfælde hvor egen læge eller vagtlæge foretager en undersøgelse af en borger - vil lægen på baggrund af sygehistorien, den objektive undersøgelse og eventuelt supplerende undersøgelse foretage en vurdering, der danner basis for en diagnose. Lægen vurderer på baggrund af diagnosen om borgerens behov eventuelt kan varetages af kommunen (evt.

med lægeligt tilsyn) og kontakter kommunens sygepleje eller at borgeren har behov for videre undersøgelse på sygehus og henviser borger med henblik på planlagt eller akut indlæggelse.

Visitationskonference

I dialogen mellem almen praksis og kommunens sygepleje under inddragelse af borgeren vurderes mulighederne for den videre varetagelse af borgeren i kommunalt regi. I så fald aftales de nødvendige kommunale foranstaltninger/ ydelser samt eventuelt lægeligt tilsyn fra almen praksis. Dialogen foregår som udgangspunkt via telefon, men det kan også aftales at anvende videokonference

Kommunal udgående funktion

Visitationskonferencen kan eventuelt afholdes på baggrund af egen læges/vagtlæges tilkaldelse af den kommunale udgående funktion, hvor en sygeplejerske om nødvendigt tilser borgeren indenfor højst 1 time. Dette vil f.eks. være hensigtsmæssigt i de tilfælde hvor patient eller pårørende ringer til egen læge/vagtlæge, hvor lægen vurderer, at det vil være bedre for patienten hvis der kan findes en anden løsning end en akut indlæggelse og at tidsfaktoren ikke er afgørende for patienten.

4.

EN BESKRIVELSE AF PROJEKTETS GENNEMFØRELSE, HERUNDER DE VÆSENTLIGSTE TILTAG I PROJEKTET, OG EVENTUELLE AFVIGELSER FRA PROJEKTBEKRIVELSE

Afviselser fra den oprindelige projektbeskrivelse:

Antallet af kommuner, der deltager i implementeringsprojektet blev udvidet fra 8 til alle 11 kommuner i Nordjylland, idet projektet blev indskrevet i Sundhedsaftalen om forløbskoordinering, som Sundhedskoordinationsudvalget vedtog i juni 2013. Derfor arbejder alle 11 kommuner i dag med at implementere projektet i et tæt samarbejde med sygehuse og praktiserende læger.

Der er tre indholdsmæssige forskelle i forhold til den oprindelige projektbeskrivelse. For det første er de 3 resterende kommuner ikke forpligtet af en 24 timers dækning af tilbuddet. Tilbuddet dækkes dog fortsat 365 dage om året og typisk både dag og aften, men ikke nat.

For det andet fremgår det af sundhedsaftalen at alle kommuner skal sikre at det relevante personale er uddannet til at observere på parametre til sikring af målrettet tidlig opsporing. Målrettet tidlig opsporing er en grundlæggende forudsætning for at konceptet indfrier det fulde potentiale.

For det tredje har sundhedsaftalen indført årlige kommunale audits i alle 11 kommuner med henblik på kvalitetssikring og kvalitetsudvikling af tilbuddet.

Der er afviselser i forhold til følgende af de procesindikatorer, der som minimum skulle indgå i evalueringen jf. puljeopslaget (dateret 7. september 2012).

- En opgørelse af varigheden af patienternes tilknytning til det subakutte/akutte tilbud.
- En opgørelse (på patientniveau) af antal ydelser fra de involverede aktører i de subakutte/akutte tilbud samt sundhedsvæsenet i øvrigt. Fx lægefaglig behandling, sygepleje, træning mv.
- En opgørelse over henvisningsårsager til subakutte/akutte tilbud (ICPC).

Begrundelse for første undtagelse er, at "varigheden af tilbuddet" ikke giver mening ift. det konkrete projekt fordi der ikke er tale om akutpladser, men om en akut udgående funktion til borgere i eget hjem.

Begrundelsen for anden undtagelse er, at fordelingen på ydelser fremover vil foregå via KL's indsatskatalog, der er under implementering. Derfor vil det give bedst mening, at afrapportere i forhold til de kommuner, der har implementeret indsatskataloget i regionen. Der vil som udgangspunkt kun være tale om tal for Aalborg og Mariagerfjord kommuner.

Begrundelsen for tredje undtagelse er, at almen praksis ikke ICPC koder telefoniske henvendelser. I projektet har besøget fra en kommunal hjemmesygeplejerske netop til formål, at skabe afklaring om patientens akutte behandlingsbehov. Derfor har almen praksis i udgangspositionen ikke mulighed for at ICPC kode. Jammerbugt Kommune har dog ICPC-kodet i en periode så projektet bibringes et billede af årsagerne til henvendelserne.

Sundhedsstyrelsen har godkendt afviselserne til procesindikatorerne.

Projektets gennemførelse:

Ansvar for implementeringen i den enkelte kommune har ligget i den enkelte kommune i samarbejde med de praktiserende læger i kommunen – typisk via de Kommunale Lægelige Udvalg. Alle kommuner har udpeget en projektansvarlig tovholder for implementeringen i deres kommune.

Ansvar for at koordinere implementeringen mellem kommuner, sygehuse og almen praksis har været varetaget i en erfagruppe. Erfagruppen består af alle 11 kommunale tovholdere for indsatsen, de forløbsansvarlige viceklinikchefer for det medicinske område på sygehusene samt Kvalitetsenheden for almen praksis i Nordjylland. Erfagruppen anbefales videreført til fortsat konsolidering af indsatsen.

Tidsplanerne for projektets gennemførelse har været forskellige fra kommune til kommune, men fremdriften er fulgt løbende via erfagruppen og Gruppen om den ældre medicinske patient. Sidstnævnte gruppe er nedsat af Sundhedskoordinationsudvalget og Den Administrative Styregruppe til koordinering af alle indsatser i den nationale udmøntningsplan for den ældre medicinske patient. Derudover god-

kendte Den Administrative Styregruppe midtvejsstatussen på deres møde den 3. december 2013. Det er aftalt, at Den Administrative Styregruppe følger implementeringsprojektet via en årlig status for implementeringen.

De væsentligste tiltag i projektet:

Styrket målrettet tidlig opsporing:

Et væsentligt tiltag er, at alle kommuner løbende sikrer, at det relevante personale er uddannet til at observere på parametre til sikring af målrettet tidlig opsporing. Målrettet tidlig opsporing er ikke en officiel del af projektet, men kan ses som en forudsætning for at konceptet om en udgående funktion kan indfri det fulde potentiale. Alle kommuner har således gennemført kompetenceudviklingsforløb for deres

personale med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger om tidlig opsporing. Der har været op til den enkelte kommune at planlægge og gennemføre undervisningsindsatsen. Nogle kommuner har selv gennemført undervisningen, andre kommuner har allieret sig med det lokale sygehus i forbindelse med gennemførelsen af undervisningen.

Definition af indhold i den akutte sygeplejefaglige vurdering og undervisning i indholdet:

Et andet væsentligt tiltag har været, at definere indholdet i den sygeplejefaglige vurdering, som den praktiserende læge har behov i forbindelse med en potentiel indlæggelsessituation. Indholdet er defineret som et vejledende udgangspunkt for dialogen i det lokale Kommunale Lægelige Udvalg og giver en forventningsafklaring og sikkerhed for hvad den praktiserende læge kan forvente af en sygeplejefaglig vurdering.

1. En relevant anamnese

- Med fokus på de aktuelle funktionstab/symptomer i forhold til tidligere.
- Det relevante medicinskema

2. En objektiv vurdering med udgangspunkt i observationer og objektive målinger:

- A. (Airway): Frie øvre luftveje
- B. (Breathing): Vejtrækning (akut åndenød) respirationsfrekvens. SAT-måling (iltmætning)
- C. (Cirkulation): Kredsløb: Puls, Blodtryk, kapilærrespons
- D. (Disability): Bevidsthed/Hjerne og centralnervesystem Åbenbare neurologiske symptomer
- E. (Exposure): Helhedsvurdering: Temperatur, udslæt, sår m.m.

