



Evaluering af Shared Care Teamet på Regionshospitalet Silkeborg

Henning Voss

Louise Øhlenschlæger Christensen

Dansk Sundhedsinstitut

April 2009

Dansk Sundhedsinstitut

Dansk Sundhedsinstitut er en selvejende institution oprettet af staten, Danske Regioner og KL.

Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler det danske sundhedsvæsen. Til opfyldelse af formålet skal instituttet gennemføre forskning og analyser om sundhedsvæsenets kvalitet, økonomi, organisering og udvikling, indsamle, bearbejde og formidle viden herom samt rådgive og yde praktisk bistand til sundhedsvæsenet.

Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2009

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

Dansk Sundhedsinstitut

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk

E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN: 978-87-7488-614-3 (elektronisk version)

Design: DSI

Forord

I den danske sundhedssektor er der igangsat mange forløbskoordinerende tiltag, der sigter på at opnå bedre og mere sammenhængende patientforløb for især ældre svækkede patienter. Et centralt element i de fleste tiltag er at styrke samarbejdet mellem hospitalet, kommunens ældrepleje og patientens praktiserende læge. Shared Care Teamet på Regionshospitalet Silkeborg er et eksempel på et forløbskoordinerende tiltag, der sigter mod bedre og mere sammenhængende patientforløb. I denne publikation evalueres Shared Care Teamet, idet der peges på teamets styrker, svagheder og udviklingsmuligheder, og der gives input til andre sygehuse og kommuner, som ønsker at igangsætte et samarbejde om forløbskoordinering.

Denne publikation er skrevet af Dansk Sundhedsinstitut (DSI) for Region Midtjylland, Silkeborg Kommune, Skanderborg Kommune og Favrskov Kommune. Rapportens to forfattere er projektleder, cand.scient.pol. Henning Voss og forskningsassistent, stud.scient.pol. Louise Øhlenschläger Christensen. Publikationen har gennemgået internt review ved forskningsleder, professor, cand.oecon., ph.d. Dorte Gyrd-Hansen.

Vi vil gerne rette en stor tak til de medarbejdere, patienter og pårørende, der har deltaget som informanter i evalueringen. Derudover en stor tak til de samarbejdspartnere, som har bidraget med data og kommentarer.

Jes Søgaard
Direktør
Dansk Sundhedsinstitut

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Resumé	7
Indledning	7
Metode	7
Beskrivelse af Shared Care Teamet	7
Patienter, pårørende og samarbejdspartners syn på Shared Care Teamet	8
Styrker, svagheder og udviklingsmuligheder for Shared Care Teamet	9
Konklusion og perspektivering	14
1. Indledning	17
2. Metode og datakilder	19
3. Beskrivelse af Shared Care Teamet	23
3.1 Introduktion til Shared Care Teamet	23
3.2 Hvordan arbejder Shared Care Teamet?	24
3.3 Implementering af Shared Care Teamet	43
4. Patienters, pårørendes og samarbejdspartners syn på Shared Care Teamet	51
4.1 Patienter og pårørende	51
4.2 Afdelingerne på Regionshospitalet Silkeborg	52
4.3 Kommunale samarbejdspartnere	55
4.4 Almen praksis	60
4.5 Opsummering	63
5. Styrker, svagheder og udviklingsmuligheder for Shared Care Teamet	65
5.1 Shared Care Teamets styrker	65
5.2 Shared Care Teamets svagheder og udviklingsmuligheder	75
5.3 Oversigt over evalueringens anbefalinger	94
6. Konklusion og perspektivering	97
6.1 Styrker, svagheder og udviklingsmuligheder	97
6.2 Hvad kan andre lære af Shared Care Teamet?	100
6.3 Særsilt betaling for Shared Care Teamet?	100
Litteratur	105
Bilag A: Detaljerede aktivitetsdata	107
Bilag B: Samarbejdsaftale mellem RSI og Silkeborg Kommune	109
Bilag C: Shared Care Teamets journalark	111

Resumé

Indledning

Denne procesevaluering af Shared Care Teamet (SCT) på Regionshospitalet Silkeborg (RSI) skal afdekke styrker og svagheder ved SCT og pege på udviklingsmuligheder. Samtidig kan evalueringen fungere som input for andre, der ønsker at igangsætte et samarbejde om forløbskoordinering. Procesevalueringens formål er altså at pege på, hvordan SCT kan udvikle sig til at blive bedre, snarere end at undersøge hvilken effekt SCT har.

Driftsudgifterne til SCT deles mellem RSI og de tre kommuner i hospitalets optageområde (Silkeborg, Skanderborg og Favrskov). Fra kommunal side ønskes en drøftelse af, hvorvidt kommunerne, i lyset af den generelle medfinansiering af sygehusindlæggelser, også fremover bør betale særskilt for SCT. Ambitionen med evalueringen er således at give et bedre grundlag for drøftelsen af dette spørgsmål.

Metode

Et centralt datagrundlag for evalueringen er et fem dages observationsstudie. Under observationsstudiet fulgte DSI teamets arbejde, og desuden blev der foretaget 15 interviews med forskellige samarbejdspartnere. Endvidere er der gennemført i alt seks forskellige fokusgruppesamtaler med SCT og dets samarbejdspartnere samt otte individuelle interviews med patienter og pårørende. Endeligt bygger evalueringen på kvantitative data vedrørende teamets aktiviteter i 2007.

Beskrivelse af Shared Care Teamet

SCT blev i maj 2004 etableret på baggrund af en aftale mellem Regionshospitalet Silkeborg (RSI) og Silkeborg Kommune. Sidenhen kom også Skanderborg og Favrskov kommuner med i ordningen. SCT har overordnet til formål at forbedre patientforløbet mellem sygehus og primærsektor samt at undgå/afkorte indlæggelser. SCT kan karakteriseres som en forløbskoordinerende funktion, som arbejder med patienter, der krydser grænsen mellem sekundær og primær sektor. SCT er således, i modsætning til andre typer af forløbskoordinering, entydigt patientrettet og arbejder med at undgå eller forbedre sektorovergange for konkrete patienter. Det afgøres af en konkret behovsvurdering, om en patient falder indenfor SCT's målgruppe, men typisk er det ældre medicinske og kirurgiske patienter.

Teamet består pr. 1. februar 2009 af en speciallæge, to sygeplejersker og en fysioterapeut, som arbejder alle hverdage i dagtimerne, dvs. normalt mellem 07.30 og 15.30. De årlige omkostninger til driften af SCT er 1,85 mio. kr. RSI finansierer 1,1 mio. kr., mens Silkeborg, Favrskov og Skanderborg kommuner i alt bidrager med 750.000 kr. årligt til teamets drift. Den kommunale andel af udgiften fordeles mellem de tre kommuner efter deres respektive forbrug på henholdsvis de medicinske og kirurgiske afdelinger.

Teamets arbejdsopgaver kan med fordel rubriceres i tre hovedtyper:

1. Forebygge indlæggelser
2. Afkorte indlæggelser
3. Forestå komplicerede udskrivelser.

Forebygge indlæggelser

Den første af hovedopgaverne indebærer, at primær sektor kan kontakte SCT med henblik på at etablere en indsats, der forebygger en senere indlæggelse. SCT's rolle kan være vejledende, eller SCT kan gennemføre eller koordinere udredning/behandling af patienten – enten ambulant eller i patientens hjem. Primær sektor kontakter imidlertid kun sjældent SCT med henblik på et samarbejde om en forebyggende indsats. Det kan således konkluderes, at SCT og dets samarbejdspartnere i primær sektor ikke i nævneværdig grad er kommet i gang med en af teamets hovedopgaver – at forebygge indlæggelser. Dermed ikke sagt, at SCT ikke forebygger genindlæggelser, for en god indsats på de to andre hovedopgaver (afkorte indlæggelser og forestå komplicerede udskrivelser) må formodes at forebygge genindlæggelse.

Afkorte indlæggelser

Afkortelse af indlæggelser sker ved, at SCT udvælger relevante medicinske patienter, som er blevet indlagt akut på RSI. Dette foregår normalt via Akut Medicinsk Modtageafsnit (AMA), hvorfra patienterne næste hverdag fordeles ud på de medicinske sengeafsnit. Inden denne fordeling udvælger SCT relevante patienter, hvis indlæggelse teamet vil arbejde med at afkorte. Det sundhedsfaglige rationale bag udvælgelsen er, at en afkortet indlæggelse vil være gunstig, da et unødigt langt hospitalsophold kan medføre en forværring i svage ældre medicinske patienters helbredstilstand. Når en patient er udvalgt af SCT, undersøges patienten nærmere, blandt andet for at udelukke at der alligevel er et behandlingsbehov, som fordrer yderligere indlæggelse. Herefter kontaktes pårørende, kommunen og den praktiserende læge for at undersøge, om de er indstillede på og har mulighed for at medvirke til en hurtig hjemsendelse. Herefter beslutter SCT's læge, om patienten kan komme hjem samme dag, hvilket langt fra er tilfældet hver gang. I 2007 lykkedes det i 93 tilfælde at få patienten hjem samme dag, og i disse tilfælde er det SCT, der håndterer selve hjemsendelsen – herunder eventuelle medicinændringer. Nogle gange følger SCT også patienten hjem til bopælen, og derudover har teamet mulighed for at foretage telefonisk opfølgning eller et opfølgende hjemmebesøg efter endt indlæggelse.

Forestå komplicerede udskrivelser

Sidst men ikke mindst forestår SCT komplicerede udskrivelser, hvor personalet på RSI's sengeafsnit kontakter SCT, når de mener, at SCT med fordel kan forestå en kompliceret udskrivelse. Hvis teammedlemmet er enige i, at patienten er i målgruppen, og SCT har kapacitet til det, vil SCT efterfølgende stå for udskrivelsen. Arbejdet indledes med at patienten udredes, herunder afklares det, hvad der skal til for at sikre en god udskrivelse. Her har teamet ikke blot fokus på det kortsigtede – selve udskrivelsen – men også på hvilke foranstaltninger, der kan iværksættes, for at patientens situation også på længere sigt forbliver bæredygtig i den primære sektor. Udredningen foregår normalt i tæt dialog med patient, pårørende, sengeafsnittet og kommunen. Ved behov foretages der i denne forbindelse hjemmebesøg under indlæggelsen, og SCT tager ofte initiativ til udskrivningsmøder. Også ved de komplicerede udskrivelser følger SCT i nogle tilfælde patienten hjem under selve udskrivelsen, og SCT har ligeledes mulighed for at følge op – enten telefonisk eller gennem et opfølgende besøg. I 2007 gennemførte SCT 352 komplicerede udskrivelser.

Patienter, pårørende og samarbejdspartneres syn på Shared Care Teamet

Som nævnt er der gennemført interviews med patienter, pårørende og samarbejdspartnere. Patienter og pårørende er generelt meget tilfredse med teamets indsats - især teamets udgående aktiviteter (følge hjem og hjemmebesøg). Blandt teamets tre samarbejdspartnere er det afdelingerne på RSI, der er mest tilfredse med teamet. De peger specielt på, at teamet evner at kombinere kvalitet og effektiv-

tet. Det vurderes, at de kommunale samarbejdspartnere også overordnet set er tilfredse med SCT, dog ikke helt så tilfredse som afdelingerne på RSI. Særlig sættes der blandt de kommunale samarbejdspartnere pris på samarbejdsklimaet mellem SCT og kommunerne, der er baseret på ærlighed, fleksibilitet og tillid. Almen praksis er samlet set den samarbejdspartner, der er mindst tilfreds med SCT, idet de praktiserende læger, der deltog i fokusgruppeinterviewet, havde meget blandede erfaringer med teamet. De læger, der havde negative erfaringer, rapporterede om mangelfuld kommunikation fra teamets side, som førte til ekstra arbejde og tvivl om ansvarsfordelingen. Det generelle indtryk er, at selv om der er en række udfordringer i forhold til samarbejds- og patientrelationer, så er det de positive holdninger til og erfaringer med SCT der dominerer.

Styrker, svagheder og udviklingsmuligheder for Shared Care Teamet

Shared Care Teamets Styrker

Shared Care Teamet har en række styrker, som vi har valgt at samle i fire styrkeområder:

- ◆ Langsigtet fokus på bæredygtig tilbagevenden til primær sektor
- ◆ Udskrivningsmøder og udgående aktiviteter
- ◆ God dialog med patienter og pårørende
- ◆ Samarbejde gennem tværsektorielt perspektiv, troværdighed og fleksibilitet.

Styrkerne vurderes at være tværgående både i forhold til teamets fire medarbejdere og i forhold til de to hovedopgaver, teamet primært varetager (komplicerede udskrivelser og afkortelse af udvalgte AMA patienters indlæggelse).

Langsigtet fokus på bæredygtig tilbagevenden til primær sektor

Hospitalernes gennemsnitlige liggetider er faldet markant de sidste årtier. I et moderne sygehusvæsen med hurtigere udrednings- og behandlingsforløb er kriterierne for udskrivelse derfor i mindre grad blevet, om patienten er rask, men om patienten er behandlingskrævende på et specialistniveau. Den faldende liggetid er mest markant blandt ældre patienter, og det er nærliggende, at dette medfører øgede udfordringer for primær sektor, som skal modtage patienterne, fordi patienterne måske nok er færdigbehandledede på specialistniveau, men samtidig mere plejekrævende end tidligere. Derudover har mange ældre patienter kroniske lidelser og flere samtidige sygdomme, og den afkortede liggetid medfører, at hospitalet i højere grad end tidligere kun kan sætte fokus ét sted (det patienten blev indlagt for) og derfor må overlade resten til primær sektor. Alt dette stiller krav til det tværsektorielle samarbejde og behov for koordinering.

Formålet med etableringen af SCT var at adressere netop disse stigende udfordringer ved det tværsektorielle samarbejde om sikring af et sammenhængende patientforløb. En af evalueringens konklusioner er, at teamet har bedre forudsætninger for at løse denne udfordring, end afdelingerne har. En markant styrke ved SCT er netop, at teamet har fokus på og tid til at udrede og adressere de øvrige eller bagvedliggende faktorer. Resultatet af hospitalsindlæggelsen bliver således ikke blot en umiddelbar udredning og behandling af den akutte problemstilling, men en mere langsigtet intervention som sigter på en mere bæredygtig situation for patienten. Det er ikke fordi SCT sætter ind med yderligere hospitalsbehandling, men snarere at teamet får aktiveret nogle af de ressourcer og ydelser, som dels patientens pårørende og dels primær sektor råder over. Både observationsstudiet og interviews med patienter, pårørende og samarbejdspartnere dokumenterer, at teamet i høj grad har dette bredere fokus.

En væsentlig forudsætning for, at man kan have et sådant langsigtet fokus er, at der er tid til det. Der skal være tid til at få udredt den flerhed af problemområder, der ofte er hos ældre patienter, til at finde relevante løsninger, til at koordinere implementeringen og til at følge op på denne. Forudsætningerne for, at dette kan lykkes, er, at teamet kan arbejde intensivt og grundigt med disse problemstillinger, og det kan de, fordi teamet ikke samtidig skal sikre pleje og behandling mv. Samtidig er der en kontinuitet i udskrivningen, der vurderes som en væsentlig forudsætning for, at det på kort tid kan lykkes at skabe bæredygtige udskrivningsforløb. Desuden lægger teamet selv loftet for, hvor mange patienter de tager ind ad gangen. Det er således deres egen faglige vurdering at afgøre, hvornår de ikke kan håndtere flere opgaver, før det går ud over kvaliteten i opgavevaretagelsen. En yderligere forudsætning for etableringen af gode bæredygtige løsninger er viden om, hvilke muligheder og rammer primær sektor har for etablering af bæredygtige løsninger. SCT har denne viden, fordi de har et indgående kendskab til primær sektor.

Samlet set gælder det for SCT, at teamet i modsætning til afdelingerne har tid, kontinuerlighed og stor viden om primær sektor. Disse faktorer vurderes som afgørende for, at teamet har bedre forudsætninger for at levere mere bæredygtige udskrivelser end afdelingerne på RSI.

Udskrivningsmøder og udgående aktiviteter

Udskrivningsmøder er et af de midler, som SCT systematisk bruger i deres arbejde med at forestå komplicerede udskrivelser. SCT bruger udskrivningsmøderne til effektivt at sikre, at patienten får præcis de kommunale hjælpeforanstaltninger, der er brug for. De kommunale samarbejdspartnere peger da også på udskrivningsmøder som et af teamets klare styrker. Ikke mindst fordi teamet selv tager initiativ til møderne, altid er velforberedte og er meget aktive under møderne. De patienter og pårørende, vi har interviewet, har generelt også haft gode oplevelser med de udskrivningsmøder, SCT har deltaget i.

Teamets mulighed for at deltage i udgående aktiviteter (følge hjem, hjemmebesøg og telefonisk opfølgning) er et andet sæt virkemidler, SCT gør brug af. Teamets udgående aktiviteter roses af både patienter, pårørende og samarbejdspartnere. Det vurderes at være en styrke ved teamet, at de ved behov har mulighed for at gennemføre disse aktiviteter, der hjælper teamet til at udrede, koordinere, overlevere og følge op. Aktiviteterne er dermed centrale elementer i teamets værktøjskasse, og ikke mindst fordi afdelingerne på RSI ikke har mulighed for at udføre dem, vurderes de som ét af teamets klare styrker.

I 2007 var det dog under 1/3 af SCT's patienter, som fik en udgående aktivitet. Samtidig inddrager de udgående aktiviteter kun sjældent primær sektor. Der peges i evalueringen på en række scenarier for, hvordan det forholdsvis lave antal udgående aktiviteter og den manglende inddragelse af primær sektor kan adresseres. Disse scenarier er beskrevet på side 69 til 73.

God dialog med patienter og pårørende

Det er vores samlede vurdering, at teamets kommunikation med patienter og pårørende er en af teamets styrker. I denne forbindelse adskiller teamet sig fra afdelingerne ved at have tiden til og kontinuiteten i dialogen. Kontinuiteten opnås ved, at teamet følger op på patienten på alle hverdage indtil selve udskrivelsen. Personalet på afdelingerne er derimod ofte i blandede vagter, og derfor må udskrivningsforløbet ofte varetages af flere forskellige medarbejdere. Derudover vurderes teamets medlemmer som dygtige kommunikatorer. Patienters behov for kommunikation er dog forskelligt – nogle har brug for mere dialog end andre. Der er således også plads til forbedring i forhold til så vidt muligt altid at sikre, at patienten og de pårørende rent faktisk føler sig trygge ved hjemsendelsen.

Samarbejde gennem tværsektorielt perspektiv, troværdighed og fleksibilitet

Det er SCT's hovedopgave at sikre et godt samarbejde omkring overgangen fra hospitalssektoren til primær sektor. Idet selve genstandsfeltet for teamets arbejde er samarbejde, så er det afgørende at sikre gode samarbejdsrelationer. Dette er i høj grad lykket, for teamet er generelt vellidt og respekteret blandt dets samarbejdspartnere. Det vurderes, at følgende fem faktorer har haft særlig positiv indvirkning på etableringen af gode samarbejdsrelationer:

- ♦ **Troværdighed:** Teamet er fx meget bevidst om ikke at overdrive, hvor dårlig en patient er, for derved at skyde genvej til en kommunal støtte teamet mener, vedkommende bør tilbydes.
- ♦ **Hensyntagen til samarbejdspartneren:** Teamet er fx opmærksom på at afbestille røntgenundersøgelser, der viser sig at være unødige. Derved opnår teamet, at røntgenafdelingen så måske er lidt mere fleksible overfor SCT ved andre lejligheder.
- ♦ **Tværsektorielt perspektiv:** Teamet har et solidt kendskab til vilkår, muligheder og rammer i begge sektorer. Denne viden ligger som fundament for samarbejdet, dvs. teamet stiller fx ikke krav til primær sektor, som det ved, sektoren ikke har muligheder for at honorere.
- ♦ **Fleksibilitet:** Teamet har selvfølgelig nogle ønsker på patienters vegne, men udviser også fleksibilitet – fx når kommunen lige har brug for en dags indlæggelse mere, før de er klar til at modtage patienten.
- ♦ **Netværk:** Teamet har i sagens natur mange personlige kontakter i primær sektor – ikke mindst i den kommunale visitation, men også blandt kommunale sygeplejersker og blandt lægerne i almen praksis.

De gode samarbejdsrelationer er i sidste ende en fordel for patienterne, fordi de bidrager til, at det lykkes for teamets og dets samarbejdspartnere at finde gode bæredygtige løsninger for patienterne.

Når man sammenfatter SCT's styrker, er konklusionen, at teamet har gode forudsætninger for at medvirke til bæredygtige udskrivningsforløb. Vi ved ikke, hvorvidt de patienter, der er udskrevet af SCT, har færre genindlæggelser, idet en effektmåling ligger uden for rammerne af denne evaluering. Analysen viser dog, at teamet i højere grad end afdelingerne har de rammer og den viden, der skal til for at levere udskrivelser af høj kvalitet. Derudover viser evalueringen, at både patienter, pårørende og samarbejdspartnere overordnet set oplever, at teamet leverer varen. Derudover har to andre studier vist, at udgående aktiviteter som følge hjem¹ og opfølgende hjemmebesøg (Jakobsen, 2007) markant kan nedbringe genindlæggelsesfrekvensen. Derfor er det sandsynligt, at også SCT's følge hjem ordning og opfølgende hjemmebesøg nedbringer genindlæggelsesfrekvensen hos patienter med komplicerede udskrivelser.

Shared Care Teamets svagheder og udviklingsmuligheder

Der er under evalueringen identificeret nogle svagheder ved SCT, herunder de samarbejdsrelationer og arbejdsgange som er blevet opbygget i og omkring teamet. Man kan med fordel samle disse svagheder og udviklingsmuligheder i følgende fem kategorier:

1. Primær sektor bruger kun sjældent SCT til forebyggelse af indlæggelser
2. Mangelfuldt kendskab til og information om SCT
3. Kommunikationsproblemer

¹ På Gentofte Hospital har man gennemført et studie af følge hjem funktionen. Studiet er endnu ikke publiceret, og derfor bygger oplysningerne på samtaler med Finn Rønholdt Hansen, der er ledende overlæge på Gentofte Hospital.

4. Fejl i medicinen ved teamets komplicerede udskrivelser
5. U hensigtsmæssigheder i teamets interne arbejdstilrettelæggelse.

Primær sektor bruger kun sjældent SCT til forebyggelse af indlæggelser

Selvom primær sektor stort set ikke bruger SCT for at forebygge indlæggelser, efterspørger primær sektor faktisk i høj grad alternativer til indlæggelse. Når det i primær sektor konstateres, at helbreds-tilstanden hos en svagelig ældre patient er under forværring, peges der på, at det ofte kunne være hensigtsmæssigt at erstatte en forestående akut og lidt diffus indlæggelse – fx en sen nattetide - med et indlæggelsesforebyggende og struktureret udrednings- og behandlingsforløb. Der efterspørgeres derudover, at sygehuset udviser mere lydhørhed over for de ønsker, almen praksis har på patientens vegne. Én af informanterne udtrykker det på følgende måde:

"Jeg tror, det kunne være godt at have en samarbejdspartner på sygehuset, som har en bedre forståelse for, hvorfor vi nogle gange ønsker os, at de nøjes med at gøre nøjagtig det, vi beder dem om. Lægen i SCT er jo almen mediciner, og mit indtryk af teamet er generelt, at de på mange måder tænker lidt på samme måde som os – det handler ikke om at "finde fem fejl", men om at få løst et konkret problem og så hjem igen." (Praktiserende læge)

Primær sektor efterspørger altså fleksibilitet og nytænkning fra sygehuset i forhold til at bidrage til at undgå akutte indlæggelser. Men SCT oplyser, at primær sektor igennem de sidste fem år har kunnet få præcis de ting, der efterspørgeres. Teamet tilbyder fx forebyggende hjemmebesøg og koordinering af hhv. ambulante kontakter og korte fokuserede indlæggelser. Problemet er imidlertid, at teamet kun i ringe grad har konkretiseret og beskrevet disse muligheder, og derfor kender primær sektor ikke til dem. For at fremme primær sektors brug af SCT til forebyggelse foreslås derfor tre indsatser:

- ♦ **Tværasektoriel udvikling af konkrete forebyggende ydelser:** Det foreslås, at der nedsættes en tværasektoriel udviklingsgruppe, hvis formål er at få primær sektors behov og teamets muligheder til at gå op i en højere enhed, så de forebyggende ydelser, der udvikles, både vil blive efterspurgt og vil kunne leveres af teamet.
- ♦ **Markedsføring af teamets forebyggende ydelser:** Når teamets forebyggende ydelser er udviklet som beskrevet ovenfor, bør de markedsføres. Det foreslås, at de kommunale ledere af hjemmesygeplejen får ansvar for markedsføringen til kommunerne. For hvis man vil have gang i kommunernes brug af SCT's forebyggende ydelser, er det afgørende, at der ledelsesmæssigt i kommunerne tages ansvar for, at medarbejderne vænnes til at tænke i SCT som en løsningsmulighed på udfordringer, man ikke selv kan klare. I forhold til almen praksis foreslås det, at det er de kommunale praksiskonsulenter, der formidler de nyudviklede forebyggende ydelser til kollegerne i almen praksis. Endelig foreslås det, at teamets forebyggende ydelser indgår i relevante nyansatte lægers introduktionsprogram på RSI, for at de derved gøres opmærksom på muligheden for at erstatte en akut indlæggelse med en forebyggende indsats, når fx vagtlægen ringer til dem for at drøfte indlæggelsen.
- ♦ **Mere regelmæssig lægedækning i forbindelse med forebyggelse:** Når fx en praktiserende læge ringer og beder om en forebyggende indsats, så er det ikke hensigtsmæssigt, hvis teamet for tit må afvise vedkommende, for så vil den praktiserende læge hurtigt holde op med at ringe. Når teamets faste læge er fraværende, foreslås det derfor, at teamets øvrige medlemmer kan trække på andre læger til at løse forebyggende opgaver for primær sektor.