3. Supplerende observationer:

- Urin stiks – såfremt det er muligt
- Blodsukker ved diabetes eller bevidsthedspåvirkning
- Oversigt over væskeindtagelse (hvis muligt)
- Oversigt over afføringsmønster (hvis muligt)
- Kognitiv funktionsniveau. Ved mistanke om kognitiv ændring kan **CAM** skemaet anvendes

Ovenstående anses som basisvurdering. Den enkelte kommune kan efter aftale i KLU tilbyde/ udvide med mulighed for nedenstående, som dog kun skal udføres på ordination. F.eks. CRP (en måling der kan afsløre infektioner), INR ved AK behandling (en måling som bruges ved blodfortyndende behandling) og O2-saturationsmåling (iltmætning i blodet)

Figur 2 Indhold i den sygeplejefaglige vurdering

I det omfang observationer eller målinger forudsætter en rammedelegation er det kommunens ansvar at få udarbejdet en rammedelegation. F.eks. i forhold til måling af blod-sukker.

Der har været op til den enkelte kommune at planlægge og gennemføre undervisningsindsatsen. Nogle kommuner har selv gennemført undervisningen, andre kommuner har allieret sig med det lokale sygehus i forbindelse med gennemførelsen af undervisningen.

Gensidig tilgængelighed:

Et tredje væsentlig tiltag har været at etablere aftaler for let gensidig tilgængelighed mellem kommunens sygeplejersker og de praktiserende læger i regionen.

Alle praktiserende læger har i dag adgang til akutnumre i alle 11 kommuner. Dermed ikke sagt at alle praktiserende læger anvender den direkte adgang endnu. Derudover fremgår alle kommunernes subakutte og akutte tilbud af sundhed.dk.

På samme måde er der etableret aftaler for at alle kommuner har adgang til et akutnummer i alle klinikker i Nordjylland. Dermed ikke sagt, at disse aftaler er helt implementeret endnu.

Fælles auditdesign:

Et fjerde væsentligt implementeringstiltag har været at udarbejde et fælles auditdesign på tværs af alle 11 kommuner og dermed sikre kvaliteten og udviklingen af det subakutte tilbud i kommunen. Det fælles auditdesign er vedlagt som bilag.

Auditmetoden var forinden projektet ny i flere kommuner og der har derfor været afholdt en prøve/pilotaudit i foråret 2014 med henblik på at høste erfaringer inden auditten blev udrullet til alle 11 kommuner.

Auditten er - med en enkelt undtagelse - gennemført i alle kommuner i slutningen af 2014 og resultaterne er efterfølgende drøftet i de Kommunale Lægelige Udvalg eller tilsvarende lokale dialogfora mellem den enkelte kommune og almen praksis.

5.

SEKTORER/FAGPROFESSIONELLE DER HAR VÆRET INVOLVERET I PROJEKTET

Alle tre sektorer – sygehuse, kommuner og almen praksis – har været involveret i projektet fra begyndelsen. Dette er ikke en tilfældighed.

Projektet bygger nemlig videre på blandt andet de erfaringer, der er gjort i projekterne i Kolding og Viborg kommuner i forhold til udgående kommunale teams. En af erfaringerne fra både Kolding- og Viborgprojektet var, at en tidlig inddragelse af almen praksis er fundamentalt for projektets implementeringssucces.

I Region Nordjylland har almen praksis - i form af PLO Nordjylland og Kvalitetsenheden for almen praksis (NordKap) – derfor været med i formuleringen og implementeringen af projektet. Implementeringsansvaret er derudover forankret i det lokale samarbejde mellem kommunen og de praktiserende læger i kommunen via de Kommunale Lægelige Udvalg eller tilsvarende.

Erfaringen er, at det har været en rigtig beslutning, at indtage almen praksis tidligt i processen og i løbet af implementeringen. Almen praksis har ikke kun været inddraget, men reelt medbestemmende i forhold til udformningen og opfølgningen på projektet. Det har f.eks. været almen praksis, der reelt har fastlagt indholdet i den sygeplejefaglige vurdering og dermed bestemt hvilke observationer og målinger, som det forventes at de kommunale sygeplejersker foretager inden en akut henvendelse til praktiserende læge/vagtlæge.

Selvom udgangspunktet for projektet primært har været at styrke samarbejdet mellem almen praksis og kommune har det været erfaringen, at sygehusets deltagelse har været vigtig. F.eks. har sygehusets begrebsverden dannet udgangspunkt for et tværsektorielt fælles sprog om ABCDEtankegangen i forhold til akutte forværringer af en patients tilstand (se ovenstående indhold i den sygeplejefaglige vurdering). Ved akutte forværringer registreres derfor borgerens/patientens objektive værdier i journalen eller på et observations-skema bygget op om ABCDE-tankegangen af de kommunale sygeplejersker.

Sygehusets tilstedeværelse i projektet har desuden synliggjort den kommunale opgradering for sygehusrepræsentanterne og været medvirkende til at påvirke sygehusenes handlinger i forbindelse med akutte indlæggelser. F.eks. er det aftalt i udkastet til den nye ”Plan for sygehuse og speciallægepraksis”, at de regional visitatorer skal have kendskab til kommunernes subakutte og akutte tilbud for at kunne rådgive praktiserende

læger om en eventuel anvendelse af dette tilbud, inden der træffes en endelig beslutning om en akut indlæggelse.

En af succeserne i projektet har været gennemførelsen af en markant kompetenceudviklingsindsats af det kommunale personale til sikring af tidlig opsporing og til sikring af den rette sygeplejefaglige vurdering i den akutte situation. Tilbagemeldingerne fra de kommunale tovholdere har generelt været, at der har været tale om et tiltrængt løft eller opfriskning af kompetencer hos de involverede medarbejdere, der har givet rigtig god mening i det daglige arbejde. En af konklusionerne fra de netop afholdte audits om kommunikationen mellem den praktiserende læge/vagtlæge i den akutte situation, er da også, at de praktiserende læger er meget tilfredse med de akutte sygeplejefaglige vurderinger fra de kommunale sygeplejersker.

Den nuværende væsentligste udfordring er, at få alle praktiserende læger til at benytte tilbuddet. De for nylig afholdte audits viser, at enkelte praktiserende læger har ”set lyset” og benytter tilbuddet, mens den helt store gruppe endnu ikke benytter tilbuddet. En del af forklaringen er tilbuddet fortsat er meget nyt og der derfor ikke helt er etableret den tillid til tilbuddet, som er nødvendig for at de praktiserende læger vil benytte sig af tilbuddet. Det grundlæggende parameter for at benytte sig af tilbuddet er, at ”tilbuddet skal være bedre for patienten end en akut indlæggelse”. Det er også kommunernes mål med tilbuddet, men hvis det bliver italesat som et tiltag, som kommunen har lavet for at spare penge, vil det skabe modstand og mistillid til tilbuddet. Vurderingen af tilbuddet er, at borgerne/patienter får et bedre tilbud end før, men samtidig, at det måske også er en fordel for de kommunale budgetter. Den sidste del er dog for tidligt at konkludere noget på endnu.

En anden udfordring er, at de Kommunale Lægelige Udvalg er forholdsvis nye i kommunerne og derfor lige skal ”finde sine ben” i forhold til at styrke det lokale samarbejde mellem kommune og praktiserende læger i kommunen. En særlig problemstilling i denne sammenhæng er, at to mindre kommuner i regionen endnu ikke har et Kommunalt Lægeligt Udvalg (pga. lægemangel), hvilket besværliggør implementeringen. Der er dog etableret dialogforum i de to kommuner, der drøfter indsatsen.

Det har været vurderingen, at de nødvendige kompetencer har været til stede i erfagrupperne. Hvorvidt de nødvendige kompetencer har været til stede i de Kommunale Lægelige Udvalg er ikke vurderet.

6.

OM FORMÅL, SUCCESKRITERIER OG FORVENTEDE RESULTATER ER OPFYLDT:

Alle kommuner har ved udgangen af 2014 etableret en udgående funktion, hvor en sygeplejerske kan tilkaldes og tilse borgeren indenfor højst en time – hvis der er behov for dette – døgnet rundt året rundt. Med den undtagelse at de tre ikke oprindeligt projektdeltagende kommuner ikke er forpligtet til døgndekningen.

Alle kommuner har ved udgangen af 2014 etableret de subakutte/akutte tilbud, der modsvarer det behov som de praktiserende læger efterspørger og vurderer er tilstrækkeligt eller bedre end at indlægge borgeren. Med den undtagelse, at etablering og kvalitetssikring af kommunale akutpladser foregår i andet regi.

Formålet om at styrke sammenhængen og koordinationen i den del af patientforløbet, der ligger før en eventuel akut indlæggelse (herunder genindlæggelse) vurderes således, at være indfriet. Denne vurdering bygger tillige på resultaterne fra de netop afholdte audits, hvor de praktiserende læger, der benytter sig af tilbuddet, er meget tilfredse med både responstid og den sygeplejefaglige vurdering af patienterne.

Den væsentligste årsag til at projektet har opfyldt formålet om at styrke sammenhæng og koordination (selvom der fortsat er et stort implementeringspotentiale) har været, at projektet har taget udgangspunkt i udviklingen af det faglige miljø og samarbejds miljø for de ”frontmedarbejdere”, der står foran borgerne/patienterne og pårørende. Projektet har med andre ord givet rigtig god mening for både de praktiserende læger (herunder vagtlæger) og kommunale sundhedsprofessionelle.

Det tværsektorielle organisatoriske setup har derudover understøttet implementeringen ligesom dedikerede deltagere i erfagruppen for initiativet har gjort en forskel.

Den fortsat manglende udbredelse af anvendelsen af tilbuddet kan primært tilskrives at tilbuddet fortsat er meget nyt. Det forventes, at anvendelsen til stige igennem 2015 i takt med at de praktiserende læger kommer til at tale med hinanden om deres gode erfaringer med tilbuddet og selv prøver at benytte sig af tilbuddet. Det er vigtigt, at bevare erfagruppen for at understøtte denne udvikling.

7.

OM PROJEKTET OPNÅEDE UVENTEDE RESULTATER – SÅVEL POSITIVE SOM NEGATIVE – I FORHOLD TIL DE ÆLDRE MEDICINSKE PATIENTER OG/ELLER DET TVÆRSEKTORIELLE SAMARBEJDE

Det var uventet at etableringen af tilbuddet smittede af på sygehusenes selvforståelse i forhold til behandling og pleje af den ældre medicinske patient. Forslaget om, at sygehusets visitatorer skal have et kendskab til de kommunale akutte og subakutte tilbud var således uventet. Forståelsen

for, at praktiserende læger/vagtlæger skal have adgang hurtige diagnostiske undersøgelser OG svar er derudover steget i perioden, så det er indskrevet i ”Plan for sygehuse og speciallægepraksis”.

8.

OM BORGERE/PÅRØRENDE (INDIVIDUELT ELLER PÅ ORGANISATORISK NIVEAU) HAR VÆRET INVOLVERET I UDVIKLINGEN ELLER EVALUERINGEN AF PROJEKTET

Borgere og pårørende har endnu ikke været med i udviklingen af tilbuddene i de enkelte kommuner, men implementeringsprojektet er sat på dagsordenen i kommunernes ældre-råd eller seniorråd – netop med henblik på deres evaluering og deres ideer til udvikling af tilbuddet. Der vil blive fulgt op på denne evaluering i de enkelte kommuner og via erfa-gruppen for at koordinere udviklingen af et fortsat ensartet tilbud.

Et af seniorrådene har nået at drøfte tilbuddet inden deadline for denne afrapportering og har haft følgende kommentar:

Derudover arbejdes der på, at finde en supplerende meningsfuld måde, at involvere patienter/borgere og pårørende i kvalitetsudviklingen af tilbuddet. Dette vil være et udviklingsområde i løbet af 2015.

”Det er et rigtigt godt tiltag, borgeren der har behov for hjælp og får det, og undgår indlæggelser, når det ikke er nødvendigt.

Borgeren slipper for at ligge på sygehuset når det ikke er nødvendigt, når de sagtens kan behandles i eget hjem, og så får de tryghed. Borgere der er utrygge, skal ikke vente på at vagtlægen når dem, men får hurtigere hjælp og især støtte, hvis borgeren er utryg, det giver borgeren ro.

Der bliver da også bedre resurseanvendelse både for læger og sygehus, og det er vel også bedre for kommunens økonomi – så godt for alle. Alt i alt godt for os.”

9.

DOKUMENTER OG VURDÉR PROJEKTETS RESULTATER HERUNDER:

Resultaternes eventuelle betydning for andre aktører internt i og på tværs af sektorerne

Etableringen af det subakutte tilbud i kommunerne har – som tidligere beskrevet – haft en betydning på ”sygehusenes selvforståelse” i forhold til behandling og pleje af den ældre medicinske patient. Forslaget om, at sygehusets visitatorer skal have et kendskab til de kommunale akutte og subakutte tilbud kommer til at styrke sygehusenes egenopfattelse – så det akutte regionale tilbud skal ses i sammenhæng med det akutte kommunale tilbud. Derfor også forståelsen for, at praktiserende læger/vagtlæger skal have adgang hurtige diagnostiske undersøgelser OG svar (indskrevet i ”Plan for sygehuse og speciallægepraksis”).

Effekt i forhold til indlæggelser og genindlæggelser

Det er endnu for tidligt at konkludere i hvilket omfang det nye initiativ forebygger akutte indlæggelser. Det er dog den klare vurdering, at tilbuddet forebygger indlæggelser, fordi det giver praktiserende læger og vagtlæger et bedre beslutningsgrundlag inden en eventuel beslutning om en akut indlæggelse. På sigt vil effekten blive fulgt via statistik for antal akutte somatiske indlæggelser pr. 1.000 borgere over 65 år i kommunen. Dette tal vil dog være svært at konkludere entydigt på pga. mange konkurrerende indsatser på området. Det overvejes derfor i forbindelse med næstkommende kvalitative audit i de 11 kommuner, at undersøge effekten i forbindelse. I denne henseende skal man huske på, at det udførende personale (læger og sygeplejersker) ikke motiveres af om det forebygger indlæggelser, men af om det subakutte tilbud er bedre for borgeren end en akut indlæggelse – dvs. fagligheden i tilbuddet og at samarbejdet mellem sygeplejersker og praktiserende læger/vagtlæger styrkes.

10.

OM PROJEKTETS RESULTATER VURDERES AT KUNNE OVERFØRES TIL ØVRIGE AF LANDETS REGIONER OG KOMMUNER

Konceptet gælder formentlig allerede i en del af landets øvrige kommuner for det giver god mening. Hvorvidt det kan overføres til de kommuner, der ikke allerede har gennemført konceptet afhænger en mulig overførsel af hvorvidt det giver mening i den enkelte kommune at implementere noget tilsvarende.

Det er dog umiddelbart svært, at se hvorfor det ikke skulle give mening i landets øvrige kommuner, at gennemføre konceptet og dermed sikre:

- En ensartet systematisk opsporingsindsats inkl. rette kompetenceudvikling til det relevante personale i kommunerne.
- Et ensartet tilbud om en kommunal udgående funktion, hvor en sygeplejerske kan tilkaldes og tilse borgeren indenfor højst 1 time – døgnet rundt året rundt. En sygeplejerske, der skal beherske kompetencer i akutte patientproblemstillinger.
- En systematisk opfølgning på kvalitetsudviklingen af tilbuddet via årlige tværsektorielle audits i hver kommune – koordineret via en tværsektoriel erfagruppe - med overordnet ledelsesfokus – via årlige statusopgørelser til Den Administrative Styregruppe.