Mangelfuldt kendskab til og information om SCT

Som det påpeges tidligere, er en hovedårsag til, at teamets forebyggende aktiviteter kun i begrænset omfang er kommet i gang, at primær sektor i for ringe grad har haft kendskab til, at teamet tilbyder disse aktiviteter. Men også generelt kan det konstateres, at der er et for mangelfuldt kendskab til SCT. Derfor foreslås det, at der også mere generelt sættes ind med fornyet oplysning om SCT. Eksempelvis foreslås det, at der laves en flyer om SCT til patienter og pårørende, som tilsyneladende har det svært med navnet "Shared Care Team".

Kommunikationsproblemer

Selv om det er tydeligt, at teamet gør en masse ud af at kommunikere med patienter, pårørende og samarbejdspartnere, er der alligevel områder, hvor kommunikationen opleves som mangelfuld. Halvdelen af de seks praktiserende læger, der deltog i fokusgruppeinterviewet, har oplevet mangelfuld kommunikation, som har ført til dårlige oplevelser med SCT og til, at der har været tvivl om, hvem der har ansvaret for behandlingen. Samtlige fokusgruppemedlemmer understregede, at denne uklarhed bør undgås, og det vurderes, at det kan ske gennem en mere struktureret informationsudveksling. Det anbefales fx, at RSI sikrer, at epikriserne på SCT's AMA patienter afsendes på selve dagen for udskrivelsen.

Et andet kommunikationsproblem vedrører, at det er vanskeligt for SCT at få fat i hjemmesygeplejersker i Skanderborg og Favrskov kommune. Det vurderes som afgørende for et effektivt samarbejde, at SCT nemt og effektivt kan få fat i de nøglepersoner, der er nødvendige, for at levere den bedst mulige udskrivning/forebyggelse. Det anbefales derfor, at Skanderborg og Favrskov kommuner på linje med Silkeborg Kommune udleverer lister over relevante medarbejders mobilnumre – herunder ikke mindst hjemmesygeplejerskernes mobilnumre.

Informanterne fra afdelingerne på RSI var enige om, at SCT godt kan blive lidt bedre til at dokumentere de foranstaltninger, der er iværksat i forbindelse med de komplicerede udskrivelser. De informationer, der gives om foranstaltningerne, er til tider for summariske til, at sengeafdelingens personale har det fulde kendskab til, hvad der foregår. Dette kendskab er ikke mindst væsentligt i aftenvagten, hvor pårørende ofte spørger ind til, hvad der er gjort i forhold til udskrivelsen. Derfor anbefales det, at SCT er mere udførlige i deres løbende dokumentation i sengeafsnittenes journaler.

Fejl i medicinen ved teamets komplicerede udskrivelser

I forbindelse med udskrivningen af ældre patienter, forekommer det ofte, at der er uoverensstemmelser i den medicin, de får med hjem. Netop derfor er medicinhåndtering ofte et centralt element i interventioner, der skal forbedre udskrivelsen. Ved teamets komplicerede udskrivelser er det imidlertid ikke SCT, men afdelingerne selv der håndterer medicinen. Det anbefales derfor, at SCT enten overtager medicinhåndteringen for disse patienter eller i højere grad gennemfører rutinemæssig kontrol af medicinhåndteringen.

Uhensigtsmæssigheder i teamets interne arbejdstilrettelæggelse

Det vurderes, at teamet gennem en anden arbejdstilrettelæggelse kan blive mere effektivt, dvs. nå flere patienter. Men selvfølgelig er der grænser for øget produktivitet, hvis det ikke skal gå ud over kvaliteten, og derfor vil der også i fremtiden være behov for prioritering og fravalg. Et hovedelement i vores forslag til en mere effektiv arbejdstilrettelæggelse er derfor, at teamet afholder daglige koordineringsmøder. Koordineringsmøderne sigter på at gøre prioriterings- og fravalgsprocessen mere systematisk og velovervejet.

Desuden anbefales der bl.a. AMA uge, dvs. at der indføres rotationer af en uges varighed, så det er den samme sygeplejerske/terapeut, der går på AMA hele ugen for at assistere lægen med at afkorte AMA patienters indlæggelser. Formålet er at skabe en fokusering hos både den sygeplejerske/terapeut, som har AMA uge, og hos de to andre sygeplejersker/terapeuter der ikke har.

Et andet element er fleksibilitet omkring hjemmebesøg, både ved at lægen har mulighed for at deltage via videotelefon, og ved at der, når det er muligt, ikke på forhånd sættes præcis dato på opfølgende hjemmebesøg. Begge ændringer har det formål at give lægen fleksibilitet til at prioritere og omprioritere sin tid i forhold til det konkrete arbejdspress og opgaver. Endeligt foreslås det, at der i højere grad gives mulighed for, at SCT's AMA patienter kan overnatte én nat mere på AMA. Hvis en patient har bedst af at komme hurtigst muligt hjem igen, men det af den ene eller anden årsag ikke kan ske samme dag, så vurderes det som en stor gevinst for patienten, at vedkommende kan få lov at blive på AMA en nat mere i stedet for at blive flyttet op på ét af de medicinske sengeafsnit for en enkelt nat.

Konklusion og perspektivering

Det bliver på grund af ældre patienters markant faldende liggetider en stadig større udfordring at sikre et sammenhængende og bæredygtige patientforløb. På Regionshospitalet Silkeborg har man sammen med de tre kommuner i hospitalets optageområde valgt at løse denne udfordring ved at etablere et særligt team, der kan tage sig af de mest vanskelige patienter. Når man sammenholder styrker og svagheder, ser SCT ud til at være en god løsning på problemet. Teamet har på en række parametre bedre forudsætninger end afdelingerne for at levere en bæredygtig overgang til primær sektor. Dette gælder både i forhold til tid, kontinuitet og kendskab til muligheder og begrænsninger i primær sektor. Endvidere bør de udgående aktiviteter og udskrivningssamtaler fremhæves som teamets centrale styrker. Endeligt er det en afgørende styrke, at teamet har samarbejdsrelationer til primær sektor, som er præget af troværdighed, fleksibilitet og hyppig kontakt. Selvom SCT fortsat står over for nogle udfordringer, så vurderes udfordringerne ikke som uoverkommelige. Derfor har man med teamet tilsyneladende fundet en hensigtsmæssig model for at håndtere de udfordringer, accelereret patientforløb giver for det tværsektorielle samarbejde om svage ældre patienters udskrivelse fra hospitalet. Den samtidige kombination af kvalitet og effektivitet, samt helhedsblikket for patientens forløb gennem både det sekundære og primære sundhedsvæsen, er nogle af teamets største potentielle styrker.

Der arbejdes mange steder på at udvikle og implementere initiativer, der har samme sigte som SCT. Det, der i denne sammenhæng gør teamet interessant, er, at SCT har været i gang i snart fem år. Derfor kan andre, der arbejder med forløbskoordinering og med at forbedre det sammenhængende patientforløb, utvivlsomt lære af SCT's mange gode erfaringer. SCT har dog også haft nogle vanskeligheder under implementeringen. På baggrund af disse vanskeligheder kan der således gives følgende anbefalinger til andre, som skal i gang med udvikling og implementering af lignende interventioner:

- ♦ **Geografiske afgrænsninger bør undgås:** Da SCT blev introduceret, var ordningen afgrænset til borgere fra Silkeborg Kommune, og det viste sig hurtigt at være for kompliceret at administrere. Ud fra et driftsmæssigt perspektiv anbefales det derfor, at lignende ordninger tilbydes til alle relevante patienter i hospitalets optageområde.
- ♦ **Teamet bør have initiativretten:** Når lignende teams udvikles, bør man være opmærksom på, hvem der kan tage initiativet til, at teamet kobles på et patientforløb. Det er særligt vanskeligt at få et team implementeret, hvis teamet er afhængigt af et udefrakommende initiativ – særligt hvis teamet samtidig ikke er specielt synligt for dem, som skal tage initiativet. Både initiativretten og synlighed er med til at forklare, hvorfor to af SCT's hovedopgaver i dag er implementeret, mens den tredje opgave (forebygge indlæggelser) endnu ikke er kommet i gang. Hvis et team ikke har mulighed for at tage initiativ, og heller ikke er synligt blandt dem der har initiativretten, så bør der

- ♦ **Inddrag samarbejdspartnere i udviklingen:** Dette tager selvfølgelig ekstra tid, men det vurderes at kunne modvirke initial modstand og styrke brugen af interventionen.
- ♦ **Regelmæssighed i lægedækning bør sikres:** Hvis interventionen kræver lægelig deltagelse – som det fx ofte vil være tilfældet ved SCT's forebyggende indsatser - så er det vigtigt, at der sikres en regelmæssighed i lægedækningen. Manglende regelmæssighed kan skabe usikkerhed hos samarbejdspartnere omkring hvilke muligheder, interventionen giver, og dermed begrænse samarbejdspartnernes brug af interventionen.

En del af motivationen bag evalueringen har som nævnt været at give parterne bag finansieringen af SCT et grundlag for, at en drøftelse af hvorvidt kommunerne i lyset af den generelle kommunale medfinansiering af sygehusindlæggelser også fremover bør betale særskilt for SCT. Et grundlæggende spørgsmål i denne forbindelse er, om teamet skaber ekstra værdi. Det helt korte svar er, at det ved vi ikke, idet vi i denne evaluering ikke har undersøgt effekten af teamets arbejde. Det lidt længere svar er, at teamet i hvert fald har bedre forudsætninger end sengeafsnittene for at bidrage til sammenhængende patientforløb. Derudover har studier af lignende interventioner vist, at det har betydelig effekt på genindlæggelsesfrekvensen, at patienter følges hjem eller får et opfølgende hjemmebesøg. Derfor må det formodes, at teamet faktisk leverer bedre udskrivelser end afdelingerne og at teamet derfor sandsynligvis leverer en merværdi for kommunerne – i hvert fald på lidt længere sigt. Man kan dog indvende, at det ikke er kommunernes problem, at afdelingerne på RSI ikke kan levere optimale udskrivningsforløb, og når man vælger at etablere et team, der skal kompensere herfor, så er finansieringen af denne kompenserende foranstaltning ikke kommunernes ansvar. Begge synspunkter er valide og er vel i sidste ende et spørgsmål om anskuelse. Sidst i evalueringen (side 100-104) udfoldes denne diskussion yderligere, og det antydes, at SCT, rent økonomisk i hvert fald, er en bedre investering for regionen end for kommunerne.

Formålet med SCT er at bidrage til sammenhængende patientforløb. Denne evaluering har vist, at SCT har en lang række styrker, som tilsammen betyder, at teamet har bedre forudsætninger end afdelingerne på RSI til at sikre et mere sammenhængende patientforløb. Selvom der ligeledes er betydeligt potentiale for, at teamet kan udvikles til at blive endnu bedre, vurderes SCT samlet set at have opfyldt sit formål. Derfor anbefales det, at region og kommuner i fællesskab sikrer, at teamet fortsætter, og at der tages fat på det udviklingspotentiale, der er beskrevet i evalueringen. Ikke mindst bør der gøres en fælles tværsektoriel indsats for at få gang i primær sektors brug af teamet til forebyggende ydelser. Derudover vil det være oplagt, at SCT arbejder for at mindske fejlbehæftet medicin håndtering ved teamets komplicerede udskrivelser, og at RSI gennem en prioritering af teamets epikriser og notater sikrer en effektiv kommunikation med egen læge og hjemmesygeplejen.

1. Indledning

I den danske sundhedssektor har der igennem mange år været et ønske om at opnå bedre og mere sammenhængende patientforløb for især ældre svækkede patienter. Tiltag som udgående geriatrike teams, kommunalt ansatte udskrivningskoordinatorer, "følge-hjem ordninger", opfølgende hjemmebesøg og kommunale care managers er eksempler på nye tanker og initiativer, der sigter mod en forbedret forløbskoordinering. Et centralt element i de fleste tiltag er at styrke samarbejdet mellem hospitalet, kommunens ældrepleje og patientens praktiserende læge.

Der er altså i disse år megen fokus på det sammenhængende patientforløb, hvilket tillige afspejles i de nye sundhedsaftaler mellem regioner og kommuner, hvor indlæggelses- og udskrivningsforløb af svage ældre patienter er et obligatorisk emne. Trods dette fokus er der dog kun ganske lidt nyere forskning på området. To af de væsentligste videnskabelige bidrag i denne sammenhæng er henholdsvis Glostrup og Gentofte projekterne, som begge er kontrollerede randomiserede effektevalueringer. I Glostrup projektet tilbydes ældre medicinske patienter efter udskrivning fra hospitalet et opfølgende hjemmebesøg af patienternes praktiserende læge og den kommunale hjemmesygeplejerske. Projektet viser, at genindlæggelsesfrekvensen kan nedbringes fra 52 % til 40 % over en seks måneders periode efter interventionen (Jakobsen et al. 2007). I Gentofte projektet² følges ældre medicinske patienter hjem i forbindelse med udskrivningen af en hospitalsansat sygeplejerske eller terapeut, og der kan observeres lignende fald i genindlæggelsesfrekvensen som i Glostrup studiet.

Udover studierne fra Glostrup og Gentofte mangler vi fortsat en del viden om, hvordan nye forløbskoordinerende tiltag fungerer i praksis. Hensigten med denne procesevaluering af Shared Care Teamet (SCT) på Regionshospitalet Silkeborg er at bidrage til opbygningen af denne viden. Shared Care Teamet er interessant i denne forbindelse, da det er en ordning, som har været i drift i næsten fem år. Der er derfor med ordningen opbygget en del viden om nye måder at sikre det sammenhængende patientforløb på. Procesevaluering af SCT skal afdække styrker og svagheder ved Shared Care Teamet og give teamet og dets samarbejdspartnere forslag til, hvordan ordningen kan forbedres. Derudover skal evalueringen give input for andre sygehuse, kommuner og alment praktiserende læger i Region Midtjylland, der ønsker at igangsætte et samarbejde om forløbskoordinering.

Der skal som nævnt gennemføres en procesevaluering af SCT – ikke en effektevaluering. Dette skyldes, at det ikke har været metodisk muligt at opstille et brugbart retrospektivt evalueringsdesign til måling af SCT's effekt (Voss 2008b). I stedet for at undersøge, om SCT virker (to prove), er formålet med evalueringen altså snarere at pege på, hvordan SCT kan udvikle sig til at blive bedre (to improve) (Mol 2006).

Shared Care Teamet (SCT) blev etableret i maj 2004 som en aftale mellem Regionshospitalet Silkeborg (RSI) og Silkeborg Kommune. Det overordnede rationale bag etableringen af SCT var at styrke det sammenhængende patientforløb, hvilket ansås som værende en fordel for begge parter. Derfor besluttedes det allerede fra teamets etablering, at udgifterne til teamet skulle deles mellem RSI og Silkeborg Kommune. I dag indgår også Skanderborg Kommune og Favrskov Kommune i finansieringen af SCT.

En del af motivationen bag evalueringen er, at man fra kommunal side ønsker en drøftelse af, hvorvidt kommunerne i lyset af den generelle kommunale medfinansiering af sygehusindlæggelser også frem-

² Studiet er endnu ikke publiceret, og derfor bygger oplysningerne på samtaler med Finn Rønholt Hansen, der er ledende overlæge på Gentofte Hospital. Undersøgelsens samlede resultater forventes publiceret i løbet af 2009.

over bør betale særskilt for SCT. Det er en af ambitionerne for nærværende evaluering, at de kommunale og regionale ejere af SCT får et bedre grundlag for drøftelsen af dette spørgsmål.

Evalueringsrapporten er inddelt i 6 kapitler. I kapitel 2 beskrives den metode, der er anvendt til dataindsamlingen. I kapitel 3 beskrives SCT, og der ses blandt andet på teamets formål, opgaver, produktion og implementering. I kapitel 4 redegøres for patienternes, pårørendes og samarbejdspartnernes syn på SCT. I kapitel 5 gennemføres en analyse af SCT's styrker og svagheder. Evalueringen afsluttes i kapitel 6 med en konklusion og en perspektivering.

2. Metode og datakilder

I evalueringen anvendes følgende datakilder:

1. Dokumenter om SCT
2. Aktivitetsdata vedrørende SCT
3. Observationsstudie
4. Fokusgruppeinterviews med SCT og dets samarbejdspartnere
5. Individuelle interviews med patienter og pårørende
6. Mindre litteraturstudie.

Dokumenter om SCT

Følgende dokumenter om SCT er blevet brugt i evalueringen:

- ♦ Evaluering af følge-hjem funktionerne ved de medicinske visitationsafsnit på centralsygehusene i Silkeborg og Randers samt på Århus Sygehus (Brandt 2007)
- ♦ Notat om Shared Care Teamet på Regionshospitalet Silkeborg
- ♦ Beskrivelse af SCT på www.sundhed.dk³
- ♦ Oprindelig beskrivelse af SCT fra 2003 (jf. bilag B).

Aktivitetsdata vedrørende SCT

Dansk Sundhedsinstitut (DSI) har i samarbejde med SCT's medarbejdere indsamlet data om SCT's aktiviteter i 2007.

Observationsstudie

Evalueringsrapportens forfatter og projektleder, cand.scient.pol. Henning Voss fra DSI har gennemført et observationsstudie af en varighed på i alt fem arbejdsdage. Studiet fandt sted i efteråret 2008: Fra mandag til torsdag i uge 38, samt mandag i uge 39.⁴ Alle SCT medarbejdere var på arbejde i de fem dage, observationen varede, og DSI havde lejlighed til på skift at følge alle fire medarbejdere. Under studiet observerede DSI SCT's væsentligste arbejdsopgaver, herunder flere udskrivningsforløb i Akut Medicinsk Modtage Afsnit (AMA), undersøgelser af og samtaler med patienter, samtaler med pårørende, udskrivningssamtaler, telefonisk koordinering, følge hjem forløb og hjemmebesøg. Den væsentligste mangel ved observationsstudiet vurderes at være, at DSI ikke havde lejlighed til at overvære hjemmebesøg under indlæggelsen, men alene to opfølgende hjemmebesøg. I løbet af de fem dage, observationsstudiet varede, havde DSI tillige lejlighed til at gennemføre kortere interviews med personer, som SCT var i kontakt med i løbet af ugen. Disse interviews opstod i situationen, dvs. de var ikke planlagte og tog udgangspunkt i de konkrete situationer, som DSI havde observeret. DSI tog selv

³ Link per 13. februar 2009:

http://www.sundhed.dk/wps/portal/_s.155/1917?_ARTIKEL_ID_=1043040930131428&_ARTIKELGRUPPE_ID_=1014031204144718.

⁴ Det var planen, at DSI skulle have observeret SCT igennem en hel arbejdsuge, men det blev besluttet i løbet af uge 38 at udskyde observationen om fredagen i uge 38 til mandag i uge 39, idet fredagen så ud til at blive stille, og der om mandagen i uge 39 var planlagt nogle hjemmebesøg.

initiativ til disse interviews, og de blev gennemført, uden at medarbejderne fra SCT deltog. Der blev under observationsstudiet gennemført i alt 15 af den type interviews med følgende deltagere:

- ◆ Syv interviews med sygeplejersker fra de fleste relevante RSI afdelinger⁵
- ◆ Et interview med en reservelæge fra medicinsk afdeling
- ◆ Tre interviews med kommunale visitatorer
- ◆ To interviews med kommunale sygeplejersker, herunder leder fra et plejehjem med aflastningspladser
- ◆ Et interview med en patient
- ◆ Et interview med en pårørende.

Fokusgruppeinterview med SCT og dets samarbejdspartnere

Der er gennemført i alt seks semi-strukturerede fokusgruppeinterviews. Forud for disse fokusgruppeinterviews blev der udarbejdet en interviewguide⁶ for hver af de seks interviews. De enkelte fokusgruppeinterviews varede omtrent to timer,⁷ og deltagerne blev fundet i samarbejde med projektgruppen for evalueringen.⁸ Der blev gennemført følgende interviews:

1. Introduktionsinterview med SCT's medarbejdere: Gennemført med to af fire medarbejdere fra SCT forud for projektinitiering.
2. Fokusgruppeinterview med nogle af SCT's samarbejdspartnere i almen praksis: Gennemført med seks praktiserende læger⁹ fra henholdsvis Silkeborg (5) og Skanderborg (1) kommuner.¹⁰ De praktiserende læger er blevet aflønnet af DSI for deltagelse i interviewet.¹¹
3. Fokusgruppeinterview med repræsentanter fra SCT's samarbejdspartnere i den kommunale ældrepleje: Gennemført med 11 medarbejdere fra henholdsvis Silkeborg (3), Skanderborg (5) og Favrskov (3) kommuner. Der var deltagere fra både visitationsenheder, hjemmeplejen og plejehjem/aflastningspladser.
4. Fokusgruppeinterview med repræsentanter fra SCT's samarbejdspartnere på afdelingerne på Regionshospitalet Silkeborg: Der deltog 11 medarbejdere fra følgende afdelinger: AMA (3), M1 (1), M2 (2), M3 (1), M4 (1), P (1), K2 (1) og K1 (1). Deltagerne var hhv. almindelige og ledende sygeplejersker.
5. Fokusgruppeinterview med SCT's medarbejdere vedrørende implementeringen af SCT: Gennemført med de to medarbejdere fra SCT, som har været i teamet siden etableringen i 2004.

⁵ Der blev gennemført opfølgende interviews med en sygeplejerske fra følgende afdelinger: M1, M2, M3, M4, AMA, K1 og K2. Der blev ikke gennemført opfølgende interviews med afdeling P, idet SCT ikke var i kontakt med afdeling P under observationsstudiet. Afdeling P deltog dog i fokusgruppeinterviewet med afdelingerne – jf. nedenfor.

⁶ Interviewguiderne er tilgængelige hos DSI.

⁷ Bortset fra fokusgruppeinterviewet vedr. implementeringen, som varede ca. 75 minutter.

⁸ Dvs. i samarbejde med Regionshospitalet Silkeborg (ift. interviewet med afdelingerne på hospitalet samt interviews med SCT) og med de tre deltagende kommuner (Silkeborg, Skanderborg, Favrskov) (ift. interviews med praktiserende læger og den kommunale ældrepleje).

⁹ Der var tre læger, som, under udvælgelsen af praktiserende læger til fokusgruppen, tilkendegav, at de havde synspunkter om SCT, men som ikke havde mulighed for at deltage i fokusgruppeinterviewet. DSI har efter fokusgruppeinterviewet uden held forsøgt at lave en individuel interviewaftale med disse læger. Vi har dog en skriftlig tilbagemelding fra én af lægerne og denne tilbagemelding indgår som datagrundlag for evalueringen.

¹⁰ Favrskov Kommunes deltager i evalueringsprojektet bestrebte sig uden held på at få praktiserende læger, med praksis i Favrskov Kommune, til at deltage i fokusgruppeinterviewet.

¹¹ DSI uddelte under fokusgruppeinterviewet en blanket vedrørende anmodning om honorar til de seks deltagende praktiserende læger. De fem af lægerne har indsendt anmodningen og har derfor fået udbetalt honorar.

6. Afsluttende fokusgruppeinterview med alle fire SCT medarbejdere vedrørende DSI's observationer og anbefalinger.

Individuelle interviews med patienter og pårørende

Der er gennemført i alt otte individuelle interviews med patienter og pårørende. Tabel 2.1 nedenfor viser, hvilke udskrivningsforløb de interviewede patienter og pårørende har været igennem.

Tabel 2.1 Gennemførte individuelle interviews med patienter og pårørende

Udskrivningsforløb	Patient	Pårørende
Akut indlagt (AMA) og udskrevet samme døgn	2	1
Akut indlagt (AMA) og udskrevet samme døgn (patienten fik et opfølgende besøg)		1
Komplicerede udskrivningsforløb hvor patienten blev fulgt hjem	1	
Komplicerede udskrivningsforløb hvor patienten fik et opfølgende besøg	2	1
I alt	5	3

Oprindeligt var det planlagt at gennemføre interviews med patienter og pårørende som fokusgruppe-interviews, men af praktiske grunde og efter ønske fra SCT besluttede styregruppen for evalueringen efterfølgende at gennemføre interviews individuelt med patienterne. I denne forbindelse besluttede styregruppen, at der i første omgang skulle gennemføres otte individuelle interviews og herefter evt. to yderligere (buffer interviews), såfremt DSI efter de otte interviews vurderer, at der fortsat er centrale ubelyste problemstillinger (Voss 2008a).

Patienterne blev udvalgt efter følgende procedure:

1. Efter DSI's anvisning kategoriserede SCT alle deres patienter for perioden 1. juli 2009 til 21. september 2009 i følgende kategorier:
 - a. Patienter fra Akut Medicinsk Modtage Afsnit (AMA) (udskrevet samme døgn)
 - b. Patienter fra sengeafdelinger med kompliceret udskrivningsforløb
 - c. Patienter fra sengeafdelinger med kompliceret udskrivningsforløb og hvor patienten blev fulgt hjem
 - d. Patienter fra sengeafdelinger med kompliceret udskrivningsforløb og hvor patienten fik et opfølgende besøg
 - e. Pårørende til fortrinsvis demente patienter der blev udskrevet indenfor kategori a-d.¹²
2. DSI prioriterede patienter og pårørende i de fem kategorier. Der blev prioriteret efter følgende principper: 1) Repræsentation i alle tre kommuner og 2) dato for udskrivning. Nyeste dato fik, under hensyntagen til ligelig fordeling af interviews mellem de tre kommuner, højst prioritet, for bedst muligt at sikre at patienter og pårørende stadig kan huske udskrivelsesforløbet.
3. Regionshospitalet Silkeborg kontaktede de patienter og pårørende, som DSI havde prioriteret først, for at informere om evalueringen og få tilsagn til interview.
4. DSI gennemførte interviews i løbet af uge 42 og 43. Der er gennemført i alt otte semi-strukturerede individuelle interviews. Forud for interviewrunden udarbejdede DSI en interviewguide for hver af de fem ovenstående kategorier.¹³ Der indgik mindst én patient/pårørende fra hver af de tre

¹² Det blev fravalgt at gennemføre interviews med demente patienter, og derfor blev demente patienter frasorteret i kategorierne a-d. Til gengæld blev pårørende til demente patienter prioriteret i kategori e. To af de tre pårørende interviews var således med pårørende til demente.

¹³ Interviewguiderne er tilgængelige hos DSI.

kommuner iblandt de otte gennemførte interviews: Silkeborg (5), Skanderborg (2), Favrskov (1). Interviewenes længde varierede fra 15 minutter til 90 minutter.¹⁴

Efter gennemførelse af alle otte interviews, foretog DSI en vurdering af behovet for yderligere individuelle interviews. Det var DSI's vurdering, at de gennemførte otte interviews gav det udbytte, man kunne forvente, og at det samlet set var lykkedes at berøre de væsentligste problemstillinger på baggrund af de otte forskellige patientforløb.¹⁵ Derfor besluttede DSI ikke at anvende de to føromtalte bufferinterviews. Udover de otte planlagte interviews havde DSI tillige lejlighed under observationsstudiet til at interviewe yderligere én patient og én pårørende om SCT. Disse to interviews indgår ligeledes i analysen af patienter og pårørendes syn på SCT.

Før DSI gik i gang med de individuelle interviews, forudså vi tre metodiske udfordringer ved at bruge patienter og pårørende som informanter. For det første forventede vi, at det kan være vanskeligt at få ældre patienter til at forholde sig kritisk til sundhedsvæsenet, da den ældre generation i højere grad er præget af taknemmelighed og en respekt for autoriteter. Det viste sig da også, at samtlige patienter og pårørende alle udtrykte en vis tilfredshed med SCT, men stort set alle informanter havde samtidig også kritiske tilkendegivelser eller forbedringsforslag. Udfordringen viste sig altså ikke så stor som først antaget.

For det andet forudså vi, at det kan være vanskeligt for patienter at skelne mellem udskrivningsforløbet og det samlede hospitalsophold. Det viste sig generelt ikke som et så stort problem, som vi oprindeligt havde forudset. Kun ved én patient fik vi det indtryk, at han til tider havde svært ved at skelne SCT's indsats fra det samlede hospitalsophold. Disse dele af interviewet er ikke anvendt i analysen.

For det tredje ville det ikke være muligt at gennemføre interviews med stærkt demente patienter, og dette kan være problematisk, da SCT ofte tager sig af demente patienter. Sidstnævnte udfordring har været søgt løst ved at udvælge pårørende til især demente patienter.

Efter gennemførelsen af de individuelle interviews, vurderes det derfor, at interviewene med patienter og pårørende har tilstrækkelig validitet til, at data kan bruges til analysen af patienter og pårørendes syn på SCT.

Mindre litteraturstudie

Der er foretaget et mindre studie af dansk og international litteratur vedrørende forløbskoordinering, Shared Care og sammenhængende patientforløb. Litteraturstudiet indgår som baggrundsviden for evalueringens forfatter og bliver ikke afrapporteret særskilt i evalueringsrapporten.

¹⁴ Tre interviews varede mindre end en halv time; to interviews mellem en halv og en hel time, mens de sidste tre interviews varede mere end en time.

¹⁵ Otte forskellige patientforløb skal forstås således, at der ikke har været sammenfald mellem patienter og pårørende, dvs. vi har ikke interviewet pårørende til interviewede patienter.

3. Beskrivelse af Shared Care Teamet

I dette kapitel bliver Shared Care Teamet (SCT) beskrevet. Kapitlet har følgende afsnit:

1. Introduktion til SCT: Formål, målgruppe, bemanning og økonomi
2. Hvordan arbejder SCT: Beskrivelse af teamets tre hovedopgaver
3. Implementeringen af SCT – fra projekt til etableret ordning.

3.1 Introduktion til Shared Care Teamet

3.1.1 SCT's formål og opgaver

Shared Care Teamet har overordnet til formål at forbedre patientforløbet mellem sygehus og primærsektor samt at undgå/afkorte indlæggelser (Regionshospitalet Silkeborg 2007). SCT kan karakteriseres som en forløbskoordinerende funktion, som arbejder med patienter, der krydser grænsen mellem sekundær og primær sektor. SCT er, i modsætning til andre typer af forløbskoordinering, entydigt patientrettet (Buch 2008), dvs. SCT arbejder med at undgå/forbedre sektorovergange for konkrete patienter.

RSI beskriver teamets opgaver på følgende måde: (Regionshospitalet Silkeborg 2007):

1. At sørge for en glidende overgang ved indlæggelsen/udskrivelsen således, at kontinuiteten i forløbet sikres.
2. At sikre koordinering og kontinuitet i den tværfaglige og tværsektorielle indsats.
3. At fungere som konsulent for primærsektoren i forbindelse med særlige plejeopgaver efter udskrivelsen eller indlæggelsestruede patienter i eget hjem.
4. At medvirke i planlægningen af et sammenhængende undersøgelsesforløb.
5. At forebygge genindlæggelser i et tæt samarbejde med primærsektoren.
6. Deltage i tværfaglige møder med den enkelte patient.
7. Sikre og medvirke til et højt informationsniveau til patient og pårørende under hensyntagen til patientens krav og ressourcer.
8. Foretage dataindsamling, udarbejde dokumentation og statistisk materiale samt evaluere på forløbene.

3.1.2 Overordnet målgruppe

Det afgøres af en konkret behovsvurdering, om en patient falder indenfor SCT's målgruppe.¹⁶ Teamet har tidligere været afgrænset til kun at vedrøre medicinske patienter fra Silkeborg Kommune. I dag frasorterer teamet ikke længere patienterne på baggrund af bopæl og sygehusспециале. Patienternes gennemsnitlige alder har ikke været opgjort i forbindelse med denne evaluering, men tidligere opgørelser (Regionshospitalet Silkeborg 2007) viser, at 74 % af SCT's patienter er over 75 år. SCT behandler ca. 60 % kvinder og 40 % mænd, hvilket afspejler den generelle kønsfordeling for borgere på 75 år eller derover. (Regionshospitalet Silkeborg 2007).

¹⁶ Parametre, der indgår i denne behovsvurdering, fremgår af afsnit 4.2 nedenfor.

3.1.3 Bemanding og økonomi

Shared Care Teamet (SCT) består per 1. februar 2009 af en speciallæge, to sygeplejersker og en fysioterapeut. SCT arbejder alle hverdage i dagtiden, dvs. normalt mellem 07.30 og 15.30.

Driften af SCT bygger, som før nævnt, på en aftale om fælles finansiering mellem RSI og de tre kommuner i hospitalets optageområde. Lønudgifterne til SCT beløber sig med den nuværende bemanding på 1,7 mio. kr. årligt. Hertil kommer udgifter til kørsel, kontorhold mv. svarende til ca. 150.000 kr. årligt (Regionshospitalet Silkeborg 2007). Der er aftalt mellem parterne bag SCT, at RSI finansierer 1,1 mio. kr., mens Silkeborg, Favrskov og Skanderborg kommuner i alt bidrager med kr. 750.000 kr. årligt til ordningen. Den kommunale andel af udgiften fordeles mellem de tre kommuner efter deres respektive forbrug på henholdsvis de medicinske og kirurgiske afdelinger. RSI oplyser, at for 2008 er Silkeborgs andel 68 % svarende til 510.000 kr., Skanderborgs andel er 23 % svarende til 173.000 kr., og Favrskovs andel er 9 % svarende til 67.000 kr.

Udover denne direkte kommunale medfinansiering af teamets drift, er der tillige en indirekte medfinansiering derved, at teamets medlemmer ydelsesregistrerer ambulante kontakter. Når teamets medlemmer er på hjemmebesøg, så medfinansierer kommunerne således denne aktivitet via den generelle aktivitetsbestemte kommunale medfinansiering af sygehusydelser. For et ambulant forløb er den maksimale kommunale medfinansiering 298 kr. Det fremgår af tabel 3.8 på side 41, at der har været 119 udgående aktiviteter i 2007,¹⁷ og dvs. potentielt er den indirekte kommunale medfinansiering 35.462 kr.¹⁸ Imidlertid oplyser RSI, at der i 2007 kun er registreret 73 ambulante ydelser i RSI's PAS system, hvoraf kun 32 har udløst ekstra kommunal medfinansiering. Ifølge det oplyste udgjorde den kommunale omkostning for disse 32 ydelser således kun beskedne 6.000 kr. I praksis er der således ikke tale om en væsentlig indirekte medfinansiering. Selvom beløbet er beskedent, anbefaler DSI, at den indirekte kommunale medfinansiering som følge af teamets ydelsesregistrering fratrækkes de 750.000 kr., kommunerne betaler for teamets drift. Ved på denne måde at fratrække beløbet hvert år, mindskes diskussionerne om, hvorvidt kommunerne betaler for teamets ydelser to gange.

Teamet har egne kontorfaciliteter på Regionshospitalet Silkeborg (RSI), og dets medarbejdere er ansat af RSI. Teamets læge refererer til den ledende medicinske overlæge på RSI, mens teamets sygeplejersker/terapeuter refererer til den medicinske oversygeplejerske på RSI. Teamet er dog i det daglige selvstyrende og disponerer selv over arbejdstid og opgaver. Der er ikke udpeget nogen teamleder for SCT.

3.2 Hvordan arbejder Shared Care Teamet?

I dette afsnit redegøres der for, hvordan SCT arbejder. Teamets arbejdsopgaver kan med fordel rubriceres i tre hovedtyper:

1. Forebygge indlæggelser
2. Afkorte indlæggelser
3. Forestå komplicerede udskrivelser.

Der redegøres i det følgende for, hvordan SCT griber disse tre hovedopgaver an.

¹⁷ Det samlede antal udgåede aktiviteter minus de 31 telefoniske kontakter.

¹⁸ 119 forløb gange 298 kr. = 35.462 kr.

3.2.1 Forebygge indlæggelser

Primær sektor kan kontakte SCT med henblik på at etablere en indsats, der forebygger en senere indlæggelse. SCT's rolle kan være vejledende, eller SCT kan gennemføre eller koordinere udredning/behandling af patienten – enten ambulant eller i patientens hjem. Primær sektor kontakter imidlertid kun sjældent SCT med henblik på et samarbejde om en forebyggende indsats. Det kan således konkluderes, at SCT og dets samarbejdspartnere i primær sektor ikke i nævneværdig grad er kommet i gang med en af teamets hovedopgaver – at forebygge indlæggelser. Dermed ikke sagt at SCT ikke forebygger genindlæggelser, for en god indsats på de to andre hovedopgaver (afkorte indlæggelser og forestå komplicerede udskrivelser) må formodes at forebygge genindlæggelse.

3.2.2 Afkorte indlæggelser

Introduktion

Når medicinske patienter indlægges akut på RSI, foregår det normalt via Akut Medicinsk Modtage Afsnit (AMA),¹⁹ hvorfra patienterne næste hverdag fordeles ud til de medicinske sengeafsnit (M1-M4). Før denne fordeling sker, udvælger SCT de AMA patienter, som teamet vil arbejde på at sende hjem samme dag, således at en indlæggelse på et af de medicinske sengeafsnit kan undgås. Efter udvælgelse gennemfører SCT en nærmere undersøgelse af patientens helbred og hjemlige forhold, og det afklares, om patienten, eventuelle pårørende samt patientens kontakter i primær sektor er indstillet på at medvirke til en hurtig udskrivelse. Det er ikke alle udvalgte AMA patienter, der faktisk kommer hjem samme dag, men i 2007 lykkedes det i 93 tilfælde. Når det ikke lykkes at få dem hjem alligevel, kommer de op på ét af de medicinske sengeafsnit.

Målgruppe

I sagens natur er målgruppen medicinske patienter, der netop er blevet indlagt på RSI's Akut Medicinske Modtageafsnit (AMA). De AMA patienter, SCT udvælger, er typisk over 75 år gamle.²⁰ Det sundhedsfaglige rationale bag udvælgelsen er, at et unødigt langt hospitalsophold i et hektisk miljø med mange nye ansigter og infektionsfare kan medføre en forværring i svage ældre medicinske patienters helbredstilstand. En stor del af SCT's AMA patienter lider efter det oplyste af demens eller delir, og særligt for disse patientgrupper gælder, at en hospitalsindlæggelse kan medføre en negativ påvirkning af patientens mentale stabilitet. En afkortet indlæggelse vil derfor være særlig gunstig for disse patienter.

De afkortede indlæggelser kan ikke have en særlig kompliceret udskrivelse, da det så ikke er muligt at få patienten hjem samme dag. Udskrivelsen er dog normalt heller ikke helt ukompliceret, idet der oftest er behov for en dialog med pårørende, kommune og almen praksis, som skal være indstillet på og klar til at tage patienten hurtigt hjem igen.

Arbejdsproces

Hurtig hjemsendelse af AMA patienter forudsætter deltagelse af SCT's læge. Dvs. det er kun de dage, lægen er på arbejde, at denne hovedopgave gennemføres. Når lægen ikke er på arbejde, meddeles det til AMA's personale, at SCT ikke er på AMA den pågældende dag, men at AMA personalet kan kontakte SCT ved behov.

¹⁹ RSI oplyser, at nogle akutte medicinske patienter indlægges direkte på M1 i stedet for AMA.

²⁰ Som før nævnt viser en tidligere opgørelse (Regionshospitalet Silkeborg 2007), at 74 % af alle SCT's patienter er over 75 år. Der er dog erfaringsmæssigt en mindre aldersmæssig spredning blandt AMA patienterne end blandt de komplicerede udskrivelser. Det formodes, at SCT's AMA patienter har en højere gennemsnitlig alder end SCT's patienter med komplicerede udskrivelser.

Den hurtige hjemsendelse af AMA patienter sker i et samarbejde mellem lægen og én af de tre SCT sygeplejersker/terapeuter. Det går således på tur, hvem af de tre der har AMA dag, dvs. hvem der hjælper lægen med den hurtige hjemsendelse af en eller flere AMA patienter. Arbejdet foregår i følgende fire faser:

1. Udvalgelse
2. Vurdering
3. Hjemsendelse
4. Opfølgning.

Udvælgelse

Den SCT sygeplejerske/terapeut, der har AMA dag, møder på arbejde kl. 7.30 og begynder arbejdsdagen i AMA's vagtrum, hvor hun orienterer sig i de patienter, der er blevet indlagt på AMA, siden patienterne sidst blev fordelt på de respektive sengeafsnit. Efter det oplyste ligger antallet af AMA patienter normalt på mellem fem og otte.

Når SCT's sygeplejerske/terapeut har dannet sig et overblik over patienterne, foretager hun en umiddelbar grovsortering af dem. I denne grovsortering ses der primært på patientens alder samt på behandlingsbehov i sekundær sektor. SCT's sygeplejerske/terapeut frasorterer således de yderligere behandlingskrævende samt de yngre²¹ patienter. Desuden frasorteres de patienter, hvor der er tydelig indikation for et behandlingsbehov i sekundær sektor. Denne grovsortering foregår ved, at SCT's sygeplejerske/terapeut orienterer sig i journalen og efter behov gennem en dialog med AMA's personale. Omtrent kl. 7.45 møder SCT's læge ind. Sygeplejersken/terapeuten præsenterer ham for de relevante patienter. Lægen og sygeplejersken/terapeuten går herefter lidt mere i dybden med journalen, og lægen vil derudover ofte slå op i RSI's elektroniske laboratoriesvar system for at få afklaret, om laboratoriesvar indikerer et behandlingsbehov. I denne forbindelse bestilles også ofte nye laboratorieundersøgelser. Derudover vil lægen og sygeplejersken/terapeuten ved behov gå ind og tale med potentielle patienter for at få et bedre billede af patienterne. Herefter er SCT som regel klar til at udvælge de patienter, som teamet vil arbejde på at få hjem samme dag.

Under observationsstudiets fem dage endte det hver dag med, at SCT udvalgte præcis én patient, som man så arbejdede videre med. På to af de fem observationsdage var der faktisk mere end én egnet AMA patient, men grundet teamets andre aftaler denne dag, var der ikke kapacitet i SCT til at tage sig af mere end én af AMA patienterne. Ifølge teamet selv er det ikke udsædvanligt, at teamet må fravælge oplagte AMA patienter grundet kapacitetsproblemer i teamet, og i praksis er det kun sjældent muligt at håndtere mere end én eller højest to AMA patienter per dag. Udvælgelsen afsluttes med, at SCT meddeler AMA personalet, hvilke(n) patient(er) SCT udvælger denne dag. Dette sker ved at der skrives "SCT" udfor patienten på de patientoversigter (hhv. tavle og papirark), der forefindes i AMA's vagtstue. Udvælgelsen er som regel afsluttet relativt hurtigt efter, at SCT's læge møder kl. 7.45. Patienterne trækkes dermed ud inden den videre fordeling af AMA patienter på de respektive sengeafsnit, som foregår på et fordelingsmøde kl. 8.15. Teamets sygeplejerske/terapeut opretter derudover en SCT journal på patienten. SCT journalen er et A4 ark med en for- og bagside. Journalen bruges af alle teammedlemmer til at holde rede i de forhold, der er undersøgt, og de aftaler der er indgået. SCT journalen bruges til alle tre hovedopgaver (forebyggelse, afkorte indlæggelser og forestå komplicerede udskrivelser), og den bruges, fra patienten er udvalgt, til patienten er afsluttet i teamet. Der er tale om en intern SCT journal, der føres i hånden, men som ikke erstatter den sædvanlige dokumentation i patientjournal mv., som SCT ligeledes bidrager til, hvor det er relevant.

²¹ Normalt kommer AMA patienter under 60 år ikke i betragtning til et SCT forløb.

Vurdering

Når patienten er udvalgt, foretager teamets læge og sygeplejerske/terapeut en nærmere undersøgelse af patienten for yderligere at afklare, om der alligevel skulle være et behandlingsbehov, som fordrer yderligere indlæggelse på RSI. Teamets læge går herefter til lægekonference, som dagligt afholdes for alle medicinske læger på RSI. I mellemtiden indhenter teamets sygeplejerske/terapeut typisk informationer om patienten hos pårørende og i kommunen. Når lægen vender tilbage fra lægekonferencen, fortsætter undersøgelsen af og dialogen med patienten. Lægen ringer i denne proces ofte til patientens egen læge for en dialog om egen læges syn på en eventuel hurtig hjemsendelse. Det undersøges altså, om patienten, eventuelle pårørende samt primær sektor (kommune og almen praksis) er indstillet på og har mulighed for at medvirke til en hurtig hjemsendelse. Den samlede udredning af patientens mulighed for at komme hjem afsluttes med, at SCT's læge beslutter, om patienten skal hjem eller i stedet overflyttes til ét af de medicinske sengeafsnit. De fem dage, SCT blev observeret, traf lægen beslutningen om hjemsendelse ved middagstid, og i to af fem tilfælde blev patienten sendt hjem samme dag. I tre af de fem sager konkluderede lægen derimod, at patienten alligevel ikke skulle hjem samme dag. I stedet blev disse tre patienter flyttet op på ét af de fire sengeafsnit. Det er altså ikke hver dag, at det lykkes for SCT at få en AMA patient hjem samme dag. I 2007 lykkedes det i 93 tilfælde. En del af de patienter, der i stedet for hjemsendelse samme dag sendes op på et af de medicinske sengeafsnit, følger SCT op på, således at det er SCT, der tager sig af patientens hjemsendelse fra afdelingen.

Hjemsendelse

Hvis en udvalgt AMA patient sendes hjem samme dag, er det SCT, der håndterer selve udskrivelsen, dvs. det er SCT's læge, der seponerer gammel og ordinerer ny medicin, og det er SCT's læge, der dikterer epikrisen, som senere renskrives af en sekretær i medicinsk afdeling og herefter fremsendes til egen læge. Endeligt kontakter SCT's læge som nævnt ovenfor normalt patientens egen læge telefonisk, hvormed der også orienteres om, at patienten sendes hjem igen. Teamets sygeplejerske/terapeut informerer kommunen og aftaler eventuelle ændringer i hjemmepleje-ydelser. Derudover informeres de pårørende. SCT's sygeplejerske/terapeut skriver sygepleje-epikrisen, bestiller hjemtransport til patienten og pakker medicin til de første dage. Endelig sørger SCT efter det oplyste for, at patienten får en opdateret medicinliste med hjem.

Af tabel 3.1 nedenfor fremgår, at hovedparten af patienterne udskrives til eget hjem, mens 13 patienter i 2007 blev udskrevet direkte fra AMA til en aflastningsplads.

Tabel 3.1 Hvortil udskrives SCT AMA patienter, hvis indlæggelse er afkortet? (2007)

	Antal	Andel
Eget hjem	73	78%
Aflastning	13	14%
Død under indlæggelse	4	4%
Genoptræning	1	1%
Ikke registreret	1	1%
Plejhjem	1	1%
I alt	93	100%

Kilde: Aktivitetsdata fra SCT

Opfølgning

Når en AMA patient udskrives samme dag, har SCT mulighed for at følge patienten hjem og/eller mulighed for at følge op på patienten nogle dage efter udskrivelsen. Der kan følges op enten telefonisk eller gennem et opfølgende hjemmebesøg. Hvorvidt muligheden tages i anvendelse afgøres i hvert tilfælde efter en faglig vurdering af behovet. Af tabel 3.2 fremgår, i hvilket omfang SCT i 2007 anvendte disse særlige udgående aktiviteter i forbindelse med afkortelse af AMA patienters indlæggelse.

Tabel 3.2 Udgående aktiviteter ved afkortelse af indlæggelse (2007)

	Antal kontakter	Antal patienter	Andel patienter
Fulgt hjem	9	9	10%
Telefonisk opfølgning	16	14	16%
Opfølgende hjemmebesøg efter endt indlæggelse	31	22	25%
Ingen udgående patientrettede aktiviteter		55	62%
Afkortede indlæggelser i alt (udskrevet)		89	112%
Afkortede indlæggelser (døde under indlæggelsen)		4	
Afkortede indlæggelser i alt (død samt udskrevet)		93	

Kilde: Aktivitetsdata fra SCT

Det fremgår af tabellen, at SCT fulgte 10 % af dets AMA patienter hjem.²² Derudover fik 16 % af patienterne en telefonisk opfølgning, og 25 % fik et opfølgende hjemmebesøg.²³ Hovedparten af AMA patienterne (62 %) fik dog ingen udgående aktiviteter, dvs. de blev ikke fulgt hjem, og SCT fulgte heller ikke op på patienten. Det fremgår samtidig af tabellen, at blandt de 22 patienter, der fik et opfølgende besøg, har der været 31 kontakter, dvs. de patienter, der fik et opfølgende besøg, har i gennemsnit fået 1,41 besøg. Yderligere fremgår det, at den samlede andel overstiger 100 %, hvilket skyldes, at nogle patienter er både blevet fulgt hjem og har fået opfølgning.

Samlet viser tabellen altså, at hovedparten af SCT's AMA patienter efter teamets vurdering kan sendes hjem uden særlige udgående aktiviteter. Nogle af dem, der fik udgående aktiviteter, fik til gengæld mere end én aktivitet. Det forekom dog kun to gange i 2007, at den samme AMA patient modtog mere end to opfølgende kontakter.²⁴ Efter eget udsagn er SCT således meget opmærksom på at slippe patienterne igen, således at det kun er kortvarigt, at SCT "blander sig" ude i primær sektor. Når der gennemføres opfølgende hjemmebesøg, er det ifølge SCT altid efter aftale med patientens egen læge. SCT bestræber sig tillige på efterfølgende at informere kommunen om besøget ved at skrive i patientens samarbejdsbog. Af case 1 nedenfor fremgår i øvrigt en nærmere beskrivelse af, hvordan et typisk opfølgende hjemmebesøg gennemføres.

Cases

Som tidligere nævnt gennemførte DSI et observationsstudie af fem dages varighed i efteråret 2008. I denne forbindelse fulgte DSI SCT's arbejde med fem forsøg på hurtig udskrivelse af AMA patienter. Disse fem cases beskrives nedenfor.²⁵

²² Dette foregår normalt uden SCT's læge.

²³ På de opfølgende besøg deltager SCT's læge sædvanligvis sammen med den sygeplejerske/terapeut, der havde AMA dag, da patienten blev udskrevet.

²⁴ To patienter modtog således tre hjemmebesøg.

²⁵ De fem cases, samt de cases der bruges senere i denne rapport, er anonymiseret, idet patienternes navne er opdigtede.