Det skal bemærkes, at indførelsen af audits havde en vis modstand fra enkelte kommuner til at begynde med. Modstanden skyldtes, at auditbegrebet var fremmed for nogle og arbejdet med at gennemføre audits var en ekstraopgave i en forvejen travl hverdag. I dag er det overordnede indtryk, at auditmetoden giver rigtig god mening i de enkelte kommuner, hvorfor det – med visse tilpasninger – giver rigtig god mening at fortsætte med at gennemføre audits som et redskab til kvalitetssikring og kvalitetsudvikling. I stedet for at alle kommuner gennemførte deres første audits samtidigt, blev det valgt at gennemføre en pilotaudit i få kommuner med få cases. Dette gav god læring og tilpasninger i auditdesignet - inden den første reelle audit i efteråret 2014.

11.

HVORDAN PROJEKTETS RESULTATER VIDEREFØRES

Det er afgørende for projektets fortsatte implementering og udvikling, at opfølgningen fortsat understøttes lokalt i alle kommuner og i fælles regi i form af en videreførsel af en erfagruppe.

Derudover er det vigtigt, at der bevares et stærkt ledelsesfokus på projektet via bl.a. en årlig opfølgning på fremdriften i Den Administrative Styregruppe. Dette fokus er sikret via

Sundhedsaftalen om forløbskoordinering, hvori det fremgår at Den Administrative Styregruppe skal have en årlig status for projektet.

Det skal yderligere bemærkes, at det er besluttet at udvide målgruppen for den udgående funktion til alle voksne borgere og sammentænke genoptrænings- og rehabiliteringsområdet i projektet. Dermed tyder det på, at projekt ikke blot bliver videreført med også videreudviklet i alle 11 kommuner.

12.

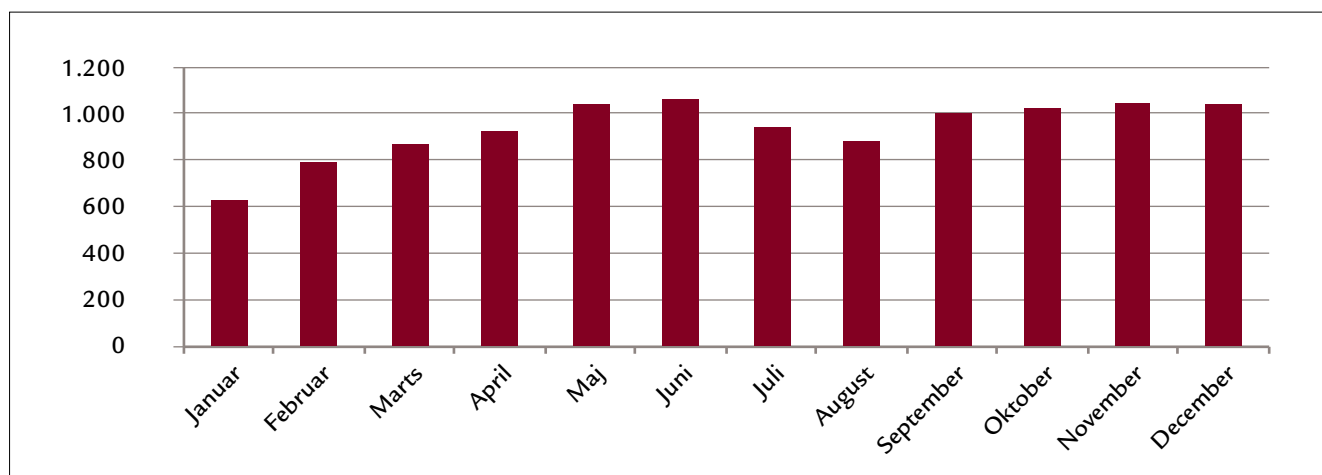
DESKRIPTIV STATISTIK FOR PROJEKTET

I nedenstående afsnit gives en statistisk beskrivelse med udgangspunkt i forhold til procesindikatorer, der er oplyst i puljeopslaget.

Det skal generelt bemærkes, at der endnu ikke er opnået en ensartet registrering af ydelserne. Derfor er det ikke muligt at sammenligne tallene mellem kommuner. Nedenstående statistiske beskrivelse skal derfor udelukkende ses om en overordnet statistisk beskrivelse af projektet.

Derudover skal det bemærkes, at én kommune desværre ikke har kunnet indberette tal til brug for nedenstående deskriptive statistik. Derfor vil det statistiske materiale kun dække 10 ud af 11 kommuner. Alle 8 oprindelige projektdeltagende kommuner har leveret talmateriale til brug for afsnittet.

Til brug for den videre opfølgning på implementeringsprojektet skal det drøftes i erfagruppen, hvilke parametre det fremadrettet giver mening at registrere på.

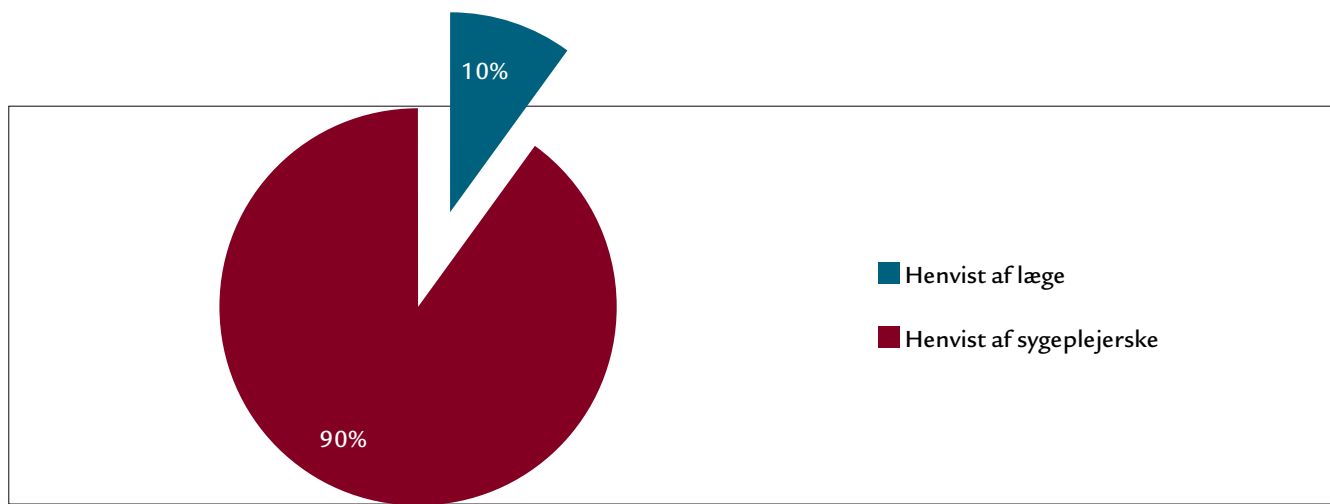


Figur 3 Antal akutte sygeplejerskebesøg i 2014 fordelt på måneder

I figur 3 fremgår det, at der er sket en stigning i antallet af akutte besøg fra en sygeplejerske fra ca. 600 besøg i januar til ca. 1.000 besøg i december. Et akut besøg defineres som en afvigelse fra den planlagte køreliste.

Det skal bemærkes, at der altid har eksisteret akutte hjemmebesøg, hvorfor tallene initialt ligger højere end 0. Derud-

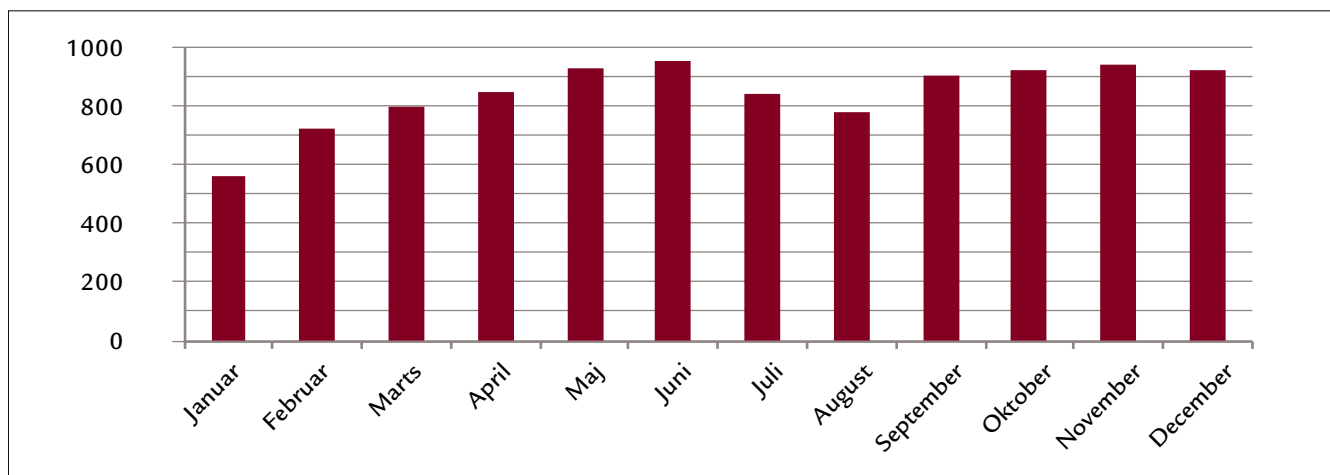
over skal det bemærkes, at implementeringshorisonten har været forskellig fra kommune til kommune. Første kommune implementerede den udgående funktion i foråret 2013 og sidste kommune implementerede tilbuddet i november 2014.



Figur 4 Hvem henviser til akutte besøg

Figur 4 viser at det primært er den kommunale sygeplejerske, der selv henviser til tilbuddet. Det skal bemærkes, at der heri ligger kontakter fra andet personale i kommunerne (jf.

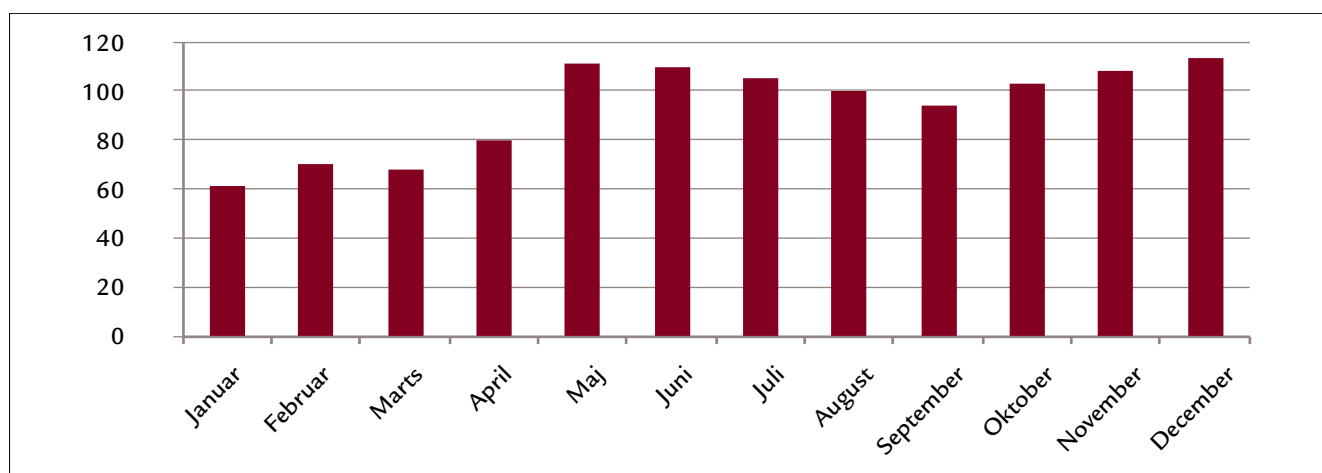
opjusteringen af den tidligere opsporingsindsats) og kontakter fra patienter eller pårørende selv, der har kontaktet den kommunale sygepleje.



Figur 5 Udviklingen i antal henviste fra sygeplejen

Figur 5 viser at der er sket en stigning i antallet af sygeplejevisiterede akutte besøg fra ca. 550 besøg i januar 2014 til ca. 900 besøg i december 2014. Dette kan tyde på, at styrkelsen af den tidligere opsporingsindsats fra kommunernes plejepersonale betyder, at det kommunale plejepersonale - i hø-

jere grad end tidligere - inddrager sygeplejen i stedet for at ringe til lægen. Registreringen er dog ikke foretages på, om det er kommunalt plejepersonale eller patient/pårørende, der har taget den initiale kontakt til sygeplejen. Derfor kan det ikke endegyldigt konkluderes.

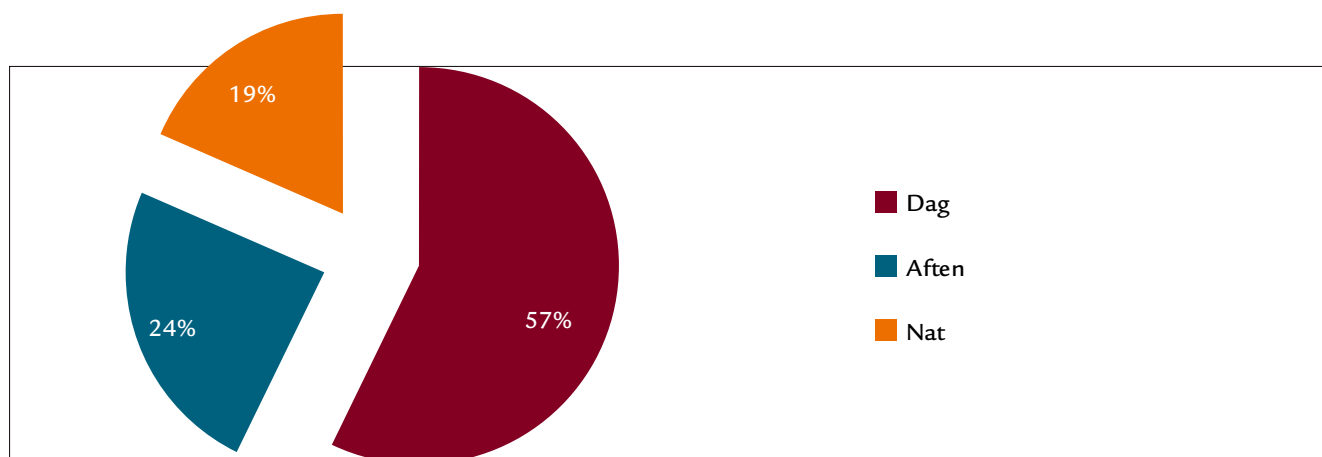


Figur 6 Udviklingen i antal henviste fra lægen

Figur 6 viser, at antallet af henviste fra lægen er steget fra ca. 60 besøg i januar til ca. 110 besøg i december 2014. Selvom der ikke findes nogen "Golden Standard" for hvor højt tallet bør være er vurderingen, at der er et betydeligt forbedringspotential, idet tilbuddet er forholdsvist nyt. Der er desuden en generel tendens i baggrundsmaterialet til, at jo længere tid tilbuddet har været oprettet, jo flere besøg er henvist fra lægen. Den kommune, der først implementerede tilbuddet

har således 35 lægehenviste akutbesøg i december, mens den kommune, der senest indførte ordningen har 5 lægehenviste akutbesøg i december – ud af de ca. 110 akutte besøg.