Case 1: Birthe på 92 år med smerter i brystet

Det er mandag morgen, og SCT's sygeplejerske/terapeut møder i AMA kl. 7.30, hvor hun orienterer sig om potentielle SCT patienter. Hun ved på forhånd, at der i dag kun er plads til én AMA patient, da hun både har en planlagt samtale med en pårørende vedrørende en anden patient kl. 8.30, og et planlagt opfølgende hjemmebesøg på en tidligere AMA patient om eftermiddagen. SCT's sygeplejerske/terapeut orienterer sig på tavlen over patienter i AMA's vagtstue. Der er syv patienter på AMA den dag. Hun har fokus på deres alder og kigger lidt i journaler. Hun drøfter nogle af patienterne med AMA's personale – fx spørges der: "Har du haft hende oppe at gå?", "Har du stikset hendes urin?". Hun har en 85-årig patient i kikkerten, men opdager så, at patienten har en CRP på 4.000²⁶ og konkluderer derfor, at patienten er behandlingskrævende, og derfor ikke kan sendes hjem i dag. Interessen falder i stedet på Birthe, der er 92 år. SCT's sygeplejerske/terapeut er inde og tale med Birthe, som klager over voldsomme brystsmerter, der opstår efter måltider. Herefter orienterer SCT's sygeplejerske/terapeut SCT's læge om Birthe. En overlæge indfinder sig tilfældigt på vagtstuen, og SCT's læge benytter lejligheden til at vende en faglig problemstilling vedr. Birthe med overlægen. SCT's læge og sygeplejerske/terapeut udvælger Birthe og noterer dette på tavlen i AMA's vagtstue.

Herefter følger en grundig undersøgelse af patienten. Hun virker umiddelbart frisk, og der kan ikke findes nogen årsag til smerterne, som indikerer, at der er noget alvorligt galt med hende. SCT er dog i tvivl om, hvorvidt der evt. er en psykisk overbygning hos patienten. SCT's læge ringer til patientens egen læge og spørger ind til, hvor syg patienten er, og om der evt. kan være en psykisk overbygning. Dette afviser egen læge, som har et mangeårigt kendskab til patienten. Der er enighed om, at patienten godt kan sendes hjem samme dag. SCT's læge foreslår, at SCT gennemfører et hjemmebesøg en uge efter udskrivelsen. Det er egen læge indforstået med. De taler også om, hvilken ny medicin der skal ordineres. Samtalen med egen læge afgør således, at patienten godt kan sendes hjem samme dag. Lægen og sygeplejersken/terapeuten går sammen ind til patienten og taler med hende om hjemsendelse. Idet hun forsikres om, at smerterne ikke er farlige, og at hun får noget medicin med hjem, som gerne skulle få smerterne til at aftage, er hun indstillet på hjemsendelsen. Det aftales med patienten, at SCT aflægger et hjemmebesøg en uge efter hjemsendelse. Lægen ordinerer herefter den nye medicin og dikterer epikrisen. Sygeplejersken/terapeuten pakker medicinen og bestiller hjemtransport. Patientten er enlig og har hidtil klaret sig i eget hjem. SCT's sygeplejerske/terapeut aftaler med den kommunale visitation, at en visitator aflægger hende et besøg næste dag. Derudover aftaler hun med Birthes søn, at han følger moderen hjem fra sygehuset og sørger for, at det fornødne handles ind.

Det aftalte hjemmebesøg gennemføres ugen efter udskrivelse af SCT's læge og den SCT sygeplejerske/terapeut, som havde AMA dag den dag, Birthe blev udskrevet fra AMA. Birthe bor i et rækkehus i en mindre landsby ca. 30 minutters kørsel fra RSI. SCT kører derud i teamets bil. Ved ankomsten til patientens hjem undersøger SCT, om patienten trives og synes at fungere i den almene hverdag. Birthe har fået det markant bedre, og smerterne er næsten forsvundet. Lægen lytter på patienten og foretager andre undersøgelser. Sygeplejersken/terapeuten tager derudover en blodprøve, og det aftales, at Birthe får besked om prøverne, hvis de mod forventning skulle vise noget unormalt. Medicinen gennemgås, og der foretages ingen ændringer. SCT's sygeplejerske spørger ind til den øgede kommunale hjælp, Birthe har aftalt

²⁶ C-Reaktivt Protein (CRP) anvendes i praksis som en markør for inflammation (betændelse). Ved at måle CRP-værdier, kan man opnå et overblik over en sygdoms progression. En CRP-værdi på 4.000 er høj og tyder på en bakteriel infektion.

med den kommunale visitation, og det konkluderes, at niveauet for den kommunale hjælp synes at være passende. Birthes sociale situation drøftes, og det fremgår, at Birthe har et godt netværk blandt både naboer og familie, som er flinke til at besøge hende. SCT's læge skriver om besøget i Birthes samarbejdsbog. Besøget afsluttes efter omtrent 30 minutter. SCT har efterfølgende oplyst, at blodprøverne viste sig at være normale, og at sagen dermed blev afsluttet uden yderligere kontakt til patienten.

SCT oplyser, at dette opfølgende hjemmebesøg er meget typisk for afviklingen af SCT's opfølgende hjemmebesøg. Der er således ikke nogen stram protokol for selve besøgene. I stedet tilpasses besøget de emner, som er relevante i den foreliggende situation. Det oplyses, at der normalt ikke foretages en formel ADL²⁷-test af patienterne, men SCT foretager en implicit ADL vurdering under hjemmebesøgene – fx lægges der mærke til patientens generelle udseende og soignering, hvor opryddet der er, og om der er lavet kaffe, dækket bord mv. Når det er praktisk muligt, inviterer SCT hjemmesygeplejersken til at deltage i besøget, så besøget ligeledes kan bruges til at koordinere på tværs af sektorer. Det er dog ikke så sjældent, at det ikke lykkes SCT at komme telefonisk igennem til hjemmesygeplejersken. Når kommunen ikke deltager, skriver SCT efter det oplyste altid i samarbejdsbogen for på denne måde at orientere hjemmeplejen om besøget og dets konklusioner. En direkte telefonisk dialog med hjemmesygeplejerskerne efter besøgene er fravalgt af SCT, fordi det som nævnt erfaringsmæssigt er vanskeligt at få fat i hjemmesygeplejerskerne. Egen læge får et notat om besøget, hvis SCT's læge vurderer, at der er behov herfor, men det er ifølge det oplyste sjældent. Udover det opfølgende hjemmebesøg hos Birthe, deltog DSI i et yderligere hjemmebesøg, og her var fremgangsmåden omtrent den samme.

Case 2: Kirsten på 73 med KOL

Det er tirsdag morgen og de syv AMA patienter er generelt ret unge – kun tre patienter er over 65 år. SCT's sygeplejerske/terapeut kigger på de tre ældre patienter og får ret hurtigt sporet sig ind på Kirsten, der er 73 år og indlagt om aftenen med luftmangel. Hun er tidligere diagnosticeret med KOL og er i behandling herfor. Lægen er enig i valget af Kirsten, og de går ind for at undersøge hende. Herefter kontakter sygeplejersken/terapeuten pårørende og den kommunale visitation, for at danne sig et billede af patientens situation i hjemmet. Der er ikke kun fokus på selve åndenøden, men på patientens samlede situation. Det undersøges for eksempel, om hun er ensom. Efter yderligere undersøgelser af Kirsten, beslutter SCT's læge, at patienten ikke kan komme hjem i dag, for hun har for høje infektionstal og en for dårlig respiration. AMA personalet informeres om, at patienten i stedet skal overflyttes til ét af de medicinske sengeafsnit. SCT vælger at slippe patienten, og det er sengeafsnittet, der hermed overtager udskrivelsen af patienten, når den tid kommer.

Case 3: Else på 82 år med delir og en mulig urinvejsinfektion

Det er onsdag morgen og der er ni relativt unge AMA patienter. Interessen falder hurtigt på Else på 82 år, der blev indlagt med delir og en mulig urinvejsinfektion. Else har været indlagt en del gange på det sidste, og SCT's sygeplejerske/terapeut undrer sig over, hvorfor kommunen ikke tilbyder en aflastningsplads i stedet for gentagne indlæggelser. SCT bruger en del tid på at finde Elses journal – den er ikke på sin plads, og derfor ledes der i et sekretærkontor, hvor der er store bunker med journaler overalt. Efter lidt tid lykkes det at finde journalen. SCT undersøger Else, og det viser sig, at hun er meget forvirret. Sygeplejersken/terapeuten ringer til gruppekoordinatoren i kommunen for at afdække patientens funktion før indlæggelsen. Det

²⁷ Activities of Daily Living (ADL).

oplyses, at Else allerede har en del hjælp. Trods den kommunale hjælp vælger Else at klare nedre toilette selv, og dette forklarer de gentagne urinvejsinfektioner. SCT's læge ringer til laboratoriet for at fremskynde svaret på de prøver, der skal vise, om hun har urinvejsinfektion. Svaret viser, at Else har en kraftig urinvejsinfektion, og det besluttes, at patienten ikke kommer hjem i dag. I stedet indlægges hun på M4. Til gengæld viser prøverne og øvrige undersøgelser af Else, at den bestilte røntgen af thorax ikke længere er nødvendig. SCT's læge aflyser derfor undersøgelsen. Lægen oplyser i denne forbindelse, at han prioriterer at have et godt forhold til teamets samarbejdspartnere på hospitalet, for så bliver det nemmere at få fx røntgenafdelingen til at prioritere en sag, hvor der brug for en hurtig udredning. Til gengæld forsøger SCT's læge altid at få aflyst undersøgelser, som alligevel ikke er nødvendige.

Efter aftale med M4 er SCT's sygeplejerske/terapeut fortsat koblet på patienten, og SCT forestår udskrivelsen et par dage efter, idet blærebetændelsen nu er under kontrol, og kommunen i mellemtiden har fundet en aflastningsplads til Else. SCT aftaler med personalet på plejehjemmet, hvor aflastningspladsen ligger, at de skal have særligt fokus på Elses nedre toilette.

Case 4: Ægteparret Kurt og Ulla indlagt næsten samtidig

Det er torsdag morgen, og der er otte patienter på AMA. Personalet på AMA gør SCT's sygeplejerske/terapeut opmærksom på ægteparret Kurt og Ulla, der blev indlagt i løbet af i går aftes. Ulla har haft Parkinsons sygdom gennem mange år, har mange kramper og ikke længere noget sprog. Kurt har passet sin kone i hele hendes sygdomsforløb. Onsdag aften indlægges Kurt af vagtlægen med tegn på hjerneblødning, og inden afgang til hospitalet får Kurt arrangeret, at Ulla bliver sendt på en aflastningsplads. Inden hun når at komme på aflastning, får hun dog et krampeanfald, og vagtlægen vælger derfor også at indlægge Ulla. Torsdag morgen ligger Kurt og Ulla derfor på samme stue på AMA.

Da SCT's læge møder ind besluttes det ret hurtigt at kigge lidt nærmere på Kurt. Undersøgelsen viser, at Kurt har det godt, men apopleksi kan ikke udelukkes, og SCT's læge overvejer at sende Kurt hjem med henblik på et ambulant udredningsforløb for apopleksi. SCT's læge rådfører sig med en neurolog og drøfter løsningen med den medicinske overlæge, der har ansvar for apopleksibehandlingen på RSI. I fællesskab besluttes det, at Kurt tilbydes hjemsendelse og efterfølgende ambulant udredning.

Spørgsmålet er, om Ulla skal med hjem eller bør komme på aflastningsplads igen. Ulla bryder sig ikke om at være i uvante omgivelser, og hun reagerer sædvanligvis med at blive meget urolig, når hun kommer på aflastning. Dette taler for, at hun skal med hjem. Heroverfor står Kurts behov for at få lidt ro omkring sin nye livssituation, der muligvis indebærer en alvorlig sygdom. SCT's sygeplejerske/terapeut ved, at kommunen evt. inddrager aflastningspladsen, når patienten er indlagt på RSI, og derfor ringer hun til kommunen og aftaler med dem at holde aflastningspladsen ledig dagen ud, så begge muligheder er åbne. Kurts egen holdning er, at Ulla ikke bør komme på aflastning. Efter en længere dialog med Kurt lykkedes det SCT at overbevise ham om, at han bør aflastes, om ikke andet et par dage, så han indvilliger i at sende Ulla tilbage på aflastning. SCT's sygeplejerske/terapeut aftaler de nærmere detaljer med det plejehjem, hvor aflastningspladsen ligger og lover, at Ulla nok skal blive udskrevet i god tid inden plejehjemmets vagtskifte. Ulla udskrives kl. 12.30. SCT's læge planlægger Kurts ambulante udredningsforløb og gør sig umage med at samle så mange undersøgelser på én gang som muligt. Kurt får et skema over udredningsforløbet i hånden og udskrives herefter.

Case 5: Karen – en 86-årig døende dame

Det er mandag morgen, og der er seks AMA patienter. SCT har en patient i kikkerten, men SCT's læge afviser, at patienten er i målgruppen, fordi blodprøverne ikke er for gode. I stedet udvælges Karen, som er 86 år og døende. Karens datter giver først udtryk for gerne at ville have moderen hjem til plejehjemmet hurtigst muligt, så hun kan dø i vante omgivelser. SCT's læge undersøger patienten, og lægens faglige vurdering er, at yderligere hospitalsbehandling ikke vil kunne medvirke til en bedring i Karens helbredstilstand. Derfor er han indstillet på at udskrive hende samme dag til kærlig pleje og omsorg i hjemmet. Imidlertid viser det sig efter nærmere drøftelse med datteren, at der også er en anden datter, som netop er taget på charterferie. Denne anden datter har et ønske om at komme hjem til Danmark inden moderen dør, men det første fly hjem fra ferien afgår først torsdag. Af hensyn til denne pårørende beslutter SCT's læge derfor at beholde Karen på RSI indtil onsdag, så behandlingen med intravenøs væske kan fortsætte længe nok til, at datteren sandsynligvis kan nå at komme hjem inden Karen dør. Patienten forbliver på RSI, og det aftales, at der altid er en pårørende omkring Karen både under indlæggelsen, og når Karen kommer hjem.

Hermed afsluttes beskrivelsen af teamets anden hovedopgave (hurtig hjemsendelse af AMA patienter). Teamets tredje hovedopgave, at forestå komplicerede udskrivelser, beskrives nedenfor.

3.2.3 Forestå komplicerede udskrivelser

Introduktion

Når en kompliceret udskrivelse forudses på et sengeafsnit, kan personalet på sengeafsnittet ringe til SCT med henblik på, at teamet overtager udskrivelsen. Herefter overtager SCT alle de aktiviteter, der knytter sig til udskrivelsen af patienten, mens sengeafsnittets personale fortsat varetager behandling og pleje. I 2007 varetog SCT 352 komplicerede udskrivelser.

Målgruppe

Målgruppen for denne hovedopgave er i sagens natur patienter, der har et kompliceret udskrivningsforløb. Følgende forhold kan medføre, at et udskrivningsforløb vurderes som kompliceret, og SCT derfor overtager forløbet:

- ◆ Ændret plejebehov i primær sektor – fx grundet stort tab af funktionsevne under indlæggelse
- ◆ Terminal diagnose
- ◆ Misbrugsproblemer
- ◆ Sociale problemstillinger
- ◆ Mange tidligere indlæggelser.

Patienter med komplicerede udskrivelser har typisk været indlagt i længere tid – i hvert fald i forhold til AMA patienterne, som jo typisk sendes hjem samme dag. Der er primært tale om ældre patienter, men der er dog også relativt yngre patienter blandt SCT's komplicerede udskrivelser – herunder fx yngre patienter med misbrugsproblemer.²⁸ Der er altså en større aldersmæssig spredning i patientmassen hos SCT's komplicerede udskrivningsforløb end blandt de afkortede AMA patientforløb.

SCT forestår komplicerede udskrivelser af patienter fra flere forskellige hospitalsspecialer – jf. tabel 3.3 nedenfor.

²⁸ Patienterne er dog sjældent under 45 år gamle.

Tabel 3.3 SCT's komplicerede udskrivelser fordelt på RSI's sengeafsnit

Afdeling	Antal	Andel
Medicinske sengeafsnit		
M1	33	9%
M2	82	23%
M3	72	20%
M4	56	16%
Alle medicinske sengeafsnit	243	69%
Ortopædkirurgisk sengeafsnit		
K1	39	11%
K2	28	8%
Alle ort.kir. sengeafsnit	67	19%
Kirurgisk sengeafsnit (P)	32	9%
Ambulatoriet	10	3%
Total	352	100%

Det fremgår af tabel 3.3, at hovedparten (knap 70 %) af SCT's komplicerede udskrivningsforløb er medicinske patienter. Knap 20 % af patienterne er ortopædkirurgiske patienter, mens knap 10 % er øvrige kirurgiske patienter. Blandt de fire medicinske afsnit bruger M1 SCT markant mindre end de tre øvrige medicinske afsnit.

Arbejdsgang

I modsætning til hurtig hjemsendelse af AMA patienter, fordrer teamets arbejde med de komplicerede udskrivelser normalt ikke, at teamets læge er involveret. Det er ofte teamets tre sygeplejersker/terapeuter, der alene forestår de komplicerede udskrivelser.²⁹ De tre sygeplejersker/terapeuter arbejder individuelt med de komplicerede udskrivelser. Dvs. en patient tilknyttes én af de tre sygeplejersker/terapeuter – ikke hele teamet som sådan.³⁰ Dette har den fordel, at patienten, pårørende og samarbejdspartnere kun skal forholde sig til ét ansigt – ikke et helt team. Teamets medlemmer bruger dog hinanden til erfaringsudveksling og sparring, og de tre sygeplejersker/terapeuter har i høj grad en ensartet tilgang til arbejdet. Arbejdet med komplicerede udskrivelser kan inddeles i følgende fire faser:

1. Udvælgelse
2. Udredning
3. Udskrivning
4. Opfølgning.

Udvælgelse

Det er som regel personalet på RSI's sengeafsnit, der tager initiativ til, at SCT kobles på en kompliceret udskrivelse. Det forekommer dog også en sjælden gang imellem, at den kommunale visitation ringer til SCT for at få dem til at tage sig af en udskrivelse, som visitationen vurderer som kompliceret. Personalet på stamafdelingen ringer direkte³¹ til én af teamets tre sygeplejersker/terapeuter og fortæller om patienten. Alle medlemmer af teamet bærer således i arbejdstiden på en tændt³² trådløs IP-telefon, som kan bruges overalt på RSI. Når et teammedlem ringes op vedrørende en potentiel ny

²⁹ Casen side 25 er dog et eksempel på, at lægen nogle gange er involveret også i de komplicerede udskrivelser.

³⁰ Op til ferie eller andet fravær, kan det dog forekomme, at teamets medlemmer overdrager igangværende forløb til hinanden.

³¹ Teamet har således ikke noget "hovednummer", men fire individuelle telefonnumre – et til hvert af de fire medlemmer.

³² Den er dog normalt slukket under møder – fx udskrivningsmøder og lignende. I givet fald går den på telefonsvarer.

patient, noteres patientens navn og CPR-nr. på et blankt SCT journalark, som teammedlemmerne altid har med sig rundt, uanset hvor de befinder sig. Under telefonsamtalen får teammedlemmet informationer om, hvad der er kompliceret ved den forestående udskrivelse. Disse informationer noteres i SCT journalen. Hvis teammedlemmet er enig i, at patienten er i målgruppen, og hvis teammedlemmet har kapacitet til at tage sig af sagen, får personalet på sengeafsnittet allerede under den første samtale en bekræftelse på, at SCT tager sig af udskrivelsen. Hvis teammedlemmet ikke selv har tid, vil hun typisk forespørge de to andre, om de evt. har tid, og så overtager de sagen. I nogle perioder har alle i teamet dog så travlt, at teamet må afvise at tage sig af et relevant udskrivningsforløb.

Udredning

Når et teammedlem har fået en ny patient, begynder hun udredningen ved at sætte sig ind i patientens indlæggelse via patientjournalen i det grønne system³³ samt i sygeplejekardex. Herefter har hun efter behov en uddybende dialog med personalet på sengeafsnittet, og efterfølgende præsenterer hun sig for patienten.³⁴ Dernæst følger selve udredningen af, hvad der skal til for at sikre en god udskrivelse. Disse udredningsforløb er meget forskellige og afhænger af behovet, men følgende elementer indgår som regel:

- ◆ Samtaler med patient og pårørende
- ◆ Faglige drøftelser med personalet på sengeafsnittet
- ◆ Undersøgelser af patientens funktionsevne – herunder i nogle tilfælde hjemmebesøg under indlæggelsen
- ◆ Telefonisk kontakt til den kommunale visitation og evt. hjemmehjælpen/plejehjemmet
- ◆ Udskrivningsmøder med patient, pårørende og kommunal visitation.

Samtaler med patient og pårørende

Samtaler med patienten og de pårørende er naturligvis et centralt element i arbejdet med de komplicerede udskrivelser. Nedenstående case illustrerer en ikke helt nem samtale med de pårørende til en ældre dame.

Case 6: Dialog om sondemad

Elly er en ældre dame på 95 år, der er blevet indlagt af egen læge, fordi hun ikke vil spise og derfor er meget svækket. De pårørende (to sønner og svigerdøtre) havde talt med egen læge om etablering af en gastrostomisonde,³⁵ idet Elly tenderer til at hive slangen ud, når der forsøges etableret en sonde via næsen. SCT's læge er koblet på patienten, og det er lægens vurdering, at en gastrostomisonde måske nok vil være livsforlængende, men sandsynligvis ikke vil medvirke til, at Elly vil komme sig så meget, at hun atter på egen hånd vil begynde at spise. SCT's læge og sygeplejerske/terapeut har en længere samtale med de pårørende om forskellige behandlingsmuligheder. I begyndelsen af samtalen presser de pårørende på for at få en gastrostomisonde, men gennem en grundig og empatisk dialog får SCT de pårørende til at skifte mening, og det aftales, at gastrostomisonde fravælges, og at Elly udskrives til kærlig pleje og omsorg. Efter det oplyste døde Elly 14 dage efter udskrivelsen fra sygehuset.

³³ Patientadministrativt system på RSI.

³⁴ Om muligt foregår denne første samtale uden pårørende.

³⁵ En gastrostomisonde er en tynd slange, der med et mindre operativt indgreb og i bedøvelse føres gennem huden til mavesækken. Denne sonde kan bruges til mad og medicin, i de tilfælde hvor der er problemer med at spise tilstrækkeligt under behandlingen.

Casen illustrerer, at SCT prioriterer dialogen med patienter og pårørende og giver sig tid til at forklare baggrunden for teamets forslag til behandling.³⁶

Faglige drøftelser med personalet på sengeafsnittet

Det er personalet på sengeafsnittet, som passer patienten under indlæggelsen, og derfor har de værdifuld viden, som SCT skal bruge i forbindelse med udredningen. I SCT's dialog med personalet viser det sig ofte, at SCT i højere grad end sengeafsnittets personale har et primærsektorielt perspektiv på patientforløbet. Fx overværede DSI en dialog mellem en af SCT sygeplejersker/terapeuter og en sygeplejerske på afdelingen vedrørende forflytning af en patient. Sygeplejersken på afdelingen mente ikke, at en lift ville være nødvendig, når patienten var blevet udskrevet, for: "Her inde kan vi sagtens flytte hende, når bare vi er to på hende". Hertil replicerede SCT's sygeplejersker/terapeuter: "Men hjemmeplejen står alene med patienten – hun kan ikke bare lige tilkalde en kollega".

Undersøgelser af patientens funktionsevne – herunder i nogle tilfælde hjemmebesøg under indlæggelsen

Når det er relevant for udskrivelsen, vurderer SCT patientens funktionsevne, for at afdække hvilken støtte – fx i form af hjælpemidler - patienten skal have for at klare sig derhjemme. Denne undersøgelse gennemføres fx ved at SCT – ofte i samarbejde med RSI's fysioterapeuter - har patienten oppe og gå på gangen eller følger med patienten ud på et af hospitalets toiletter. Derudover har SCT under indlæggelsen mulighed for at tage med patienten på hjemmebesøg for at vurdere, hvordan patienten klarer sig i hjemlige omgivelser. I de fem dage observationsstudiet varede, blev der desværre ikke gennemført hjemmebesøg hos patienter, der fortsat var indlagt, så vi kan ikke give en nøjere beskrivelse af et sådant hjemmebesøg, men SCT oplyser selv, at et hjemmebesøg kan være yderst gavnligt for den samlede vurdering af, hvilke foranstaltninger der skal iværksættes. Fx opdager SCT ikke sjældent, at der i hjemmet er flere trapper, end patienten selv har givet udtryk for. I 2007 gennemførtes i alt 50 hjemmebesøg under indlæggelse, hvilket vil sige, at der blandt 14 % af SCT's komplicerede udskrivelser blev gennemført et hjemmebesøg under indlæggelse.

Telefonisk kontakt til den kommunale visitation og evt. hjemmehjælpen/plejehjemmet

Et vigtigt virkemiddel er dialogen med kommunerne, og observationsstudiet viser, at SCT generelt har meget gode og tillidsfulde relationer til deres samarbejdspartnere i primær sektor. Eksempelvis synes de kommunale visitationsenheder at være meget lydhøre overfor SCT. Teamet selv forklarer, at dette nok skyldes, at teamet er meget opmærksom på altid at give en reel beskrivelse af en patients behov. Denne forklaring har DSI i høj grad fundet støtte for gennem interviews med teamets samarbejdspartnere. Nedenstående beskrivelse af en telefonisk dialog med en kommunal visitator illustrerer teamets gode relationer til en samarbejdspartner.

Case 7: Dialog med den kommunale visitation om aflastningsplads

Ovenfor har vi beskrevet Elly, den ældre dame på 95 år der er indlagt af egen læge, fordi hun ikke spiser. SCT's læge og sygeplejerske/terapeut aftaler med de pårørende, at Elly bør udskrives til kærlig pleje og omsorg, og det aftales yderligere, at SCT skal forsøge at skaffe en aflastningsplads til den første tid. De pårørende ønsker at få en plads på et bestemt plejehjem

³⁶ Bemærk dog, at casen er lidt atypisk derved, at SCT's læge er koblet på patienten. Normalt er lægen ikke koblet på de komplicerede udskrivelser. Årsagen er her, at teamet allerede havde patienten i kikkerten, da hun kom ind på AMA, men af uoplyste grunde fravalgtes det at sende hende hjem samme dag, og i stedet blev hun sendt op på ét af de medicinske sengeafsnit. SCT aftalte med personalet på sengeafsnittet, at SCT – herunder også teamets læge – fortsat skulle følge patienten. Dermed har teamets læge været patientens eneste behandlende læge under hele indlæggelsen.

i kommunen, hvor både Elly og de pårørende er vant til at komme, og som ligger tæt på både Ellys og de pårørendes bopæl.

SCT's sygeplejerske/terapeut ringer til den person i den kommunale visitation, som hun tror, er den rigtige til at finde en aflastningsplads. SCT's sygeplejerske/terapeut kender tydeligvis visitator i forvejen. Efter lidt snak præsenteres visitator for problemstillingen, og det viser sig, at visitator faktisk ikke længere tager sig af denne type sager. I stedet for at sende SCT's sygeplejerske/terapeut videre i systemet tilbyder visitator selv at undersøge, om der skulle være en aflastningsplads ledig på det foretrukne plejehjem. Nogle timer senere ringer visitator til SCT's sygeplejerske/terapeut og meddeler, at kommunen ikke kan tilbyde en plads på det foretrukne plejehjem, men at kommunen godt kan fremrykke nogle udflytninger, så der om nogle dage kan blive plads på et andet af kommunens plejehjem. Det aftales, at familien får til dagen efter for at beslutte sig, hvad de ønsker.

Familien vælger at tage Elly hjem i stedet, og SCT aftaler derfor med kommunen, at der ydes ekstra besøg i hjemmet. Elly udskrives dagen efter, og SCT's sygeplejerske/terapeut (og læge) følger Elly hjem³⁷ for at mødes med de pårørende og Ellys hjemmehjælper.

Casen viser, at SCT kan bede den kommunale visitationsenhed om at undersøge mulighederne for en aflastningsplads. Aktivitetsdata for 2007 bekræfter, at SCT relativt ofte udskriver patienter direkte til en aflastningsplads,³⁸ og det er bemærkelsesværdigt, for efter det oplyste er det normalt ikke muligt for sengeafsnittene på RSI at få patienterne udskrevet direkte til en aflastningsplads. Dette må tilskrives det gode samarbejdsklima, SCT har opbygget gennem hyppig kontakt til visitationsafsnittene. For de udskrivende sygeplejersker på sengeafsnittene, er det i sagens natur ikke muligt at have samme hyppighed i kontakten med visitationsafsnittene.

Udskrivningsmøder med patient, pårørende og kommunal visitation

Et ofte anvendt virkemiddel i udredningen af patienternes behov, er afholdelsen af udskrivningsmøder. SCT har ikke data for, hvor hyppigt teamet afholder udskrivningsmøder. Teamet selv vurderer, at de afholder udskrivningsmøder på omtrent en tredjedel af alle deres komplicerede udskrivelser. Udskrivningsmøderne afholdes som regel med patienten og pårørende samt den kommunale visitation. Når det skønnes relevant, inviteres dog tillige andre aktører.³⁹ Under observationsstudiet overværede DSI tre forskellige udskrivningsmøder og i det følgende beskrives et møde, som havde mange fællestræk med de to andre.

Case 8: Udskrivningssamtale med Poul

Poul er en ældre mand på 72 år, som er blevet efterbehandlet på RSI ovenpå en bypass operation i Århus. Poul tog sig før operationen meget af sin kræftsyge kone, Gerda på 69 år. Poul og Gerda fik før operationen ikke hjælp fra kommunen andet end til lidt rengøring, og Poul er nu meget bekymret for, hvordan det hele skal gå, nu hvor han ikke længere kan tage fat i samme omfang derhjemme. Bekymringen blev forleden så stor, at han græd, da han talte med SCT's sygeplejerske/terapeut om emnet.

³⁷ Præcisering: Der var tale om en liggende transport via Falck, så patient og SCT kørte i to biler.

³⁸ Jf. tabel 4.5 på side 41 der viser, at SCT i 2007 ved komplicerede udskrivelser 78 gange udskrev til en aflastningsplads, hvilket svarer til en andel på 22 %. Jf. tabel 4.1 på side 27 der viser, at SCT i 2007 ved afkortede indlæggelser 13 gange udskrev til en aflastningsplads, hvilket svarer til en andel på 14 %. Samlet udskrev SCT 91 patienter til en aflastningsplads. Dette svarer til 20 % af alle SCT's patienter.

³⁹ Fx overværede DSI et udskrivningsmøde hos en patient, der netop havde fået amputeret benene, og her var kommunens ergoterapeut ligeledes til stede med henblik på at afklare bestilling af kørestol og øvrige hjælpemidler.

I dag har SCT indkaldt til et udskrivningsmøde, og til stede er Poul og Gerda, deres datter (som bor i København), en kommunal visitator samt sygeplejersken/terapeuten fra SCT. Mødet foregår på afdelingen, men da Poul ligger på en firesengsstue, har sygeplejersken/terapeuten før mødet forsøgt at finde et andet ledigt lokale på afdelingen. Det er svært at finde et godt lokale for mødet, og det er derfor endt med, at det afholdes i afdelingens anretter køkken.

Sygeplejersken/terapeuten fra SCT, der fungerer som mødeleder, indleder mødet ved at beskrive familiens situation. Sygeplejersken/terapeuten og visitatoren har herefter et fælles fokus på at finde ud af, hvor meget hjælp familien har brug for. Der tales om hjælp til indkøb, medicinering, mere rengøring, privat hovedrengøring, hjemmehjælp om morgenen og aftenen. Både SCT's sygeplejerske/terapeut og kommunens visitator giver udtryk for, at det her i starten er bedre at få lidt for meget hjælp end lidt for lidt. SCT's sygeplejerske/terapeut og kommunens visitator er vedholdende, for det viser sig, at Poul skal overtales til at tage imod hjælpen. Det lykkedes dog til sidst. Ved slutningen af mødet tales der om, hvornår Poul kan komme hjem, og det aftales, at han udskrives i morgen. Herefter opsummeres aftalerne, og Poul slutter af med at sige: "Det skal nok gå".

Denne case illustrerer, at udskrivningsmødet kan være centralt i patienters og pårørendes tillid til, at der fra kommunal side tages hånd om familien efter udskrivelsen. De kommunale visitatorer, vi har talt med under dataindsamlingen til evalueringen, oplyser, at SCT under udskrivningsmøder altid har et solidt kendskab til patientens behov. SCT kan derfor bidrage til at få sat effektivt fokus på de ydelser, kommunen skal hjælpe til med efter udskrivelse. Heroverfor står udskrivningsmøder, hvor SCT ikke er koblet på. Her oplever visitatorerne, ifølge det oplyste, ofte, at sengeafsnitternes personale har et mere mangelfuldt kendskab til patientens behov. De visitatorer, DSI har talt med, oplyser yderligere, at det også forekommer, at sengeafsnitternes personale vælger ikke at deltage i udskrivningsmøderne.

Samlet set er det DSI's vurdering, at SCT er meget grundige i deres udredning af patienterne. Teamet har ikke blot fokus på det kortsigtede - den gode udskrivelse - men faktisk især på, hvilke foranstaltninger der kan iværksættes, for at patientens situation også på lidt længere sigt forbliver bæredygtig i primær sektor.

Udskrivning og opfølgning

Patienten kan udskrives, når denne er færdigbehandlet, og når SCT's udredning er afsluttet, og når de nødvendige aftaler med primær sektor er indgået. Der er en række praktiske gøremål forbundet med udskrivningen af patienter. Der skal fx bestilles transport, og medicinen skal forberedes, dvs. aktuell medicinliste skal udarbejdes, og der skal pakkes medicin til de første dage. Sædvanligvis er det SCT, der bestiller transporten, og det foregår i overvejende grad uden problemer. Det er til gengæld personalet på sengeafsnitterne, der forbereder medicinen. SCT oplyser, at de hidtil lejlighedsvis har kontrolleret denne medicin, og det har været teamets indtryk, at sengeafsnitterne har haft styr på medicinen.

Medmindre SCT følger patienten hjem, er SCT til stede ved selve udskrivningen, men tager typisk afsked med patienten et par timer før selve hjemtransporten. Dette hænger sammen med, at det kan svinge nogle timer, hvornår fx Falck dukker op. Det er således afdelingens personale, der tager afsked med patienten, og som sørger for, at patienten får sine ting med sig hjem.

Tabel 3.4 Teamets udgående aktiviteter ifm. komplicerede udskrivelser (2007)

	Antal kontakter	Antal patienter	Andel patienter
Hjemmebesøg under indlæggelse	50	39	12%
Fulgt hjem	14	14	4%
Telefonisk opfølgning	15	15	5%
Opfølgende hjemmebesøg efter endt indlæggelse	15	10	3%
Ingen ekstra ydelser		263	81%
Komplicerede udskrivelser (udskrevet)		325	105%
Komplicerede udskrivelser (døde under indlæggelsen)		27	
Komplicerede udskrivelser i alt (død samt udskrevet)		352	

Kilde: Aktivitetsdata fra SCT

I tabel 3.4 ovenfor er teamets udgående aktiviteter opgjort i forbindelse med komplicerede udskrivelser. Hjemmebesøgene under indlæggelse har været omtalt tidligere, og det fremgår, at det er den mest anvendte udgående aktivitet, idet den har været brugt 50 gange i 2007. Det fremgår af tabellen, at SCT 14 gange i 2007 har fulgt en patient hjem i forbindelse med en kompliceret udskrivelse. Derudover har teamet gennemført opfølgning i alt 30 gange – hhv. 15 gange telefonisk og 15 gange gennem et besøg. Der er en stor gruppe patienter, der ikke får udgående aktiviteter, idet der i 81 % af alle komplicerede udskrivelser ikke foretages hverken hjemmebesøg, følge hjem eller telefonisk opfølgning.

Under observationsstudiet var der en patient, der blev fulgt hjem, og samme patient fik nogle dage efter et opfølgende hjemmebesøg. DSI deltog i begge forløb, og casen er beskrevet nedenfor.

Case 9: Følge hjem og opfølgende besøg hos 93-årige Erna

Erna er 93 år og har været indlagt grundet dehydrering og infektion. Det er nu mandag eftermiddag, og Erna er klar til at blive udskrevet. Hun er meget forvirret, og sygeplejersken/terapeuten fra SCT, som i løbet af sidste uge forberedte hendes udskrivelse, har besluttet at køre Erna hjem i teamets bil. Derudover aftaler hun med lægen på afdelingen, at hun tager ud til Erna på et opfølgende hjemmebesøg om nogle dage for at tage de blodprøver, der skal vise, om Erna har fået helt bugt med infektionen.

Selvom Erna tidligere har fået at vide, at hun skal hjem i eftermiddag, er hun meget forvirret, da SCT's sygeplejerske/terapeut kommer ind og forklarer, at hun nu vil køre hende hjem. Erna virker meget ked af det – hun kan ikke rigtig overskue situationen og er på nippet til at græde. Kærligt, men bestemt, får sygeplejersken/terapeuten Erna op af sengen og i en kørestol. Herefter går det nemmere ind i bilen.

Efter aftale med SCT, er Ernas hjemmehjælper til stede i hjemmet da Erna ankommer. Det skaber tydeligvis lettelse og tryk hos Erna at se et kendt ansigt. Da hun atter kommer i sin egen seng, bliver der overskud til at smile og grine. Hun udviser stor taknemmelighed over at være blevet kørt hjem og tilbyder endvidere at betale for turen. SCT's sygeplejerske/terapeut fortæller Erna, at hun kommer igen på torsdag for at tage blodprøver. Hvortil Erna siger "Nej, hvor hyggeligt, det vil jeg glæde mig til".

Herefter går SCT's sygeplejerske/terapeut og hjemmehjælperen ud i køkkenet og drøfter den medicin Erna har fået med hjem. Hjemmehjælperen benytter muligheden til at stille opklarende spørgsmål og giver udtryk for, at det er rigtig fint at få mulighed for at koordinere med sygehuset. Hjemmehjælperen har handlet ind til Erna, så den del er der styr på. Det aftales, at

blodprøvetagning bliver torsdag kl. 13, og at hjemmehjælperen så vidt muligt vil være til stede.

Torsdag kl. 13 tager SCT's sygeplejerske/terapeut ud til Erna igen for at tage blodprøverne. Erna har det langt bedre end ved udskrivelsen, og hjemmehjælperen kan berette, at alt går fint. SCT's sygeplejerske/terapeut oplyser, at sygehuset kun kontakter patienten, hvis blodprøverne skulle vise noget udover det normale. Herefter kører SCT's sygeplejerske/terapeut igen. Et par dage efter får SCT's sygeplejerske/terapeut svar fra laboratoriet om, at alle svarene er normale. Ernas forløb afsluttes herefter.

Casen viser, hvordan en patient følges hjem af SCT, og hvordan patienten bliver tryk ved at se et kendt ansigt og komme tilbage til vante omgivelser. Endvidere beskriver casen et opfølgende besøg. Det er ikke en typisk case, for hjemmeplejen har ikke altid mulighed for at medvirke som beskrevet i casen. Ifølge det oplyste er det dog typisk, at teamet under hjemfølging vurderer patientens evne til at klare sig selv. Det tjekkes, om der er mad i køleskabet, og der foretages en gennemgang af patientens medicinskab.

Tabel 3.5 Hvortil udskrives SCT patienter med komplicerede udskrivelser? (2007)

	Antal	Andel
Eget hjem	205	58%
Aflastning	78	22%
Død under indlæggelse	27	8%
Genoptræning	15	4%
Andet sygehus	12	3%
Ikke registreret	12	3%
Plejhjem	3	1%
I alt	352	100%

Kilde: Aktivitetsdata fra SCT

Tabel 3.5 ovenfor viser, hvortil SCT udskrives patienter med komplicerede udskrivelser. Det fremgår, at hovedparten (58 %) udskrives til eget hjem, mens 22 % udskrives til en aflastningsplads. Otte procent døde under indlæggelsen.

3.2.4 SCT og de tre kommuner

Som tidligere nævnt finansierer Silkeborg, Skanderborg og Favrskov kommuner en del af Shared Care Team (SCT). I det følgende vil vi derfor sammenligne de tre kommuners brug af SCT.

Tabel 3.6 SCT's samlede aktiviteter og RSI's samlede indlæggelser fordelt på bopælskommune (2007)

	Shared Care Team		RSI indlagte (total)		Forskel
	Antal	Andel	Antal	Andel	
Favrskov Kommune	34	8%	1.224	9%	-1%
Silkeborg Kommune	289	68%	9.293	67%	1%
Skanderborg Kommune	102	24%	3.451	25%	-1%
Øvrige kommuner	20				
Total	445	100%	13.968	100%	

Kilde: Aktivitetsdata fra SCT samt e-sundhed (DOSAs)

I højre side af tabel 3.6 vises de tre kommuners samlede antal indlæggelser på RSI i 2007.⁴⁰ Det fremgår, at de tre kommuners borgere i 2007 havde knap 14.000 indlæggelser på RSI. Fordelingen mellem de tre kommuner var, at 67 % kom fra Silkeborg Kommune, 25 % fra Skanderborg Kommune og 9 % fra Favrskov Kommune. Af venstre side i tabellen fremgår, at 68 % af SCT's patienter kommer fra Silkeborg Kommune, mens 24 % kommer fra Skanderborg og 8 % kommer fra Favrskov.⁴¹ Den kommunale fordeling mellem SCT's patienter følger altså nøje den kommunale fordeling af RSI's samlede indlæggelser.

Tabel 3.7 SCT's afkortede indlæggelser fordelt på bopælskommune og sammenlignet RSI's samlede indlæggelser (2007)

	Shared Care Teams afkortede indlæggelser		RSI indlagte (total)		Forskel
	Antal	Andel	Antal	Andel	
Favrskov Kommune	7	8%	1.224	9%	-1%
Silkeborg Kommune	62	69%	9.293	67%	2%
Skanderborg Kommune	21	23%	3.451	25%	-1%
Øvrige kommuner	3				
Total	93	100%	13.968	100%	

Kilde: Aktivitetsdata fra SCT samt e-sundhed (DOSAs)

Tabel 3.7 er opbygget på samme måde som tabel 3.6 ovenfor, bortset fra at der i tabel 3.7 alene ses på hovedopgaven afkortede indlæggelser. Det fremgår, at for denne hovedopgave gælder ligeledes, at den kommunale fordeling svarer til fordelingen af de samlede antal indlæggelser på RSI.

SCT foretager ingen løbende registreringer af deres kontakt til almen praksis, men ved de afkortede AMA indlæggelser, er SCT's læge som hovedregel i kontakt med almen praksis. Derfor indikerer antallet af AMA indlæggelser niveauet for SCT's kontakt til almen praksis opgjort efter bopælskommune. Tabellen indikerer således, at SCT's kontakt til almen praksis kommunemæssigt fordeler sig på samme måde som den kommunemæssige fordeling af RSI's samlede stationære aktivitet.

Efter samme fremgangsmåde som tabel 3.7, har vi lavet en tabel A.2, der viser SCT's komplicerede udskrivelser opgjort efter bopælskommuner. Tabel A.2 findes i bilag A og viser ikke overraskende, at også de komplicerede udskrivelser kommunale fordeling følger RSI's samlede stationære aktivitet.

I tabel 3.8 nedenfor opgøres teamets udgående patientrettede aktiviteter i 2007.

⁴⁰ Ifølge de seneste opgørelser fra RSI, havde SCT i 2008 i alt 504 patienter, heraf var 44 (9 %) fra Favrskov, 349 (71 %) fra Silkeborg, 97 (20 %) fra Skanderborg og 14 fra andre kommuner.

⁴¹ Vi har ikke inkluderet "øvrige kommuner" i beregningen af andelen, for vores fokus er fordelingen mellem de tre kommuner, der betaler til ordningen. Men 20 af SCT's patienter kommer altså fra øvrige kommuner, hvilket svarer til en andel på 4,4 %.

Tabel 3.8 SCT's samlede udgående patientrettede aktiviteter opgjort efter bopælskommune (2007)

	Favrskov	Silkeborg	Skanderborg	Øvrige kom.	I alt
Antal udgående patientrettede aktiviteter					
Hjemmebesøg under indlæggelse	1	39	10	0	50
Patienten følges hjem ved udskrivning	1	17	4	1	23
Opfølgende hjemmebesøg efter indlæggelse	2	39	5	0	46
Telefonisk kontakt med patienten efter indlæggelse	4	21	4	2	31
Samlet antal udgående aktiviteter	8	116	23	3	150
Samlet antal patienter					
Total antal patienter udskrevet af SCT	32	268	95	19	414
Antal SCT patienter der døde under indlæggelse	2	21	7	1	31
Total antal SCT patienter (udskrevne og døde)	34	289	102	20	445
Andel udgående aktiviteter ift. samlet antal patienter¹⁾					
Hjemmebesøg under indlæggelse	3%	13%	10%	0%	11%
Patienten følges hjem ved udskrivning	3%	6%	4%	5%	6%
Opfølgende hjemmebesøg efter indlæggelse	6%	15%	5%	0%	11%
Telefonisk kontakt med patienten efter indlæggelse	13%	8%	4%	11%	7%

1) Ved hjemmebesøg under indlæggelse er andelen taget ift. det totale antal SCT patienter (udskrevne og døde). Ved de øvrige udgående aktiviteter er andelen udregnet uden at patienter der døde under indlæggelse er medregnet.

Kilde: Aktivitetsdata fra SCT

De udgående aktiviteter har tidligere været omtalt i beskrivelsen af teamets hovedopgaver, men i tabel 3.8 ovenfor er aktiviteterne nu samlet på tværs af hovedaktiviteter og til gengæld opgjort efter bopælskommune. Der er opgjort fire udgående aktiviteter, og det fremgår, at SCT 50 gange i 2007 har været på et hjemmebesøg under indlæggelse og 46 gange efter endt indlæggelse. I alt 23 patienter blev fulgt hjem, og 31 gange har SCT registreret en telefonisk opfølgning. Det samlede antal udgående aktiviteter kan således opgøres til 150. Fraregnes de 31 opfølgende telefoniske kontakter, så viser tabellen, at SCT har været ude hos patienter i alt 119 gange, hvilket svarer til en tur ca. hver anden arbejdsdag.⁴²

I tabellen er de udgående aktiviteter ligeledes opgjort efter patienternes bopælskommune. Det fremgår, at 13 % af patienterne fra Silkeborg Kommune modtog hjemmebesøg under indlæggelse, mens kun 3 % af Favrskov Kommunes SCT patienter modtog denne ydelse. Grundet det lille datagrundlag er forskellen dog ikke statistisk signifikant, og derfor kan det ikke afvises, at forskellen skyldes tilfældigheder.

I tabel 3.8 er det antal udgående kontakter, der er opgjort, men der tages ikke højde for, at den samme patient godt kan få mere end én udgående aktivitet – fx mere end ét opfølgende hjemmebesøg. I tabel 3.9 nedenfor er det derfor opgjort, hvor mange patienter der har fået en eller flere udgående aktiviteter, og dermed giver tabellen et mere retvisende billede af hvor stor en andel af teamets patienter, der har modtaget udgående aktiviteter.⁴³

⁴² 119 ture divideret med 215 arbejdsdage = 55 %.

⁴³ Dog indenfor hver kategori – dvs. en patient kan godt have fået både følge hjem og opfølgende besøg og vil i så fald fremgå to gange i tabellen.

Tabel 3.9 Patienter der har fået en eller flere udgående aktiviteter

	Antal patienter	Andel patienter ift. alle SCT patienter
Hjemmebesøg under indlæggelse	39	9%
Patienten følges hjem ved udskrivning	23	6%
Opfølgende hjemmebesøg efter indlæggelse	32	8%
Telefonisk kontakt med patienten efter indlæggelse	29	7%
Samlet udgående aktiviteter	123	29%
Ingen udgående aktiviteter	318	71%
Antal SCT patienter (udskrevne)	414	
Total antal SCT patienter (udskrevne og døde)	445	

1) Ved hjemmebesøg under indlæggelse er andelen taget ift. det totale antal SCT patienter (udskrevne og døde). Ved de øvrige udgående aktiviteter er andelen udregnet uden at patienter der døde under indlæggelse er medregnet.

2) Hvis samlet antal udgående aktiviteter lægges sammen med ingen udgående aktiviteter, så summerer det til over 100 % fordi den samme patient godt kan have fået mere end én type udgående aktivitet. Patienter, der har fået mere end én aktivitet indenfor samme type er dog kun medregnet én gang.

Kilde: Aktivitetsdata fra SCT

Det fremgår af tabel 3.9, at 9 % af teamets patienter har fået et hjemmebesøg under indlæggelse, 6 % er blevet fulgt hjem ved udskrivning, 8 % har modtaget et opfølgende hjemmebesøg efter indlæggelse, og 7 % af patienterne har modtaget en telefonisk opfølgning. Samlet set fik af i alt 445 patienter 123 udgående aktiviteter i 2007, hvilket svarer til 29 % af alle SCT's patienter.

Tabel 3.10 Udskrivning af SCT's patienter opgjort efter bopælskommune (2007)

	Favrskov		Silkeborg		Skanderborg		Samlet	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Eget hjem	20	59%	183	63%	66	65%	278	63%
Aflastning	11	32%	53	18%	21	21%	91	20%
Død under indlæggelse	2	6%	21	7%	7	7%	31	7%
Genoptræning	1	3%	9	3%	4	4%	16	3%
Ikke registreret	0	0%	8	3%	4	4%	13	3%
Andet sygehus	0	0%	11	4%	0	0%	12	3%
Plejhjem	0	0%	4	1%	0	0%	4	1%
I alt	34	100%	289	100%	102	100%	445	100%

Kilde: Aktivitetsdata fra SCT

Det fremgår af højre side i tabel 3.10, at samlet set udskrives 63 % af alle SCT's patienter til eget hjem. Derudover er der en betydelig gruppe af SCT's patienter (20 %), der udskrives direkte til en aflastningsplads. Der er 7 % af SCT's patienter, der dør under indlæggelsen, mens kun få af SCT's patienter udskrives til hhv. et andet sygehus, genoptræning⁴⁴ eller eget hjem.

I venstre side af tabellen er SCT's udskrivninger opgjort efter de tre kommuner. Kigger man ned over de opgjorte andele for hver af de tre kommuner, så er det eneste, der umiddelbart springer i øjnene, at SCT sender markant flere af Favrskov Kommunes borgere direkte på aflastning. Mens SCT samlet set sender 20 % af deres patienter på en aflastningsplads, er andelen på 32 % for borgere med bo-

⁴⁴ Døgngenoptræningsplads på fx Remstruplund eller Hammel Neurocenter. Patienterne skal være egnet og motiveret for at komme på døgngenoptræning. Nogle af SCT's patienter kommer ikke direkte på døgngenoptræning, men er fx midlertidigt på en aflastningsplads, indtil der bliver en døgngenoptræningsplads ledig.

pæl i Favrskov. Igen er datagrundlaget beskedent, og den øgede andel i 2007 kan være en statistisk tilfældighed. Efter det oplyste skulle det ikke være specielt nemt at få Favrskov Kommunes borgere på en aflastningsplads.