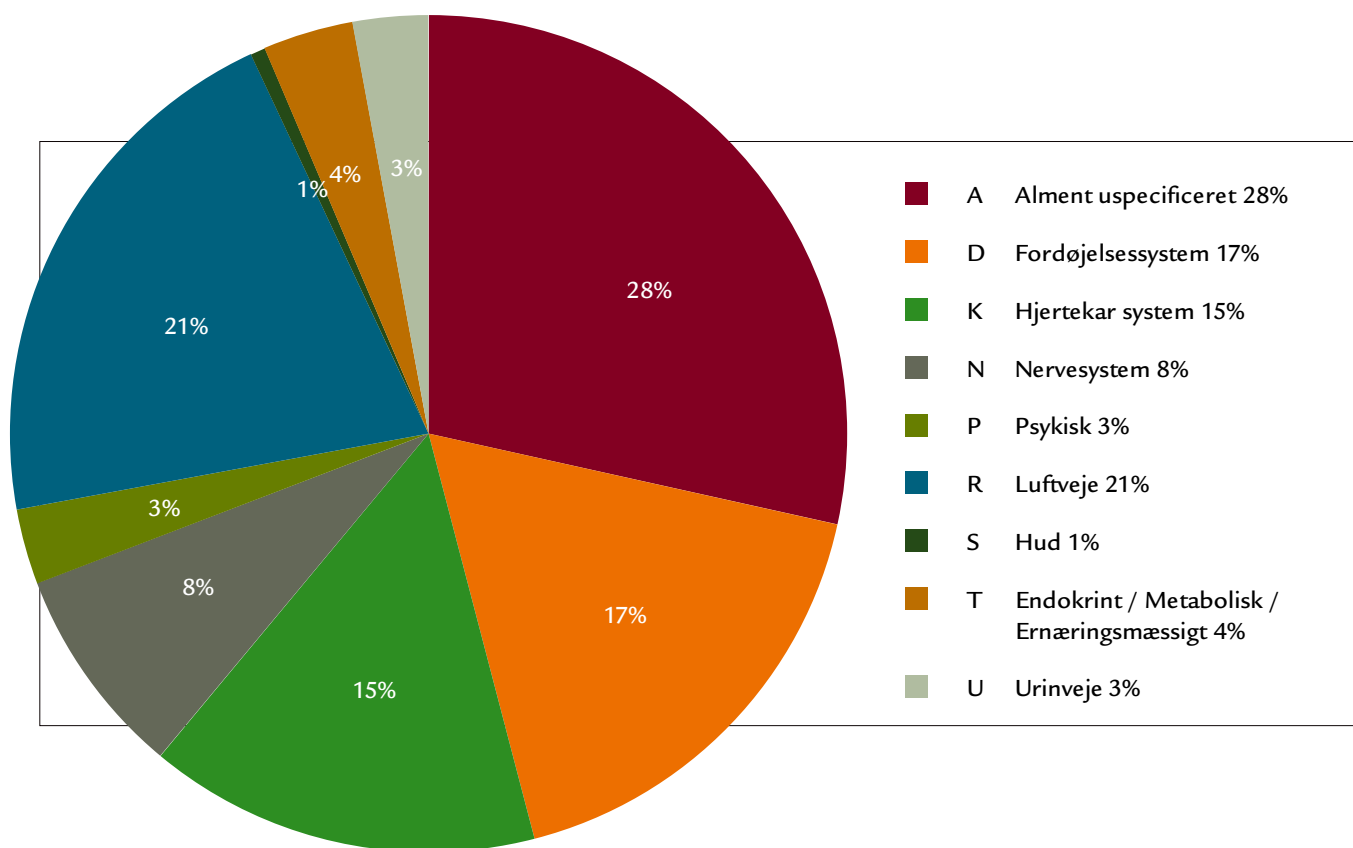
Hvis alle kommuner havde det samme antal lægehenviste akutbesøg pr. 1.000 indbyggere, som den kommune, der har haft tilbuddet i længst tid ville tallet for december skulle være ca. 485 lægehenviste akutte besøg.



Figur 7 Tidspunkt for første akutte besøg

Figur 7 viser at det typisk er over halvdelen af alle akutte besøg aflægges i dagtid, mens resten af besøgene er fordelt mellem aften og nat. Det er bemærkelsesværdigt, at tilbud-

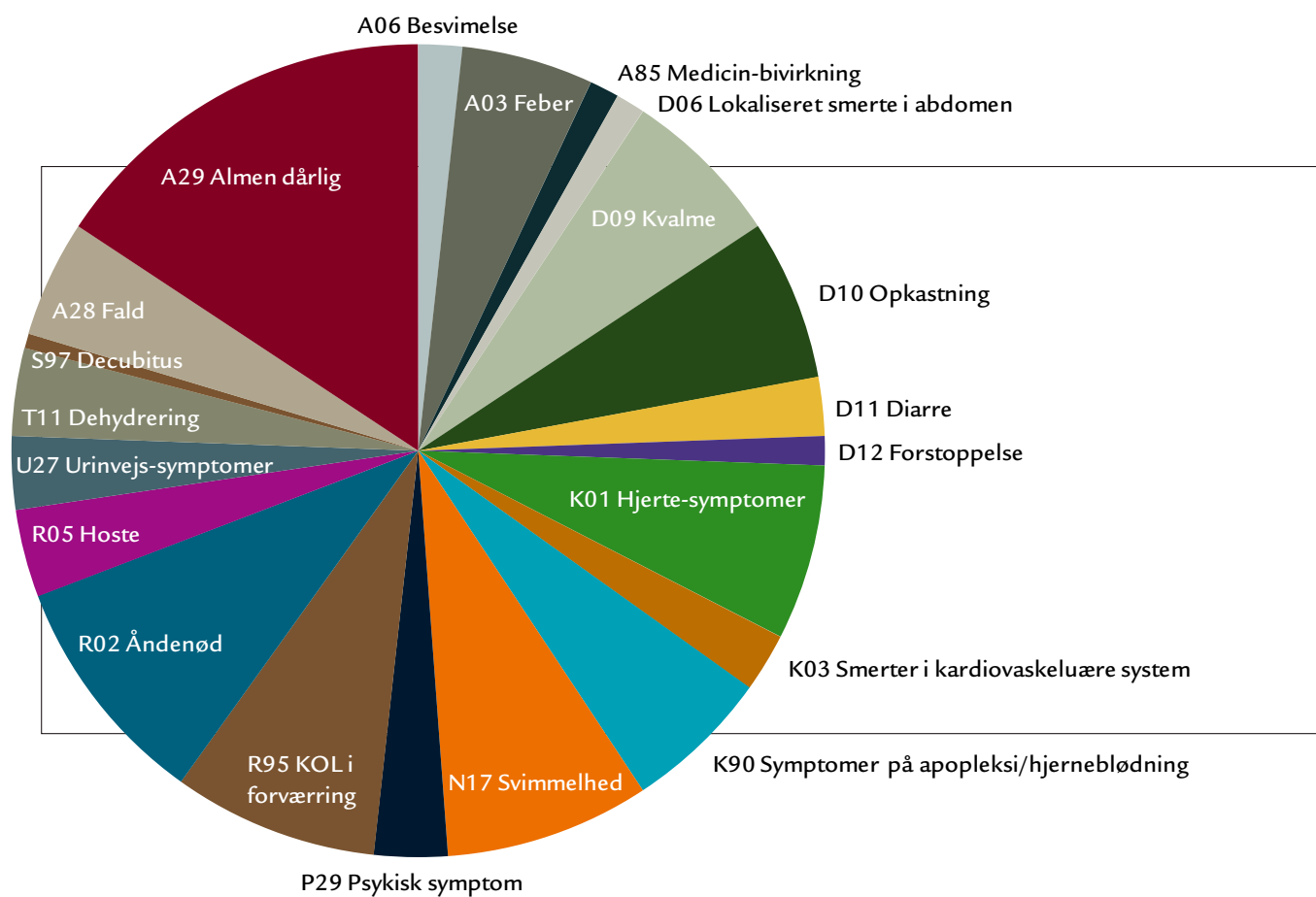
det om en akut sygeplejefaglig vurdering af borgerne efterspørges både i dag, aften og nat og tilnærmelsesvist lige- ligt i aften- og natid.



Figur 8 Årsager til akut sygeplejebesøg – ICPC grupperet, Jammerbugt Kommune

Figur 8 viser årsagerne til henvisningen til et akut besøg af en sygeplejerske ud fra en overordnet ICPC gruppering. Tabellen bygger på Kammerbugt Kommunes ICPC kodning af 105 akutte besøg i perioden fra 1. oktober – 31. december 2014. Der har været 202 registreringer af henvisningsårsager, heraf

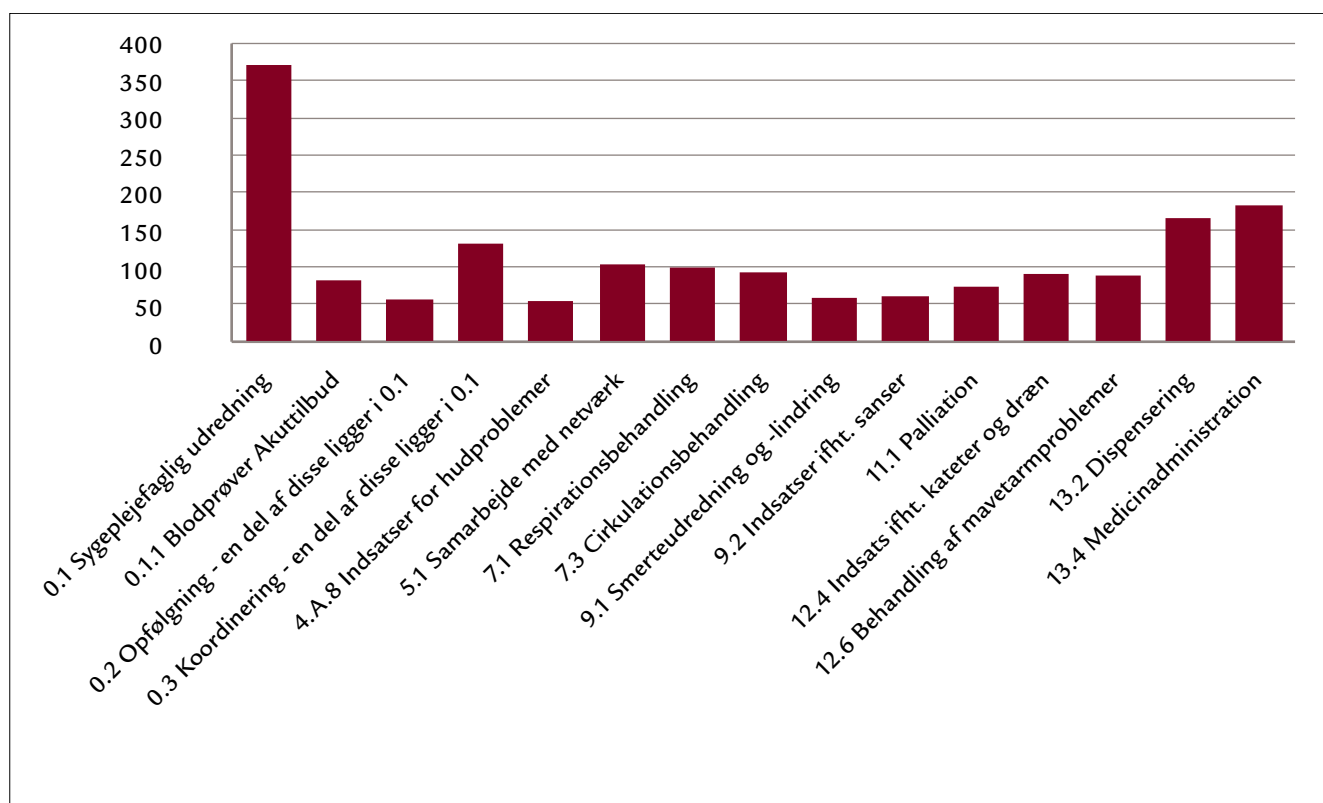
har det ikke været muligt at ICPC kode 30 henvisningsårsager, hvorfor disse ikke er inkluderet i figurerne. De fire store grupper er alment uspecificeret (28 %), luftveje (21 %), fordøjelsessystem (17 %) og hjertekarsystem (15 %).



Figur 9 Årsager til henvisning til akut besøg fra sygeplejerske – undergrupperet i ICPC koder, Jammerbugt Kommune

I figur 9 er henvisningsårsager udspecificeret på ICPC koder. Af tabellen fremgår det, at der er en jævn spredning mellem henvisningsårsagerne, hvor almen dårlig tilstand udgør den

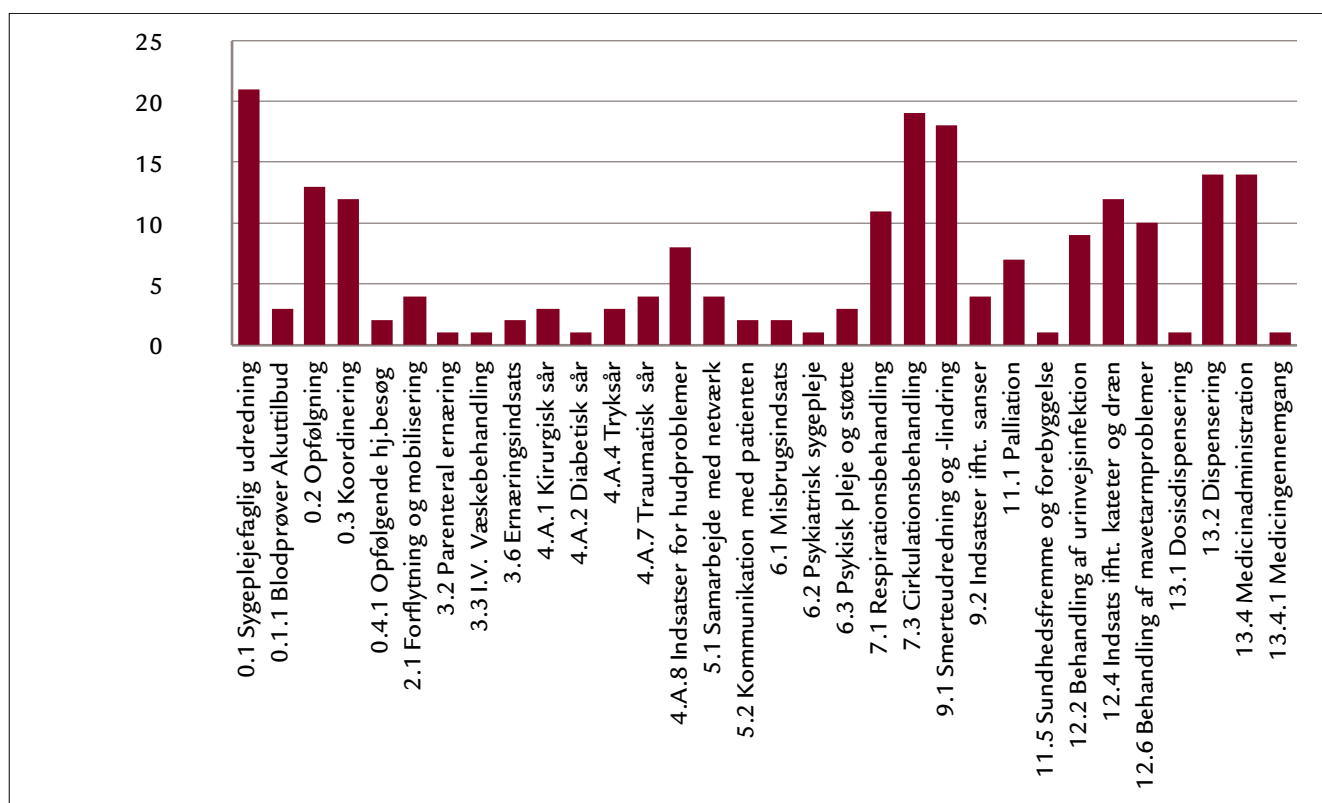
største årsag til henvisning til en akut sygeplejefaglig vurdering.