3.3 Implementering af Shared Care Teamet

3.3.1 Baggrunden for etableringen

Hjemmeplejen i Silkeborg Kommune havde gennem nogle år frem til 2003 en oplevelse af, at det fungerede dårligt med de komplicerede udskrivningsforløb af medicinske patienter fra Regionshospitalet Silkeborg (RSI)⁴⁵. I en drøftelse mellem Silkeborg Kommune og RSI om, hvordan udskrivningsforløbene kunne styrkes, opstod i 2003 idéen til Shared Care Teamet (SCT). Derfor blev SCT skrevet ind i samarbejdsaftalen mellem RSI og Silkeborg Kommune, og det aftaltes, at der skulle etableres et tværfagligt team bestående af en læge, en sygeplejerske og en terapeut – jf. bilag B. Det blev aftalt, at sygehus, amt og kommune skulle dele finansieringen af teamet. Rent praktisk blev dette implementeret således, at kommunen skulle betale RSI et beløb, der svarede til aflønningen til terapeuten.

3.3.2 Medarbejderne

I foråret 2004 blev de tre stillinger slået op og besat per 1. maj 2004 efter en ansættelsesrunde, hvor der var flere ansøgere til hver af stillingerne. De tre, der blev ansat, havde alle relevant erfaring:

- ♦ Lægen er speciallæge i almen medicin med interesse for geriatri og gerontopsykiatri. Lægen blev opfordret til at søge stillingen af den ledende medicinske overlæge på RSI, idet lægen havde en tilsvarende stilling ved geriatriisk team på Århus Sygehus og i øvrigt tidligere havde været ansat på RSI. Lægen blev efter eget ønske ansat i en deltidsstilling svarende til tre dage om ugen. Per 1. januar 2008 blev lægens deltidsstilling i teamet opnormeret til fire dage (mandag til torsdag). Lægen er i skrivende stund fortsat ansat i SCT.
- ♦ Sygeplejersken har tidligere arbejdet både på RSI og i Silkeborg Kommune – de seneste år frem til maj 2004 i ledende stillinger. Hun er i skrivende stund fortsat ansat i SCT og har hele tiden været ansat på fuld tid.
- ♦ Ergoterapeuten havde tidligere været ansat i Silkeborg Kommune og blev ansat i SCT på fuld tid. Hun forlod teamet igen knap et år efter opstarten og blev erstattet af en fysioterapeut, som også kun var i teamet i en kortere periode. I begyndelsen af 2007 blev teamets nuværende fysioterapeut ansat på fuld tid.

Teamet blev i 2007 opnormeret med en ekstra sygeplejerskestilling, som per 1. oktober 2007 blev besat af en sygeplejerske, der blev ansat i 30 timer per uge. Hun er i skrivende stund fortsat ansat med samme timetal. Det vurderes, at teamet medarbejdermæssigt her i foråret 2009 er præget af kontinuitet og rutine:

- ♦ Teamet har fem års fødselsdag den 1. maj 2009, og her få måneder før fødselsdagen er to af de tre oprindeligt ansatte fortsat i teamet.
- ♦ Ingen medarbejdere har forladt teamet siden begyndelsen af 2007.
- ♦ De nuværende fire medlemmer har per 1. marts 2009 været samlet som team i 1½ år.

⁴⁵ Som dengang hed Silkeborg Centralsygehus.

3.3.3 Opstarten

Da de oprindelige tre medarbejdere blev samlet første gang i maj 2004, fik de af den medicinske afdelingsledelse meget frie rammer til at udmønte målet om at forbedre patientforløbet mellem sygehus og primærsektor. Denne handlefrihed er bevaret frem til i dag, og teamet er fortsat selvstyrende i det daglige og disponerer selv over arbejdstid og opgaver. Teamet fik ved etableringen stillet kontorfaciliteter til rådighed, og der blev indkøbt en bil til teamet, så teamet kunne gennemføre følge-hjem funktion og hjemmebesøg.⁴⁶ Som en del af opstarten var teamet også rundt på alle medicinske sygehusafdelinger og i Silkeborg Kommunes hjemmeplejedistrikter for at præsentere sig. Lige fra begyndelsen blev teamets tre hovedopgaver defineret: 1) forebyggelse af indlæggelser, 2) afkorte udvalgte AMA patienters indlæggelse og 3) forestå komplicerede udskrivninger på udvalgte patienter fra de medicinske sengeafsnit. Implementeringen af de tre hovedopgaver beskrives nedenfor.

3.3.4 Implementering af SCT's forebyggelse af indlæggelser

SCT har ved flere lejligheder opfordret primær sektor (både kommuner og praktiserende læger) til at kontakte SCT i situationer, hvor primær sektor vurderer, at SCT ville kunne gøre en indsats udover det, primær sektor selv kan gøre med henblik på at forebygge en indlæggelse. SCT har gennem årene deltaget i kommunale møder og besøgt læger fx i regi af deres 12-mandsforeninger. Trods disse opfordringer har kommunale sygeplejersker og alment praktiserende læger kun i meget begrænset omfang kontaktet SCT med henblik på iværksættelse af forebyggende indsatser:

Vores hængeparti er fortsat, at kommunerne og de praktiserende læger ikke tænker på os i forbindelse med forebyggelse. Vi har været ude og snakke med dem, men det har ikke rigtig haft nogen effekt, og jeg tror godt vi kunne have været mere strukturerede og vedholdende overfor dem. Men vi blev jo hurtigt optaget af de opgaver, der jo kom ift. AMA og de andre sengeafsnit, og så glemte vi nok det andet lidt. Men på den anden side har vi altså været derude og snakke med dem mange gange, og selvom folk er positive på møderne, så er det altså meget begrænset, hvor meget de så ringer til os efterfølgende (SCT medarbejder).

Citatet viser, at der har været gjort en indsats fra SCT's side, men at der muligvis kunne have været gjort endnu mere for at få primær sektor til at bruge SCT til forebyggelse. Et andet aspekt er, at primær sektor nok ikke har været tilstrækkeligt inddraget i udviklingen af den forebyggende indsats. Dette gælder både i forhold til kommunerne og til de praktiserende læger. En af lægerne udtrykker det på følgende måde:

"En af dem var faktisk ude hos os og fortælle om teamet. Det blev nævnt, at vi læger var velkomne til at ringe til dem og få støtte til at undgå indlæggelser, men jeg fandt aldrig rigtig ud af, hvad det hele gik ud på. Hvad er det, de kan, som vi ikke selv kan? Det var lidt diffust for mig, og jeg må indrømme, at jeg heller aldrig har taget kontakt til dem. Jeg tror, det kunne have været godt, hvis man fra start havde sat sig ned med nogle folk fra almen praksis og havde snakket om vores behov og i fællesskab havde lavet nogle skræddersyede tilbud. Vi skulle have været inddraget noget mere, da de gik i gang. Helt klart. Er det ikke sådan noget man kan bruge praksiskonsulenterne til?" (Praktiserende læge)

I afsnit 5.2 vil vi komme tilbage til problemstillingen med primær sektors begrænsede brug af SCT til forebyggelse og diskutere, hvad der fremadrettet kan gøres for at få mere gang i den. Status er i hvert fald efter knap fem år, at primær sektor fortsat kun i begrænset omfang kontakter SCT med henblik på en konkret forebyggende indsats.

⁴⁶ Det er en Citroén Berlingo. Bilen kan kun bruges til siddende transport, men er velegnet til transport af patienter med nedsat mobilitet, idet bilens sæder er ret høje, og samtidig har bilen skydedøre.

3.3.5 Implementering af SCT's afkortelse af indlæggelser

Konceptet med at gå på AMA om morgenen for at udvælge patienter med henblik på samme dags hjemsendelse er inspireret af en lignende ordning med geriatrisk team på Århus Sygehus. En væsentlig forskel er dog, at man i Århus har mulighed for i modtagelsen at beholde patienterne mere end ét døgn, så geriatrene har lidt mere tid end blot én arbejdsdag til at få hjemsendelsen på plads. Dette er ikke altid muligt i AMA på RSI i dag, og det betyder, at det for SCT er mere alt eller intet: enten får SCT patienten hjem samme dag, eller også ender det med en traditionel indlæggelse på et af de fire medicinske sengeafdelinger.

SCT besøgte geriatrisk team på Århus Sygehus i teamets opstartsfase, og allerede i løbet af maj 2004 begyndte SCT at udvælge AMA patienter. I begyndelsen var det ikke helt uden problemer at få samarbejdet mellem SCT og personalet i AMA til at fungere:

"AMA skulle også finde ud af, hvem vi var, og hvad vi kunne. Lige i starten blev vi betragtet lidt som et forstyrrende element, og der var nogle gnidninger. Vi skulle fx finde ud af, hvem der gør hvad med patienterne. Men det kom hurtigt til at køre. I dag har vi nogle klare aftaler om, hvad SCT gør, og hvad AMA personalet gør, men det er ikke så stift, at vi ikke kan hjælpe hinanden. Det kører rigtig fint nu." (Medarbejder i SCT)

Citatet viser, at det indledningsvist var vanskeligt for AMA at vænne sig til SCT, men udfordringerne blev løst med tiden. Denne udlægning understøttes af AMA personalets egne udsagn:

"Jeg tror, vi var lidt skeptiske overfor SCT i starten, men det fungerer rigtig godt i dag. Til at begynde med skulle vi lige finde ud af, hvem der skulle tage sig af de enkelte aspekter af patientens ophold på AMA og af udskrivelsen, men i dag er der en klar og velfungerende arbejdsdeling. Derudover er jeg meget imponeret over teamets arbejde. De kan virkelig noget, og man føler sig helt tryk, når de er koblet på en patient. En gang imellem har jeg taget mig selv i at tænke, at de måske er lidt for grundige, for når de skal rundt om alle forhold, inden de vil sende en patient hjem, så betyder det jo, at vi skal passe patienten til fx kl. to om eftermiddagen, mens vi måske er vant til at sende dem op på afdelingerne noget tidligere på dagen. Men vi ved jo, at det er en stor fordel for de ældre patienter hurtigst muligt at komme hjem til de trygge rammer, så vi har selvfølgelig forståelse for deres arbejde." (Medarbejder på AMA)

Det er set før, at et nyt team skaber en vis initial modstand (Eijkelberg, Spreeuwenberg, Mur-Veeman & Wolffenbuttel 2001; Lund Nielsen & Vinge 2004; Mur-Veeman, Eijkelberg & Spreeuwenberg 2001; Seemann & Antoft 2002), og det er også forventeligt ift. AMA på RSI. SCT's daglige AMA bemanding på to medarbejdere (lægen samt én af sygeplejerskerne/terapeuterne) fylder relativt meget i en lille afdeling med få ansatte i dagvagt og typisk kun fem til otte patienter indlagt ad gangen. Helt lavpraktisk fylder to SCT ansatte også meget i AMA's lille vagtstue på omtrent 8 m², som er AMA personalets omdrejningspunkt. I vagtstuen er der i forvejen, især om morgenen, mange mennesker. De to medarbejdere fra SCT kommer oveni, fordi de mellem 07.30 og 08.00 typisk befinder sig i vagtstuen for at udvælge SCT patienter. Samtidig kom SCT fra start med et Århus inspireret og velafprøvet koncept, og det er jo på sin vis fint, for det betød, at SCT kunne komme hurtigt i gang med patienterne. Omvendt bevirkede det, at AMA ikke i samme grad fik ejerskab med konceptet, som hvis SCT og AMA i fællesskab havde udviklet det. Manglende ejerskab skaber erfaringsmæssigt modstand (Garcia 1996; Sommers, Silverman & Wexler 1991; Wall 2007; Walston & Chou 2006).

Når samarbejdet efterhånden begyndte at fungere bedre og i dag af begge parter beskrives som velfungerende, så er en del af forklaringen givetvis, at AMA's personale mener, at SCT på kompetent vis udfører en opgave, der er til gavn for ældre medicinske patienter. En anden del af forklaringen er, at

begge parter har været indstillet på at finde frem til en fungerende arbejdsdeling. Endeligt er SCT meget synlige på AMA, idet to SCT medarbejdere i ugens fire første hverdage typisk befinder sig på AMA det meste af morgenen og formiddagen. Denne synlighed er ligeledes fremmende for samarbejdet.

Når SCT går på AMA for at afkorte indlæggelser, kræver det deltagelse fra SCT's læge. Hvis SCT's læge ikke er på arbejde, kan teamet ikke udføre opgaven på AMA den dag. SCT's læge var fra 2004 til 2007 kun ansat i SCT tre dage om ugen. Derudover har der hen over årene været ordinært fravær grundet ferie, barsel og sygdom. Samlet set har disse forhold medført en manglende regelmæssighed i SCT's udførelse af opgaven med at afkorte AMA patienters indlæggelser. Teamet har været opmærksom på problemet, og SCT har, når lægen ikke er på arbejde, forsøgt at bruge en anden speciallæge fra medicinsk afdeling til at udføre SCT lægens funktion på AMA. Det viste sig dog at være vanskeligt for andre læger at falde ind i rollen og foretage det lægelige skøn, der ligger i, om en patient med den rette støtte kan sendes hjem indenfor et døgn efter indlæggelse på AMA. Når en læge ikke er vant til at foretage dette skøn, bliver lægen sædvanligvis lidt forsigtig og beslutter for en sikkerheds skyld at beholde patienten lidt længere på sygehuset. Denne brug af andre medicinske læger viste sig således som en mindre anvendelig løsning på SCT's manglende regelmæssighed i AMA. Siden 1. januar 2008 har SCT's læge arbejdet fire dage ugentligt i stedet for kun tre, og dette har øget regelmæssigheden i forhold til SCT's aktiviteter på AMA.

3.3.6 Implementering af SCT's komplicerede udskrivelser

Den tredje hovedopgave – at forestå komplicerede udskrivelser af patienter fra de medicinske stamafdelinger - blev ligeledes iværksat stort set fra teamets etablering. Fremgangsmåden har fra starten været, at når stamafdelingen vurderer, at de har en patient, som SCT med fordel kunne varetage udskrivelsen af, så ringer stamafdelingen til en af SCT's sygeplejersker/terapeuter. I begyndelsen var problemet, at stamafdelingerne ikke ringede særlig meget. Selvom SCT på sin vis ikke havde så meget at gøre på afdelingerne, så forsøgte de derfor at være meget synlige. De tog således op på afdelingerne blot for at vise sig deroppe. De deltog også i de tværfaglige morgenkonferencer for at gøre opmærksom på sig selv. Men i starten fornemmede SCT en del modstand fra personalet på stamafdelingerne:

"Der var modstand i begyndelsen. Da vi startede op, tror jeg, de syntes, at vi var irriterende, fordi vi overtog de lidt mere interessante ting set med deres øjne. Vi prøvede at vinde deres tillid ved at vise, at vi var en god samarbejdspartner, som kunne hjælpe dem med nogle lidt svære problemstillinger. Vi var nødt til at få plantet nogle gode historier om teamet i personalet. Efterhånden løsnede det lidt op, og vi kom op i omdrejninger i løbet af efteråret 2004. Det var M4 der lidt tog hul på bylden og begyndte at bruge os meget, og efterhånden spredte det sig til de andre medicinske afdelinger." (Medarbejder i SCT)

En sygeplejerske fra en af de medicinske afdelinger bekræfter, at der i begyndelsen var skepsis overfor SCT:

"Hvad jeg synes om Shared Care Teamet? Jeg synes faktisk teamet er noget af det bedste, vi har her på sygehuset, men jeg må indrømme, at jeg var lidt skeptisk i starten. Jeg kan huske, at jeg tænkte: Hvad er nu det for noget, og hvorfor blev vi ikke spurgt på forhånd, om vi overhovedet ville afgive udskrivelsesopgaven? Men efterhånden viste det sig jo, at de kan nogle ting, som vi andre bare ikke magter på samme måde, fordi vi også har 1000 andre ting hele tiden. Jeg er overbevist om, at det er rigtig godt for patienterne at have dem koblet på, og vi vil ikke undvære dem i dag." (Sygeplejerske på et medicinsk sengeafsnit på RSI)

Citaterne illustrerer det generelle indtryk, DSI har fået under dataindsamlingen: At modstanden i begyndelsen delvist skyldtes manglende inddragelse, men at den forsvandt efter noget tid, dels fordi SCT var synlige i afdelingerne, dels fordi de viste, at deres indsats havde værdi for afdelingerne og patienterne.

Idet der i begyndelsen ikke var nok at lave for SCT i forhold til de komplicerede udskrivelser, blev SCT's målgruppe relativt hurtigt udvidet fra kun medicinske patienter til også at dække komplicerede udskrivelser af ortopædkirurgiske (K1 og K2) og andre kirurgiske patienter (P).

3.3.7 Fra Silkeborg Kommune til hele optageområdet

Det viste sig allerede i løbet af 2004, at det, både i forhold til patienterne på AMA og de komplicerede udskrivelser fra de øvrige sengeafsnit, ikke var hensigtsmæssigt at afgrænse målgruppen til kun at gælde patienter fra Silkeborg Kommune. På AMA kunne der være patienter, der umiddelbart var helt oplagte til en indlæggelsesafkortende indsats, og der var tid nok til, at SCT tog sig af denne patient, men fordi vedkommende ikke boede i Silkeborg Kommune, så kunne SCT strengt taget ikke tage sig af patienten. På samme måde er det svært at forklare på sengeafdelingerne, at hvis de har en kompliceret udskrivelse, så må de gerne ringe, men altså kun hvis patienten har bopæl i Silkeborg Kommune.

Efter forslag fra teamet blev det derfor allerede indenfor et år efter etableringen drøftet mellem RSI og Silkeborg Kommune at udvide teamets funktion til at dække alle relevante indlagte patienter – uanset bopæl. Silkeborg Kommune fremførte, at kommunen jo så kom til at betale for andre kommuners borgere, og derfor blev der indgået en aftale om, at Silkeborg Kommune for deres økonomiske bidrag til teamets drift tillige ville dække en særlig hjemmetræningsordning til Silkeborg Kommunes borgere.

3.3.8 Patientmængden over tid

Af tabel 3.11 nedenfor fremgår udviklingen i patientmængden for SCT's tre hovedområder over tid fra 2005–2007.⁴⁷ Tabel 3.11 viser udviklingen på det overordnede hovedopgaveniveau. Tilsvarende data på underordnet afdelingsniveau fremgår af tabel A.1 i bilag A. Vi har ikke data for, hvor mange gange SCT kontaktes af primær sektor med henblik på forebyggelse, men ifølge eget udsagn i både primær sektor og SCT sker det kun sjældent. Derfor har vi angivet "få" i tabel 3.11.

Tabel 3.11 Udvikling i antal SCT patienter 2005–2007

Hovedopgaver	2005	2006	2007	Ændring 2005-2006	Ændring 2006-2007	Samlet ændring 2005-2007
Forebygge indlæggelser	Få	Få	Få	-	-	-
Afkorte indlæggelser	127	147	93	16%	-37%	-27%
Forestå komplicerede udskrivelser	284	387	352	36%	-9%	24%
Total	411	534	445	30%	-17%	8%

Kilde: Aktivitetsdata fra SCT

⁴⁷ Vi har valgt ikke at inkludere 2004, fordi SCT først blev initieret i maj 2004.

Det fremgår af tabel 3.11, at det samlede antal patienter er steget med 8 % fra 411 patienter i 2005 til 445 patienter i 2007.⁴⁸ Denne moderate samlede stigning dækker over en stor stigning på 30 % fra 2005 til 2006 og et efterfølgende fald fra 2006 til 2007 på 17 %.

Den samlede stigning på 8 % dækker derudover over relativt store udsving mellem de to hovedopgaver, som vi har data for. I forhold til de komplicerede udskrivelser, ser det ud til, at teamet i 2005 til dels stadig var i en opstartsfase, idet teamet de to følgende år har gennemført markant flere komplicerede udskrivelser. I 2006 gennemførte SCT således i alt 387 komplicerede udskrivelser, hvilket var over 100 patienter mere end det foregående år. Siden har der så atter været et moderat fald på 9 % til 352 patienter i 2007. Dette fald er svært at forklare, for teamet blev faktisk opnormeret per 1. oktober 2007 med en ekstra sygeplejerske (30 timer). Samlet set er der fra 2005 til 2006 sket en betydelig stigning på 24 % i antallet af komplicerede udskrivelser.

I 2006 skete der ligeledes en stigning i forhold til den anden hovedopgave (afkorte indlæggelser), idet SCT i 2006 afkortede 147 AMA patienters indlæggelse, hvilket er en stigning på 16 % i forhold til det foregående år. Fra 2006 til 2007 skete der et markant fald på 37 %. Som tidligere nævnt er deltagelse fra SCT's læge nødvendig for at udføre hovedopgaven, og SCT forklarer selv, at det markante fald skyldes, at SCT's læge i 2007 havde en længerevarende fraværperiode. Denne risiko må der nødvendigvis kalkuleres med, når man er meget afhængig af en funktion, og samtidig har valgt at denne udføres af blot en enkelt person. Derudover har SCT oplyst, at der i 2007 var en ret lang periode med lav aktivitet i teamet. Endeligt er der tale om et relativt lille datagrundlag, hvilket øger sandsynligheden for, at forskellige udsving skyldes tilfældigheder.

3.3.9 anbefalinger vedrørende implementering af lignende interventioner

Hvis andre sygehuse skulle implementere lignende interventioner, kan der på baggrund af erfaringerne med implementeringen af SCT gives følgende implementeringsmæssige anbefalinger:

- ◆ Undgå geografiske afgrænsninger
- ◆ Tag hensyn til hvem der har initiativet
- ◆ Inddrag samarbejdspartnere i udviklingen af interventionen
- ◆ Regelmæssighed i lægedækning bør sikres.

Undgå geografiske afgrænsninger

Det er uhensigtsmæssigt, at hospitalets personale skal sortere i patienterne på baggrund af bopæl. Ud fra et driftsperspektiv er det derfor en fordel, hvis nye tiltag, der skal fremme det sammenhængende patientforløb, tilbydes alle relevante patienter i hospitalets optageområde.

Hvis igangsættelse af en ny intervention kræver kommunal medvirken, og ikke alle kommuner i hospitalets optageområde ønsker at deltage i interventionen, så bør det bero på en konkret afvejning, om hospitalet så skal vente med at igangsætte en ny intervention, til alle kommuner vil være med. I denne afvejning bør det indgå, hvorvidt det er hensigtsmæssigt, at sygehusets personale skal indføre en skelnen i forhold til patienters bopæl. Hvis ordningen på denne måde bliver for kompliceret at administrere, så risikeres det, at personalet mister interessen for ordningen. Dette er især et problem, hvis det er sygehusets personale, der skal tage initiativ til interventionen. I forhold til SCT kunne dette være blevet et problem ved de komplicerede udskrivelser, hvor det netop er sengeafsniternes personale, der skal tage initiativ til at udpege potentielle SCT patienter. Når det så faktisk ikke blev et pro-

⁴⁸ Det samlede antal patienter stiger yderligere i 2008 til 504, hvilket giver en samlet stigning fra 2005 til 2008 på 23 %. Tallene for 2008 forefindes endnu ikke opdelt på hovedopgaver, hvorfor de ikke er inkluderet i tabel 4.11.

blem, så skyldes det måske netop, at man relativt hurtigt udvidede patientgrundlaget, så det kom til at dække hele optageområdet.

Det kan således i nogle tilfælde være en god strategi at afvente implementeringen, til der er fundet en større kommunal tilslutning, i stedet for blot at gå i gang med de kommuner, der gerne vil være med. På den anden side kan erfaringerne fra et vellykket projekt i en mindre del af et hospitals optageområde overbevise de tilbageholdende kommuner om interventionens fordele, hvilket så derfor betyder, at de kobler sig på ordningen.

Tag hensyn til hvem der har initiativet

Selvom SCT og AMA personalet lige skulle få samarbejdet til at glide, kom hovedopgaven med at afkorte udvalgte AMA patienters indlæggelser op i omdrejninger umiddelbart efter etableringen af SCT. Heroverfor står de to andre hovedopgaver, som det viste sig at være vanskeligere at få i gang. Forskellen ligger i, at SCT selv tager initiativet i forhold til AMA patienterne – de tager selv på AMA om morgenen og udvælger de patienter, de vil forsøge at få hjem samme dag. Ved de to andre hovedopgaver er SCT derimod afhængig af initiativ fra andre, idet primær sektor skal kontakte SCT mht. forebyggelse, og RSI's sengeafdelinger skal kontakte SCT mht. komplicerede udskrivelser. I forhold til RSI's sengeafdelinger lykkedes det SCT at modvirke den initiale tilbageholdenhed, mens det i mindre grad lykkedes at få primær sektor til at kontakte SCT vedr. forebyggelse. Dette er en opgave, som SCT ikke kan forventes at løse alene, idet der på dette område også ligger en ledelsesmæssig opgave i kommunerne. Derudover er det oplagt at pege på den udfordring, der ligger i manglen på naturlig synlighed som forklaring på forskellen i succes. SCT er i sagens natur mere synlig på RSI's afdelinger, end teamet er ude i primær sektor.

Implementeringen af SCT illustrer altså, at det er særligt vanskeligt at få en intervention op i omdrejninger, hvis man er afhængig af et udefrakommende initiativ og interventionen samtidig ikke er særlig synlig for dem, der skal tage initiativet. I afsnit 5.2 analyseres det, hvad der eventuelt kan gøres for at få bedre gang i det forebyggende samarbejde med primær sektor.