Figur 10 Ydelser ved akutte besøg i 2014 - Mariagerfjord Kommune

I figur 10 ses de ydelser, der er blevet leveret i forbindelse med de akutte besøg baseret på hele 2014 i Mariagerfjord Kommune. Det fremgår, at den sygeplejefaglige udredning

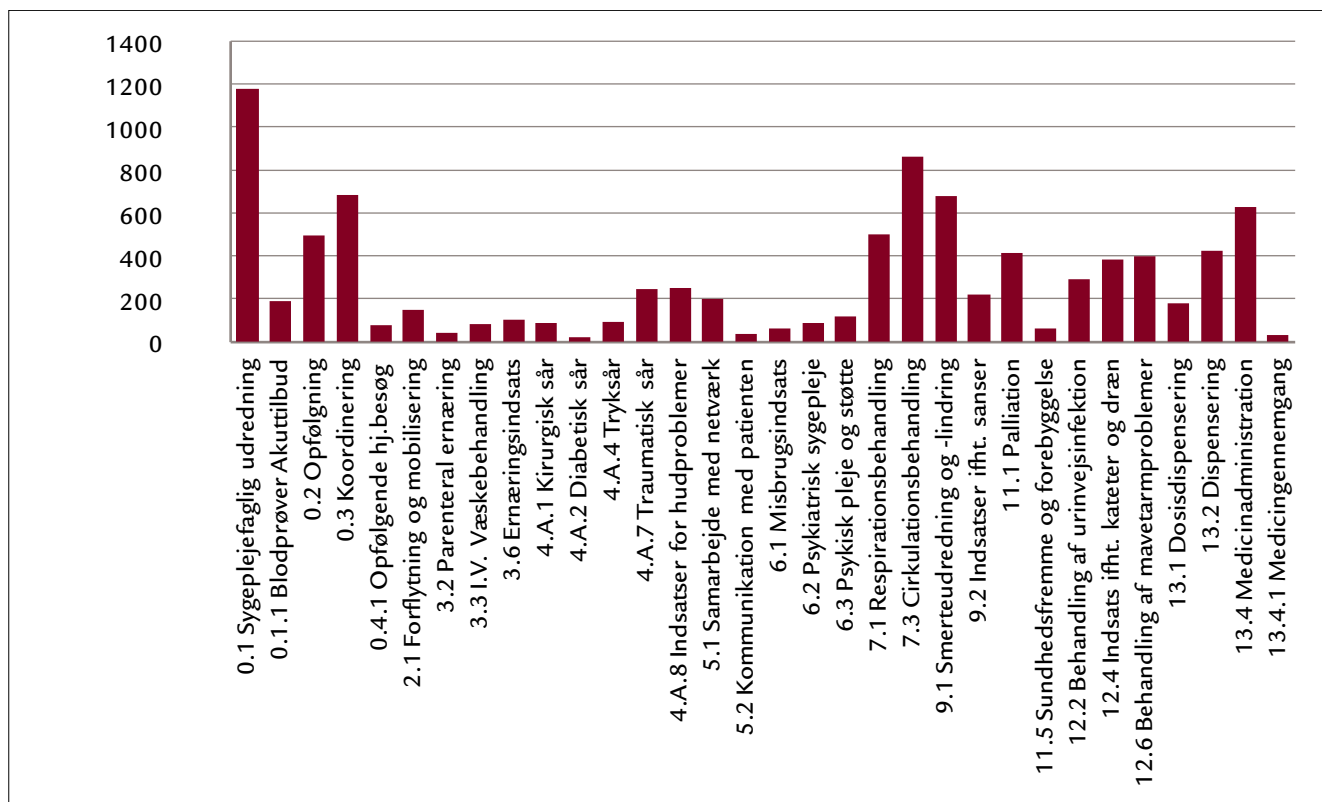
er den ydelse, der er klart hyppigst forekommende. Medicinadministration, dispensering og koordinering er herefter ydelser, der forekommer hyppigst.



Figur 11 Ydelser ved akutte besøg i 2. halvår 2014 – Aalborg Kommune

I figur 11 ses de ydelser, der er blevet leveret i forbindelse med de akutte besøg baseret på 2. halvår 2014 i Aalborg Kommune. Den hyppigst forekommende ydelse er fortsat den sygeplejefaglige udredning. Herefter kommer cirkulationsbehandling og smerteudredning og -lindring. Først

herefter kommer medicinadministration og dispensering. Hvorvidt forskellene i ydelserne er reelle eller bunder i registreringsmæssige forskelle er endnu uklart, men vil blive drøftet efterfølgende i erfagruppen.



Figur 12 Anvendte minutter ved ydelser ved akutte besøg i Aalborg Kommune i 2. halvår 2014

I figur 12 ses ressourcetrækket i form af anvendte minutter til de forskellige ydelser i Aalborg Kommune i 2. halvår 2014. Den sygeplejefaglige udredning fylder fortsat mest, herefter kommer cirkulationsbehandlingen. Dernæst fylder

koordinering og smerteudredning og -lindring det samme. Medicinadministration er den ydelse, der anvendes 5. mest tid på.

BILAG 1: ERFAGRUPPEN

Ved udgangen af projektperioden sidder følgende personer i erfagruppen for subakutte og akutte tilbud:

Kommune	Navn
Hjørring Kommune	Jette Pedersen
Frederikshavn Kommune	Tanja Nørgård
Læsø Kommune	Dorte Hammerich
Brønderslev Kommune	Anne-Cathrine Kvist Visborg
Jammerbugt Kommune	Anne Ahrensbach/Birgit Holm
Aalborg Kommune	Marianne Lange
Vesthimmerlands Kommune	Annette Bødkegaard Poulsen
Mariagerfjord Kommune	Susanne E. Rasmussen
Rebild Kommune	Jane Hvas
Thisted Kommune	Lone Schriver
Morsø Kommune	Ellen Margrethe Dybdal

Andre i erfagruppen	
Region Nordjylland	Ole Andersen (tovholder for erfagruppen)
NordKap – Kvalitetsenheden for almen praksis	Jørgen Peter Ærthøj
Aalborg Universitetshospital	Jeanette Rokbøl
Sygehus Vendsyssel	Pia Hæstrup
Sygehus Thy-Mors	Mai-Britt Nielsen

Projekt til styrkelse af samarbejdet vedrørende subakutte/akutte tilbud skal ses i sammenhæng med implementeringen af den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient.

Afrapporteringen er udarbejdet i et samarbejde mellem region og de 11 kommuner i regionen koordineret via den erfagruppe, der er nedsat til at understøtte implementeringen af projektet.

Samarbejde vedrørende subakutte og akutte tilbud

Region Nordjylland
Sundhedsplanlægning, Patientdialog og Kvalitet
Niels Bohrs Vej 30
9220 Aalborg Ø
Telefon 9764 1000
region@rn.dk
www.rn.dk