Inddrag samarbejdspartnere i udviklingen af interventionen

Om end SCT var rundt blandt samarbejdspartnere for at præsentere teamet, blev samarbejdspartnere kun i begrænset omfang inddraget i udviklingen af teamets tre hovedopgaver. Dette gælder både samarbejdspartnere i primær sektor og på hospitalet. Vi har set, at dette har skabt en vis initial modstand mod SCT fra samtlige samarbejdspartnere. Grundet nærhed til afdelingerne på RSI lykkedes det teamet at modvirke denne modstand, mens det har vist sig vanskeligere i forhold til primær sektor, som kun i begrænset omfang er kommet i gang med at bruge teamet til forebyggelse.

Inddragelse af samarbejdspartnere i udviklingen af interventionen tager tid og betyder, at man ikke kan komme i gang med interventionen så hurtigt, som man kunne ønske sig. Ikke mindst i forhold til de interessenter, som har stor indflydelse på interventionen, er denne proces særdeles vigtig. Dette er den begrænsede implementering af SCT's forebyggelse af indlæggelser et godt eksempel på.

Regelmæssighed i lægedækning bør sikres

Der er en række arbejdsopgaver, som kræver deltagelse af SCT's læge - ikke mindst i forhold til afkorte udvalgte AMA patienters indlæggelse. Men også de forebyggende indsatser, SCT gerne vil tilbyde primær sektor, kræver ofte deltagelse fra en læge. Manglende regelmæssighed i lægedækningen har derfor begrænset de opgaver SCT kunne løse. Så længe der kun er en læge tilknyttet projektet, vil dette være et iboende strukturelt problem, da der altid vil være et vist fravær, fx ved sygdom og barsel og i forbindelse med videre/efteruddannelse og konferencer. Sårbarheden vil også være

specielt tydelig i forbindelse med en eventuel opsigelse. Ved indførelsen af lignende ordninger bør man derfor gå efter at allokere mindst 1½ lægelig fuldtidsstilling. Der er mange måder, et hospital kan vælge at løse dette praktisk. Der kan være læger, der, ligesom det er tilfældet med SCT på RSI, ønsker at være på deltid. En anden mulighed kan være at tilknytte en læge halvt til en af hospitalets afdelinger og halvt til teamet.

4. Patienters, pårørendes og samarbejdspartneres syn på Shared Care Teamet

4.1 Patienter og pårørende

Der er gennemført i alt ti individuelle interviews med hhv. seks patienter og fire pårørende.⁴⁹ Det overordnede indtryk på tværs af samtlige ti interviews er, at patienter og pårørende generelt har været tilfredse med teamets indsats og den overgang mellem sektorer, teamet har bidraget til. Der har i alle ti forløb været styr på overleveringen til primær sektor, idet kommunen fik leveret de relevante ydelser til borgeren. Derudover beretter tre af informanterne, at SCT hjalp til med ting, som rækker ud over selve udskrivelsen, og som må formodes at sigte på etablering af en mere langsigtet bæredygtig situation. Én af informanterne fortæller fx, at SCT hjalp ham med at få etableret en kommunal bostøtteordning, som kunne hjælpe ham med hans alkoholmisbrug. En anden fortæller, at teamets medarbejder efter selve udskrivelsen kontaktede ham for at være behjælpelig med at søge kommunen om en ældrevenlig bolig. En tredje informant fortæller, at teamet forsøgte at afhjælpe patientens ensomhed ved blandt andet at få én fra kommunen til at komme og fortælle om de aktiviteter, kommunen tilbyder ældre borgere. Alle tre eksempler viser, at SCT har et langsigtet formål med deres indsats: Det handler ikke bare om at få patienterne (hurtigt) hjem, men også om at afhjælpe den bagvedliggende årsag til indlæggelsen, så patientens situation bliver bæredygtig, og fremtidige genindlæggelser kan undgås.

Interviewene viste dog også områder, hvor teamet muligvis kan blive endnu skarpere. Det handler om kommunikation med patienter og pårørende, da der var delte meninger om, hvorvidt teamet i tilstrækkelig grad får forklaret baggrunden for, at patienten kan og bør hjemsendes. Nogle af vores informanter følte sig særdeles velinformerede, mens andre følte sig dårligt informerede. Én af de pårørende, som føler sig velinformeret, udtrykte det på følgende måde:

"De brugte lang tid på at snakke med os og få os til at acceptere, at der ikke var mere, sygehuset kunne gøre for vores mor, og det derfor ville være mere værdigt for hende at dø i eget hjem. De turde tage den snak, og det var enormt godt. I starten var vi meget opsatte på, at mor skulle blive på sygehuset, men efterfølgende følte vi virkelig, at det havde været den rigtige beslutning at få hende hjem. Vi skylder dem en stor tak. Jeg har faktisk aldrig oplevet så god behandling på noget sygehus, og vi har fortalt alle i omgangskredsen om den oplevelse, vi havde med det der team." (Pårørende)

En patient som føler sig velinformeret siger det på følgende måde:

"Jeg følte mig helt tryk ved at komme hjem igen, for hun forklarede mig jo, at deres prøver viste, at alt var, som det skulle være. Det var helt okay, at jeg kom hjem så hurtigt. Ikke mindst fordi de jo så ringede til mig en uge efter, og efterfølgende har der da heller ikke været noget." (Patient)

Men der var dog også nogle, som påpegede, at de ikke følte sig godt nok informeret om baggrunden for hjemsendelsen. Én af dem siger det på følgende måde:

"Jeg var jo kun inde og vende en enkelt nat. Det var jeg faktisk skuffet over. De gjorde jo slet ikke noget ved mig, og jeg synes faktisk ikke, at jeg blev undersøgt grundigt nok. Jeg fik bare

⁴⁹ Otte planlagte interviews samt to ad hoc interviews under observationsstudiet - jf. metodekapitlet.

at vide, at der ikke var mere, de kunne gøre for mig. De var da søde nok, det er slet ikke det. Men det gik altså lidt for stærkt. Men altså, jeg har heldigvis ikke været indlagt siden.” (Patient)

En anden siger det på følgende måde:

”Jeg føler faktisk, at jeg blev udskrevet for tidligt. Jeg var ikke tryk ved det. Jeg ville gerne have været derinde en uge mere. Det havde været fint. De forklarede mig ikke rigtig, hvorfor jeg skulle hjem, og det kom noget uventet, for om lørdagen forbød de [sengeafdelingen] mig at tage hjem og hente min pung, og så pludselig mandag morgen får jeg at vide, at jeg skal hjem samme dag.” (Patient)

Citaterne viser, at der er forskellige opfattelser af, hvorvidt teamet i tilstrækkelig grad formåede at forklare patienter og pårørende baggrunden for udskrivelsen.

Under de ti interviews kom der tillige en række andre interessante emner frem. Et af de mest gennemgående emner var teamets forskellige udgående aktiviteter (følge hjem, hjemmebesøg samt telefonisk opfølgning). Stort set alle informanter var meget positivt overraskede over, at teamet har disse aktiviteter og var meget glade for at have modtaget dem. Også selv om det ”kun” drejede sig om en telefonsamtale:

”Jeg blev ringet op af teamet nogle dage efter indlæggelsen. De spurgte til, hvordan det gik med mig. Det blev jeg bare så glad for. Det må du gerne sige til dem!” (Patient)

Alle har oplevet, at de faktisk fik den opfølgning de blev lovet, og flere nævnte, at det ved udskrivelsen gav en tryghed at vide, at teamet ville følge op. En enkelt mente, at det opfølgende besøg var uden tilstrækkeligt indhold, idet patienten havde forventet at blive undersøgt grundigere under besøget.⁵⁰ En anden kunne godt have tænkt sig at få flere opfølgende besøg, end det ene han fik.

Et andet emne, der blev berørt i flere interviews, var udskrivningsmøderne. Generelt har informanterne haft gode oplevelser med dem. Flere fortæller, at SCT talte patientens sag under møderne og sikrede, at alle relevante emner blev berørt. Én enkelt informant havde dog en negativ oplevelse med et udskrivningsmøde, idet han oplevede, at de fire personer, der deltog i mødet udover ham selv, talte hen over hovedet på ham og ikke i tilstrækkelig grad inddrog ham i mødet. De fire øvrige deltagere var patientens to døtre, en visitator og en sygeplejerske/terapeut fra SCT.

Én af de pårørende berettede, at han havde det meget svært med at forstå navnet ”Shared Care Team”. Han havde nogle, viste det sig, forkerte forestillinger om, at teamet er koblet på døende patienter, og det hjalp ikke stort at spørge i afdelingen om teamets funktion. Han spurgte tre forskellige medarbejdere på sengeafsnittet og fik tre forskellige svar på, hvad det der Shared Care Team var for noget.

4.2 Afdelingerne på Regionshospitalet Silkeborg

Der er gennemført et fokusgruppelinterview med i alt 11 deltagere fra alle relevante afdelinger på RSI. Derudover blev der, som tidligere nævnt, under observationsstudiet gennemført otte kortere ad hoc interviews med tilfældige⁵¹ medarbejdere fra stort set alle afdelinger.

⁵⁰ Den samme patient, som heller ikke følte sig grundigt nok undersøgt under indlæggelsen - jf. citatet ovenfor.

⁵¹ Tilfældig derved at det ikke var planlagt på forhånd, hvem der skulle interviewes. Det foregik på den måde, at hvis det blev observeret, at SCT havde en dialog med en medarbejder under observationsstudiet, så interviewede DSI's medarbejder efterfølgende denne medarbejder, uden at SCT's medlem var vidende om interviewet.

4.2.1 Teamets styrker ifølge afdelingerne på RSI

På baggrund af fokusgruppeinterviewet og de individuelle interviews kan det klart konkluderes, at teamets samarbejdspartnere på RSI generelt er særdeles tilfredse med teamets indsats. De mange positive tilbagemeldinger kan med fordel inddeles i følgende overskrifter:

- ♦ Kvalitet og effektivitet kombineres
- ♦ Solidt kendskab til det primære sundhedsvæsen
- ♦ Kontinuitet og dialog med patienter og pårørende
- ♦ Udgående aktiviteter
- ♦ Fravær af koordineringsproblemer.

Kvalitet og effektivitet kombineres

Personalet på afdelingerne peger på, at SCT har en langt bredere og grundigere tilgang til udskrivelsen, end de selv har. Teamet har bedre tid per udskrivelse og får derfor undersøgt forhold og iværksat foranstaltninger, som sengeafsnittets personale end ikke ville have overvejet. Mange af hospitalets informanter er inde på, at en stor styrke ved SCT er, at de ikke kun tager hånd om selve udskrivelsen, men har en mere langsigtet tilgang med henblik på at skabe en mere bæredygtig situation i primær sektor. Samtidig opleves teamet som effektivt, dvs. de får arrangeret tingene og får komplekse patienter hjem langt hurtigere, end afdelingerne selv kunne gøre det. Én af informanterne udtrykker det på følgende måde:

"Det er faktisk helt vildt, hvad de kan. De tænker simpelthen på det hele og får styr på det på ingen tid. Ham Peter de udskriver i morgen – jamen uden SCT ville han være blevet her på sygehuset mindst til weekenden over. Og samtidig har de fået styr på ting, som jeg slet ikke selv ville have tænkt på, var vigtige. Men når de nævner det, så kan jeg jo sagtens se behovet." (Medarbejder på RSI)

Citatet er repræsentativt for flere af vores informanter, som påpeger, at teamet imponerer i forhold til at få selv meget komplicerede patienter hurtigt hjem igen. Samtidig understreger informanterne, at de bestemt ikke oplever, at det er hurtigt hjem for enhver pris – patienterne hjemsendes først, når der er taget hånd om de problemstillinger, teamet har udredt. Faktisk er der flere, der er inde på, at teamet for en umiddelbar betragter, nogle gange kan virke lidt omstændelig:

"Nogle gange kan man i et hektisk øjeblik godt komme til at være lidt frustreret over, at de er lidt for grundige. Når vi selv står for udskrivelsen, har vi ikke tid til at inddrage alle de aspekter, som de gør, og derfor dukker der ved deres udskrivelser nok også nogle gange ting op, som forsinker, at vi kan få patienterne ud af vagten. Men altså, det er jo kun godt, for det betyder jo bare, at den samlede kvalitet i patientforløbet forbedres." (Medarbejder på RSI)

Det er altså de hospitalsansatte samarbejdspartneres vurdering, at kvalitet og effektivitet går hånd i hånd. I givet fald skal en del af forklaringen måske findes i, at teamet har et solidt kendskab til det primære sundhedsvæsen – jf. næste afsnit.

Solidt kendskab til det primære sundhedsvæsen

Flere af informanterne peger på, at teamet i forhold til hospitalets sengeafsnit har et langt bedre kendskab til og netværk i den primære sektor. Det nævnes fx, at teamet har et bedre kendskab til både kommunernes muligheder og tilbud, men også til deres forskellige regler, procedurer og telefon-tider. Én af informanterne udtrykker det på følgende vis:

"De kender kommunerne ud og ind. De ved, hvad der kan lade sig gøre og ikke mindst, hvem de skal ringe til. De kender til langt flere kommunale tilbud, end vi nogensinde kommer til. Det kendskab kan vi ikke opbygge nær så godt, og derfor er de langt bedre til at skræddersy forløbet, så det passer til den enkelte." (Medarbejder på RSI)

Informanterne peger tillige på værdien af, at teamet efterhånden har et godt netværk blandt de kommunale medarbejdere. Et personligt kendskab til dem i den anden ende bidrager til opbygning af tillid og medvirker til, at teamet måske har nemmere ved at få kommunen til at acceptere løsninger, end afdelingerne har. Der peges fx på teamets mulighed for at udskrive direkte til aflastningsplads – noget afdelingerne på RSI oplever, de ikke selv har i samme grad.

Kontinuitet og dialog med patienter og pårørende

Informanterne er overvejende enige om, at ét af teamets styrker er, at teamet kan levere en mere kontinuerlig udskrivningsproces, end det er muligt for afdelingerne, idet afdelingens personaler som regel har skiftende vagter og derfor sædvanligvis ikke kan følge en udskrivelse hele vejen fra initiering til gennemførelse. Der tales ofte om, at den gode udskrivelse starter ved indlæggelsen, men at sikre denne proces er noget vanskeligere, når der måske er to-tre skifter i personalet, der er koblet på patienten i dagvagt. Der peges på, at et team, der alene fokuserer på udskrivningsprocessen, og som til gengæld følger patienten alle hverdage, måske netop er en hensigtsmæssig model for at opnå den gode gennemarbejdede udskrivningsproces.

Denne kontinuitet kan SCT yde i udskrivningsprocessen, og det vurderes af informanterne at komme patienterne til gode. Ikke mindst fordi det muliggør en god og kontinuerlig dialog med patienter og pårørende. Flere informanter nævner derudover, at teamets medlemmer samtidig er rigtig gode til at tale med patienter og pårørende. Dette tilskrives til dels, at teamet har bedre tid og mulighed til at føre denne dialog.

Udgående aktiviteter

En del af de hospitalsansatte informanter nævner teamets mulighed for at gennemføre udgående aktiviteter (følge hjem, hjemmebesøg og telefonisk opfølgning) som en stor styrke ved teamet, og det påpeges, at personalet på sengeafsnittene ikke ville have tid til at gennemføre disse aktiviteter.

Fravær af koordineringsproblemer

Som tidligere beskrevet er der en arbejdsdeling mellem SCT og dets samarbejdspartnere på sygehuset, for selvom SCT overtager udskrivelsen, er det fortsat afdelingen, der behandler og plejer patienten. Enhver arbejdsdeling kan give anledning til koordinationsproblemer, men dette er tilsyneladende ikke noget større problem i forhold til arbejdsdelingen mellem SCT og afdelingerne. DSI har under vores interviews spurgt til, om samarbejdspartnere oplever koordinationsproblemer, men den generelle tilbagemelding er, at der meget sjældent opstår koordinationsproblemer. Dette tilskrives informanterne den tætte dialog mellem teamet og sengeafdelingernes medarbejdere.

4.2.2 Teamets svagheder ifølge afdelingerne på RSI

Afdelingerne på RSI er som nævnt overvejende positive overfor SCT og styrkerne fylder klart mest i informanternes bevidsthed. Der blev dog også peget på tre svagheder.

For det første opstod der under fokusgruppeinterviewet efter lidt drøftelse konsensus om, at teamet godt kunne blive lidt bedre til at dokumentere de foranstaltninger, der er iværksat i forbindelse med de komplicerede udskrivelser. Det anerkendes, at teamet altid skriver i kardex/journal, når de er koblet på en kompliceret udskrivelse, men det indvendes, at de informationer, der gives om foranstaltningerne,

til tider er for summariske til, at sengeafdelingens personale har det fulde kendskab til, hvad der foregår. Dette kendskab er ikke mindst væsentligt for aftenvagten, som ofte står med pårørende, der spørger ind til, hvad der er gjort i forhold til udskrivelsen.

For det andet peger mange af informanterne på, at teamet ikke er til rådighed i den udstrækning, de kunne ønske sig. Der tales derfor for en opnormering af teamet - ikke mindst på lægesiden peges der på behovet for flere ressourcer og større kontinuitet.

For det tredje peger én enkelt af fokusgruppedeltagerne på, at når man etablerer et team, der tager sig af de komplicerede udskrivelser, så opbygger personalet på sengeafsnittene mindre rutine i selv at forestå komplicerede udskrivelser.

4.3 Kommunale samarbejdspartnere

Der er gennemført et fokusgruppeinterview med i alt 11 deltagere fra de tre kommuner. Derudover blev der under observationsstudiet gennemført fem kortere ad hoc interviews med tilfældige⁵² kommunale samarbejdspartnere. I både fokusgruppen og de individuelle interviews deltog medarbejdere fra både visitationsenheden og hjemmeplejen/plejehjem. Jf. i øvrigt metodeafsnittet.

4.3.1 Teamets styrker ifølge de kommunale samarbejdspartnere

Overordnet vurderer DSI, at de interviewede kommunale samarbejdspartnere i overvejende grad er tilfredse med SCT. Informanterne lagde således i langt større grad vægt på styrkerne frem for på svaghederne, og der var også betydelig mere konsensus om styrkerne, end der var om svaghederne. De kommunale samarbejdspartnere identificerede følgende styrker ved SCT:

- ◆ Kvalitet gennem en bred og grundig indsats
- ◆ Tilgængelighed og tillid
- ◆ Solidt kendskab til det primære sundhedsvæsen
- ◆ Udgående aktiviteter samt udskrivningsmøder.

Kvalitet gennem en bred, grundig og kontinuerlig indsats

Der er blandt de kommunale informanter konsensus om, at SCT gennem en bred og grundig indsats leverer en udskrivningsproces af højere kvalitet end sengeafsnittene. Én af informanterne siger det på følgende måde:

"Det, der adskiller SCT og stamafdelingerne, er kvaliteten i udskrivelsen. Niveauet er simpelt-hen langt højere. De har langt mere tjek på alle detaljer, og de har et præcist overblik over borgernes behov og funktionsevne. Dette gør, at de kan give os langt bedre informationer. Der er heller ikke nær så tit problemer med, at SCT's patienter ikke er færdigbehandlede, når de bliver hjemsendt." (Kommunal samarbejdspartner)

En anden informant uddyber:

"Og så er deres fokus langt bredere – for SCT handler det ikke bare om at få patienterne hjem, men om at skabe de rigtige rammer for at patientens situation forbliver god ude i primær sektor. Dette fokus har vi i visitationen tilfælles med SCT. Derfor synes jeg samarbejdet generelt er rigtig godt." (Kommunal samarbejdspartner)

⁵² Tilfældig derved at det ikke var planlagt på forhånd, hvem der skulle interviewes. Det foregik på den måde, at hvis det blev observeret, at SCT havde en dialog med en kommunal medarbejder under observationsstudiet (fx udskrivningssamtaler), så interviewede DSI's medarbejder efterfølgende denne medarbejder, uden at SCT's medlem var vidende om interviewet.

Flere af informanterne er derudover inde på, at en af fordelene ved SCT er den kontinuitet, teamet kan tilføre en udskrivelse:

"Når afdelingerne selv udskriver, så oplever vi ofte, at der er rigtig mange forskellige folk inde over, og det er tit, at deres viden om patienten er meget begrænset. Når udskrivelsen overtages af SCT, så er det den samme person, der forestår udskrivelsen fra A til Z. Det er en stor fordel, synes jeg." (Kommunal samarbejdspartner)

Citaterne illustrerer en stor tilfredshed med kvaliteten i SCT's udskrivningsforløb. En tilfredshed, som var meget udtalt i alle otte individuelle interviews, og som der tillige var konsensus om i begyndelsen af fokusgruppeinterviewet. Lidt senere i fokusgruppeinterviewet var der dog to af de 11 deltagere, der ytrede, at de havde iagttaget en udvikling i retningen af, at SCT i større og større grad efter deres mening sender patienter for hurtigt hjem. Én af dem udtrykker det på følgende måde:

"Jeg tror de har fået mere travlt, end de har haft tidligere. Jeg har i hvert fald bemærket, at de er begyndt at sende nogle af patienterne hjem lidt for hurtigt. Det har jeg set både med de komplicerede patienter og dem fra AMA." (Kommunal samarbejdspartner)

To andre kommunale informanter kunne slet ikke genkende denne udvikling. Én af dem siger det på følgende måde:

"Jeg oplever ikke, at SCT er begyndt at sende patienterne for hurtigt hjem. Tværtimod, vil jeg sige, har jeg oplevet flere gange, at de er meget grundige i deres udredning af patientens funktionsevne og behov. Når de opdager ting, som der skal tages hånd om, så har jeg flere gang oplevet, at de udsætter en planlagt hjemsendelse. På afdelingerne havde de aldrig opdaget de ting og havde så bare sendt problemerne videre til os. Med SCT bliver problemerne løst."

Der er altså blandt de kommunale informanter uenighed om, hvorvidt teamet i højere grad end tidligere sender patienter for tidligt hjem. Som tidligere nævnt er der samtidig konsensus blandt de kommunale informanter om, at teamets indsats er af høj kvalitet, og at de er bedre til at forestå komplicerede udskrivelser end afdelingerne. Derfor kan det konkluderes, at enkelte informanter har iagttaget en udvikling hen imod, at SCT efter deres mening sender patienter for hurtigt hjem, men ellers er der blandt alle kommunale informanter konsensus om, at SCT's udskrivelser er af højere kvalitet end afdelingernes.

Tilgængelighed og tillid

En del informanter fremhæver, at det er nemt at kommunikere med SCT. Dels er de nemme at få fat i telefonisk, dels er der gennem hyppig dialog opbygget et godt og tillidsfuldt forhold mellem teamets medlemmer og nøglepersoner i kommunerne – herunder især visitatorer, der har den hyppigste kontakt til teamet. Men det er ikke kun hyppigheden, der har været afgørende for det gode samarbejdsklima, for flere informanter tilskriver også teamets ærlighed og fleksibilitet stor betydning. Én af dem udtrykker det på følgende måde:

"Vi ved, at når SCT beskriver en patients behov og funktionsevne på en bestemt måde, så er det i overensstemmelse med virkeligheden. De overdriver ikke, og det gør, at vi er lydhøre, når de ringer til os. Og så kender vi dem jo efterhånden, og det hjælper selvfølgelig også." (Kommunal samarbejdspartner)

En anden supplerer:

"De er også til at snakke med. Hvis vi fx har svært ved at klare en hjemsendelse på en fredag, så har de forståelse for det, og så bliver patienten til mandag, uden at de af den grund varsler

patienten som færdigbehandlet. Den fleksibilitet kunne man godt tage ved lære af andre steder, for det gør jo, at vi til gengæld strækker os lidt i andre sammenhænge – fx gør jeg da lidt ekstra for fx at finde en aflastningsplads til én af deres patienter.” (Kommunal samarbejdspartner)

Citaterne viser, at der gennem tilgængelighed, ærlighed, fleksibilitet og hyppig dialog⁵³ er opbygget et godt samarbejdsklima mellem SCT og de kommunale samarbejdspartnere.

Solidt kendskab til det primære sundhedsvæsen

Flere af de kommunale informanter fremhæver, at teamet har et solidt kendskab til det primære sundhedsvæsen. Én af dem udtrykker det på følgende måde:

”SCT har en bedre forståelse for de problematikker, der er i primær sektor. De ved, hvor skoen trykker ude hos os. Derimod oplever vi, at stamafdelingerne alt for sjældent overvejer, hvad der sker, når patienten kommer ud i primær igen.” (Kommunal samarbejdspartner)

Citatet viser, at også samarbejdspartnerne på RSI fremhæver SCT's kendskab til primær sektor som en styrke.

Udgående aktiviteter samt udskrivningsmøder

Én af styrkerne ved SCT er ifølge de kommunale samarbejdspartnere teamets mulighed for at udføre udgående aktiviteter. En af dem siger:

”Noget af det, teamet gør, er at følge udvalgte patienter hjem, og derudover kommer de nogle gange ud til patienterne for at følge op på indlæggelsen. Det, tror jeg virkelig på, bidrager til nogle rigtig gode forløb, for det skaber tryghed hos patienterne” (Kommunal samarbejdspartner)

Derudover er der flere, der peger på teamets deltagelse i udskrivningsmøder som et stort plus ved teamet. Det understreges af flere, at det er godt, at de i det hele taget deltager, og derudover værdsættes det, at de til udskrivningssamtalerne indtager rollen som patientens advokat. Én af informanterne udtrykker det således:

”SCT indkalder os ofte til udskrivningsmøder, og det er virkelig godt, at de tager det initiativ. Derudover deltager de altid selv i møderne, og har oven i købet en meget aktiv rolle på mødet. Dermed bliver udskrivningssamtalerne langt bedre, end vi er vant til. Når jeg fx ringer til afdelingerne for at få en udskrivningssamtale sat i stand, får jeg tit at vide, at afdelingens personale ikke har tid til at deltage, og når de endelig deltager, har de ofte kun et ringe kendskab til patienten.” (Kommunal samarbejdspartner)

En anden uddyber:

”I de udskrivningssamtaler, jeg har haft med SCT, har de været rigtig godt inde i patientens behov og funktionsevne. Derudover er teamet meget styrende på mødet, og man fornemmer, at de er patientens advokat, og det er helt fint, for det er en effektiv måde at afdække patientens behov, så vi ikke kommer til at give for lidt hjælp.” (Kommunal samarbejdspartner)

DSI har spurgt ind til, om det eventuelt udgør en interessekonflikt, at SCT agerer ”patientens advokat”. Man kunne forestille sig, at teamet ved at være patientens advokat ville kræve ydelser, som kommunen ikke er indstillet på at give. Tilbagemeldingen er, at de kommunale visitatorer oplever, at

⁵³ Det er dog kun visitationsenhederne, der rapporterer om hyppig dialog.

teamet er reelt i sine beskrivelser af patienternes behov, og derfor er det, som også antydnet i citatet, kun en hjælp, at teamet sikrer, at patienten får dækket sine behov.

4.3.2 Teamets svagheder ifølge de kommunale samarbejdspartnere

Selvom de kommunale informanter overordnet set gav en positiv vurdering af SCT's funktion og indsats, blev der især under fokusgruppeinterviewet diskuteret en række svagheder. Der blev i alt nævnt syv svagheder:⁵⁴

- ◆ Manglende kendskab til SCT's forebyggende indsats
- ◆ Manglende kendskab til SCT generelt i hjemmeplejen og på plejehjem
- ◆ Ikke altid styr på medicinen i SCT's komplicerede udskrivelser
- ◆ Muligvis for lidt opfølgning til kommunale samarbejdspartnere efter hjemmebesøg
- ◆ Patientopfølgning slutter muligvis for tidligt
- ◆ Tidlig dialog virker forstyrrende i visitationen
- ◆ Ikke tilstrækkelig kapacitet i teamet.

Manglende kendskab til SCT's forebyggende indsats

Der var i fokusgruppen konsensus om, at der ikke i kommunerne er tilstrækkelig opmærksomhed på, at primær sektor har mulighed for at kontakte teamet med henblik på at forebygge indlæggelser. Flere af interviewets deltagere var faktisk overraskede over, at teamet har mulighed for at tilbyde en forebyggende indsats. I kapitel 5 vender vi som tidligere nævnt tilbage til dette emne og den opgave, som kommunen og teamet har fremadrettet.

Manglende kendskab til SCT generelt i hjemmeplejen og på plejehjem

En af informanterne fra Favrskov Kommune gjorde opmærksom på, at hjemmesygeplejersker i Favrskov Kommune stort set ingen erfaringer har med SCT. Nogle har aldrig hørt om teamet, og mange af dem, der har, ved ikke, hvordan de kan bruge teamet. En anden informant (fra Silkeborg) udtrykte den fejlagtige opfattelse, at teamets målgruppe ikke inkluderer plejhjemsbeboere. En tredje informant – også fra Silkeborg – er derimod godt klar over, at teamet tillige tager sig af plejhjemsbeboere. Kendskabet til teamet i hjemmeplejen og på plejhjemmet er altså nogle steder ganske begrænset, og det bør overvejes generelt at informere hjemmeplejen/plejhjemmene mere om SCT.

Nogle af repræsentanterne i hjemmeplejen/plejhjemmet ytrede derudover ønske om, at teamet i forbindelse med forberedelsen af udskrivelser i højere grad tager direkte kontakt til hjemmeplejen/plejhjemmet i stedet for at lade det gå via den kommunale visitation. Hertil replicerer nogle af repræsentanterne fra visitationen, at det er mest hensigtsmæssigt og ifølge samarbejdsaftaler, at koordineringen foregår via visitationen. Der er givetvis en intern kommunal modsætning i disse to synspunkter, som det kan være vanskeligt at manøvrere i for SCT. Samtidig er der efter det oplyste faktisk en vis direkte kontakt mellem SCT og hjemmeplejen/plejhjem. Det er vanskeligt at give klare anbefalinger, men det kunne overvejes, at der tværsektorielt gennemføres en kortlægning af, i hvilke typer af udskrivningssituationer sekundær sektor bør tage kontakt til visitationen hhv. til hjemmeplejen/plejhjemmet. I en sådan kortlægning bør der tages højde for eventuelle forskelle mellem de tre kommu-

⁵⁴ Udover disse syv svagheder nævnte to af informanterne, at SCT er begyndt at sende patienterne for tidligt hjem. Dette emne har vi valgt ikke at medtage her, for disse observationer har allerede været diskuteret som en nuancering af de kommunale informanternes vurdering af, at teamets arbejde er af høj kvalitet – jf. afsnit 5.3 ovenfor.

ner. Det vurderes desuden, at denne kortlægning bør være på overordnet niveau – dvs. for hele RSI og ikke kun for SCT.

Ikke altid styr på medicinen blandt SCT's komplicerede udskrivelser

Selvom SCT efter eget udsagn har fokus på korrekt medicinering, beretter to af de 11 fokusgruppemedtagere, at de ved SCT's komplicerede udskrivelser har observeret de samme problemer med unøjagtigheder med medicinen som ved udskrivelser, hvor SCT ikke har været inde over.

Muligvis for lidt opfølgning til kommunale samarbejdspartnere efter hjemmebesøg

Der var blandt fokusgruppens deltagere uenighed om, hvorvidt teamet er for dårlig til at informere de kommunale samarbejdspartnere efter et hjemmebesøg. Én af informanterne sagde:

"Jeg har oplevet, at de har været ude hos en borger efter indlæggelse, og vi hørte ingenting efterfølgende. Jeg så gerne, de ringede eller skrev til os, hver gang de er ude hos vores borgere, og opdaterede os på, hvad konklusionen er." (Kommunal samarbejdspartner)

To andre informanter kan ikke genkende, at SCT er dårlige til at følge op. Én af dem siger det på følgende måde:

"Jeg har lige den modsatte oplevelse. Jeg synes faktisk, at SCT er rigtig gode til at følge op. Jeg har kun haft gode oplevelser i denne forbindelse." (Kommunal samarbejdspartner)

Tidlig dialog virker forstyrrende i visitationen

Der er allerede tidligt i forløbet en tæt dialog mellem SCT og visitationen om, hvilke foranstaltninger der kan etableres for en given patient. Dette er godt for samarbejdet, men enkelte af informanterne fremhæver, at det også er forstyrrende for visitationen:

"SCT inddrager os langt hurtigere, end de gør i afdelingerne. I udgangspunktet er det godt for samarbejdet og for patienterne, men det er også tidskrævende for os. Jeg har fx oplevet at skulle arrangere en aflastningsplads til om torsdagen, men så blev patienten pludselig dårlig, og udskrivelsen måtte udskydes, og siden hen fandt vi en helt anden løsning. Dermed kunne vi have sparet os arbejdet med at etablere den aflastningsplads."

Som citatet illustrerer, er bagsiden ved tæt og hyppig dialog, at det tager tid. Det er nok en bagside, man må leve med og prioritere ledelsesmæssigt, såfremt man ønsker et tæt samarbejde om disse patienter.

Patientopfølgning slutter muligvis for tidligt

Én af styrkerne ved SCT er ifølge de kommunale samarbejdspartnere teamets mulighed for at udføre udgående aktiviteter – jf. ovenfor. Der er dog en informant, der flere gange har oplevet, at det efterfølgende forløb slutter lidt brat:

"En af de gode ting ved SCT er, at de er i kontakt med borgerne efter deres indlæggelse. Men jeg har flere gange oplevet, at det sluttede lidt brat. De er derude en enkelt gang, og det er så det. Jeg kunne godt tænke mig lidt flere besøg." (Kommunal samarbejdspartner)

Som vi tidligere har været inde på, har teamet faktisk bevidst valgt en strategi, hvor opfølgning oftest – men ikke altid – minimeres til kun en enkelt kontakt, fordi man ønsker at blande sig så lidt som muligt i primær sektor. Derudover vil hyppigere hjemmebesøg per patient medføre større arbejdsbelastning, hvilket vil begrænse antallet af patienter, SCT kan tage ind. Endelig er ovenstående ønske kun blev nævnt af en enkelt informant. Derfor vurderes det samlet set som uhensigtsmæssigt som stan-

dard at gennemføre flere hjemmebesøg per patient. Der bør dog i dialogen med primær sektor foregå en forventningsafklaring, så primær sektor er klar over, hvad og ikke mindst hvor meget SCT varetager/involveres efter udskrivelsen.

Ikke tilstrækkelig kapacitet i teamet

Enkelte af fokusgruppens deltagere havde oplevet, at SCT har begrænsede ressourcer, dvs. at de særligt i sommerferieperioden⁵⁵ har måttet afvise at gå ind i en udskrivning, selvom kommunen har bedt dem om det. Derudover har nogle af fokusgruppens deltagere undret sig over, hvorfor man ikke har valgt at koble SCT på et givent udskrivningsforløb.

Der er givetvis perioder, hvor SCT må afvise at tage flere patienter. Men når en kommune undrer sig over, at SCT ikke er koblet på et kompliceret udskrivningsforløb, behøver det ikke skyldes, at der ikke er ressourcer i SCT, men det kan lige så vel skyldes, at sengeafdelingen har glemt eller fravalgt at kontakte SCT. Derfor anbefales det, at kommunerne kontakter SCT, hver gang de identificerer en potentielt kompliceret udskrivelse. Dette sker kun sjældent i dag.

4.4 Almen praksis

Der er gennemført et fokusgruppeinterview med seks praktiserende læger, der alle kommer fra kompagniskabspraksis, og da hver af de seks deltagere forinden havde talt med deres kompagnoner om SCT, kan det antages, at de seks til en vis grad også taler på vegne af deres i alt 15 kompagnoner. På fokusgruppeinterviewet blev der givet udtryk for meget blandede meninger om SCT. Nogle af deltagerne havde svært ved at se fordelene ved SCT, mens andre var mere positive. De væsentligste emner der blev drøftet under fokusgruppen var:

- ◆ SCT's kommunikation med almen praksis
- ◆ Tvivl om hvem der har ansvaret
- ◆ Manglende kendskab til SCT i almen praksis
- ◆ Uhensigtsmæssigt ekstra led eller en ressource de praktiserende læger bør lære at trække på?

SCT's kommunikation med almen praksis

Af de seks informanter har tre haft gode erfaringer med SCT, mens de tre andre har haft mindre gode erfaringer. En faktor, der synes at kunne forklare, hvorvidt informanterne har haft en enten god eller dårlig oplevelse med SCT, er, hvorvidt de har oplevet at blive ordentligt og rettidigt informeret. Én af informanterne med gode erfaringer siger det på følgende måde:

"Jeg har snakket med mine kolleger i dag, og vi har gennemgående positive erfaringer med de udskrivningsforløb, hvor SCT er inde over. Vi har hver gang været i tæt telefonisk kontakt med teamets læge, og det har fungeret fint. For ikke så længe siden fik vi en patient hjem fra abdominalkirurgisk med maveproblemer og temperaturforhøjelser. Men det gik ikke rigtig, for der var fortsat noget galt med den mave, og så tog vi selv kontakt til teamets læge og fik ham koblet på, og han tog så patienten ind igen. Patienten kom ind, blev undersøgt og hjem igen. Det var et rigtig godt og effektivt forløb, og vi blev også informeret efterfølgende – igen mundtligt, så vidt jeg husker." (Praktiserende læge)

⁵⁵ Bemærk: Fokusgruppeinterviewet blev gennemført i efteråret 2008, og det er dermed den strejkeramte sommerperiode i 2008, der er nærmest i informanternes erindring. Under strejken bestod teamet udelukkende af lægen og af teamets fysioterapeut, og dermed havde teamet ifølge det oplyste ekstraordinært travlt og måtte afvise flere henvendelser end ellers.

Det fremgår af dette citat, at lægen havde en god oplevelse med SCT, blandt andet fordi lægen blev informeret løbende. Dette er også kendetegnet for de to øvrige informanter, der rapporterer om gode erfaringer – her har man også oplevet, at kommunikationen har været velfungerende. To af tre informanter med positive erfaringer har derfor ved en senere lejlighed på egen hånd kontaktet SCT for at få dem til at hjælpe med en patient.

Mens der således er tre med positive erfaringer, er der også tre med dårlige erfaringer. Fællesnævneren er en oplevelse af mangelfuld kommunikation. Én siger det på følgende måde:

"Jeg havde en ældre mand fra 1915 med dårligt hjerte, og jeg skulle have lavet noget om på hans medicin, og det kørte ikke helt rigtigt. Så kom der jo strejke, og jeg kunne ikke rigtig få taget blodprøver, og han var altså meget, meget svær at få ud af hjemmets fire vægge. Og da jeg vurderede, at jeg ikke kunne klare det selv, endte det med, at jeg ville have ham ind til en kort indlæggelse. Herefter blev jeg ringet op fra SCT, som tilbyder at tage ud og tage blodprøven. Helt fint med mig, men så har jeg ikke hørt fra dem siden. Men de har været derude, for de lavede om på mandens medicin uden at give os besked overhovedet, og så gik der to dage, så havde vi manden i røret, som sagde, han havde det bare så dårligt af det der medicin, og der var ingen af os, der kunne finde ud af, hvad han egentlig havde fået. Derfor måtte vi køre ud til ham og lave medicinen om til det, han havde i forvejen." (Praktiserende læge)

En anden har ikke personlige erfaringer med SCT, men det har hans kollegaer:

"Jeg har ikke selv personlige erfaringer med SCT, så jeg var nødt til at spørge mine kollegaer, og deres respons kan vel sammenfattes til: Der er meget lidt "Shared", men god "Care". "Shared"-delen mangler, for vi har faktisk stort set ikke fået tilbagemeldinger fra teamet på ret meget. "Care"-delen har de mere styr på, for vi har indtryk af, at patienterne har været glade for dem. Så patienterne var tilfredse, men kommunikationen var stort set ikke til stede." (Praktiserende læge)

Når tre af seks fokusgruppemedtagere oplever ikke at være blevet ordentligt og rettidigt informeret, så viser det, at der er betydelige problemer med teamets kommunikation med almen praksis. Dermed åbner SCT's klare styrke – nemlig at de bevæger sig uden for hospitalet – også op for en potentiel svaghed – den eksterne kommunikation. En svaghed som halvdelen af informanterne fra praksissektoren har stiftet bekendtskab med. Omvendt har den anden halvdel kun oplevet, at teamet fuldt ud har levet op til hele sit navn ved både at kommunikere ordentligt og rettidigt (Shared-delen) og højne kvaliteten i plejen for patienten (Care-delen).

Tvivl om hvem der har ansvaret

De seks informanter var enige om, at det for så vidt kan være udmærket med SCT's besøg ude i hjemmet, men det forudsætter, at SCT informerer om besøget både før og efter gennemførelse. Når det glipper som beskrevet ovenfor, så opstår der tvivl om, hvem der har ansvaret. Én af informanterne siger det på følgende måde:

"Og så er der en problemstilling omkring ansvaret: Hvem har ansvaret for patienten i perioden fra udskrivelsen, og til teamets opfølgning er afsluttet? Det er jo ikke helt ufarligt, hvis vi ikke ved, hvem der har ansvaret. Vi kan jo finde på at ordinere noget, som ikke passer sammen med noget af det, de har givet. Så det er fantastisk vigtigt, at der er en løbende kommunikation fra teamet." (Praktiserende læge)

Der var iblandt fokusgruppens deltagere konsensus om, at når SCT agerer ude i primær sektor, så er det uheldigt, hvis det ikke er klart, hvem der gør hvad, og hvem der har ansvaret for patienten. Den

uklarhed, som flere informanter har oplevet, kan fjernes gennem en mere struktureret informationsudveksling. Dette vender vi som nævnt tilbage til.

Manglende kendskab til SCT i almen praksis

De seks informanter fandt det slående, hvor sjældent deres respektive lægepraksis egentlig kommer i berøring med SCT. Det sker faktisk så sjældent, at der er nogle praktiserende læger, der slet ikke ved, hvad SCT er. Informationerne om SCT på sundhed.dk er i denne forbindelse kun til ringe hjælp, idet teksten om SCT vurderes at være unøjagtig. Fx står der på hjemmesiden, at SCT's målgruppe er de lette patienter, og dette sigter jo nok mod AMA patienterne, som sendes hjem samme dag. Men samtidig arbejder teamet jo også med de komplicerede udskrivelser. Denne unøjagtige beskrivelse af målgruppen på sundhed.dk medførte en del forvirring blandt de seks informanter. Derudover er det på sundhed.dk ikke præcist beskrevet, hvordan almen praksis kan bruge SCT til forebyggelse af indlæggelser. Der var i det hele taget kun to af de seks informanter, som var klar over, at teamet gerne vil bruges til forebyggelse. Endvidere var det uklart for flere af informanterne, hvad SCT kan tilbyde i forhold til forebyggelse. Men under fokusgruppeinterviewet kom der en lang række gode forslag frem til, hvad almen praksis gerne vil bruge teamet til. Disse udviklingsforslag beskrives i kapitel 5 nedenfor.

Uhensigtsmæssigt ekstra led eller en ressource de praktiserende læger bør lære at trække på?

En af informanterne havde helt overordnet det synspunkt, at SCT er et uhensigtsmæssigt ekstra led, som blot gør det endnu vanskeligere at skabe sammenhæng i patientforløbet:

"Jeg oplever, at SCT er en indskudt kunstig konstellation. Hvis de vil fremme det her samarbejde om de her tunge patienter, så synes jeg, det var meget bedre, at vi fik mulighed for at få den behandlende læge ud til hjemmebesøg. Det ville da være nytænkning – men jeg kan ikke se, hvad vi dog skal med endnu en ekstra læge ind over? Jeg synes, at de læger og sygeplejersker der har set patienten på sygehuset har et vist kendskab til patienten. Jeg har et vist kendskab til patienten. Den læge eller andet personale fra SCT har ikke noget kendskab til patienten. Derudover er det endnu et nyt ansigt, som patienten skal forholde sig til. Vi ved, hvor belastende det er for ældre patienter at have en masse nye mennesker ind over hele tiden. Ind og ud af huset og så kommer der ved gud et nyt ansigt igen." (Praktiserende læge)

Synspunktet er meget markant og blev gentaget flere gange under fokusgruppeinterviewet. De andre deltagere delte ikke dette synspunkt. Tværtom var der flere, som talte imod det:

"Jeg ser dem som en buffer inde på afdelingen, hvor man kan ringe og få nogle råd, nøjagtig ligesom vi kan med andre specialister. Vi har også akutteam indenfor psykiatrien, som tager ud og vurderer patienterne. Jeg kan ikke se den store forskel på ift. SCT, hvor vi har nogle geriatriinteresserede læger og sygeplejersker, som tydeligvis har sat sig ind i tingene, for jeg oplever, at de kan noget mere, end jeg kan. Det kan jeg ikke se noget skidt i. Hvis man vil snakke med en kardiolog om noget specifikt, så er det helt fint at ringe op på afdelingen, men man kan aldrig få dem til at tage ud, og det ville også være spild af ressourcer. Men lige præcis det her team tilbyder den mulighed, og det er da bare godt. Så det betyder for os, at vi skal lære at tænke i de baner, at her kunne vi måske undgå en indlæggelse, hvis der kom en geriatriinteresseret speciallæge ud og kiggede på patienten. Langt det meste klarer vi jo selv ved at snakke med hinanden og med hjemmeplejen, men der kan være nogle helt specielle ting, som vi har brug for." (Praktiserende læge)

Synspunktet om, at teamet ikke er brugbart for almen praksis, deles altså ikke af de fem øvrige informanter. Det er heller ikke i overensstemmelse med virkeligheden, at teamet har mindre viden om patienterne end det øvrige relevante hospitalspersonale. I forhold til AMA patienterne, tager SCT jo

over, inden patienterne er blevet fordelt mellem afdelingerne. Dermed er SCT's læge og sygeplejerske/terapeut dem, som har den indgående viden om patienten, for der er ikke andre behandlende læger inde over.⁵⁶ Med hensyn til de komplicerede udskrivelser er det vurderingen blandt både teamets hospitalsansatte og teamets kommunalt ansatte samarbejdspartnere, at teamet har langt større viden om patienternes behov og funktionsevne, end afdelingernes personale har i komplicerede udskrivelser, når SCT ikke er inde over. Endelig er det ikke umiddelbart logisk, at SCT skulle føre til, at patienterne belastes af, at der kommer en masse ekstra mennesker ind over. I forhold til AMA patienterne er formålet med SCT tværtom at undgå, at patienterne kommer op på afdelingerne og derved skal stifte bekendtskab med en lang række nye ansigter og omgivelser. Hvis det gennem en forebyggende indsats helt kunne undgås, at de havnede på AMA, så ville det sågar være endnu bedre. I forhold til de komplicerede udskrivelser kan man selvfølgelig sige, at der er et ekstra ansigt at forholde sig til. Men som de øvrige samarbejdspartnere tidligere har påpeget, er en af fordelene ved teamet jo netop den konsensus det giver, at det trods alt er det samme menneske, der tager sig af hele udskrivningsforløbet.

Samlet set vurderes det meget kritiske syn på SCT således at være en ikke-repræsentativ holdningspræget indstilling, som i høj grad skyldes manglende viden. Denne vurdering underbygges af, at informanten oplyste, at det efterhånden er nogle år siden, vedkommendes lægepraksis har været i kontakt med SCT. Grunden til, at vi tolker synspunktet som værende ikke-repræsentativt, er, at synspunktet ikke fandt opbakning blandt de fem andre informanter. Dette betyder dog ikke, at informanten behøver at stå alene med synspunktet, og i forlængelse af diskussionen vedrørende teamets til tider mangelfulde kommunikation med almen praksis er det da også sandsynligt, at en del praktiserende læger er skeptisk indstillede overfor SCT.

4.5 Opsummering

Vi har nu set på patienter og pårørendes samt samarbejdspartneres vurdering af styrker og svagheder ved SCT. Patienter og pårørende er generelt tilfredse med teamets indsats. Teamets udgående aktiviteter var én af de ting, som patienterne og de pårørende fandt særligt positivt ved SCT. Interviewene viste dog også, at der trods den generelle tilfredshed er rum for forbedring. Især kan teamet i deres kommunikation med patienterne godt gøre endnu mere for at sikre, at patienterne er trygge ved at komme hjem.

Blandt teamets tre samarbejdspartnere er det afdelingerne på RSI, der er mest tilfredse med teamet. De peger specielt på, at teamet evner at kombinere kvalitet og effektivitet. Afdelingerne anfører dog også kritikpunkter, herunder er der et ønske om, at teamet bliver mere udførlige i den dokumentation, der deles med afdelingerne.

Det vurderes, at de kommunale samarbejdspartnere ikke er helt så tilfredse med SCT som afdelingerne på RSI. Overordnet set er de kommunale samarbejdspartnere dog også ganske tilfredse med teamet. Blandt andet sætter de kommunale samarbejdspartnere pris på et samarbejdsklima, der er baseret på ærlighed, fleksibilitet og tillid. De kommunale samarbejdspartneres væsentligste kritikpunkt overfor teamet er, at de oplever lige så mange fejl i medicinen, når det er teamet, der har forestået en kompliceret udskrivelse, som når det er afdelingerne, der selv står for udskrivelsen.

Som samlet gruppe er de praktiserende læger klart den samarbejdspartner, der er mindst tilfreds med teamet. Blandt de seks interviewede praktiserende læger var der tre, der var godt tilfredse med teamet, mens de tre grundet mangelfuld kommunikation har været utilfredse og frustrerede med teamet.

⁵⁶ AMA's personale i dagvagt vil normalt kun have viden nok til, at de kan passe og pleje patienten under indlæggelsen.

Frustrationen skyldes blandt andet, at den mangelfulde kommunikation fører til ekstra arbejde og tvivl om ansvarsfordelingen.

Hvad er årsagen til, at afdelingerne på RSI er mest tilfredse med SCT, kommunerne er lidt mindre tilfredse, mens de praktiserende læger er klart mindst tilfredse? En del af forklaringen er naturligvis, at primær sektor har mere at være utilfreds med end afdelingerne på RSI, for det er i primær sektor, man oplever problemerne med utilstrækkelig kommunikation og fejl i medicinen. Nærhed og antal samarbejdsrelationer vurderes dog også at have en væsentlig betydning for tilfredsheden med SCT. Dette skyldes, at teamet har deres daglige gang på RSI, hvorfor det er noget nemmere for teamet at opbygge personlige relationer til personalet på RSI's afdelinger, og det må formodes at have positiv indvirkning på afdelingernes tilfredshed med teamet.

I primær sektor er man ikke tæt på SCT, men i de kommunale visitationsenheder har man til gengæld en hyppig telefonisk kontakt med teamet, og dette vurderes at have betydning for de overvejende positive kommunale vurderinger af teamet.

De praktiserende lægers kontakt med SCT er derimod begrænset. I hovedreglen inddrages de kun i sager med hurtig hjemsendelse af AMA patienter, og dem gennemførte SCT kun 93 af i 2007. Disse 93 forløb fordeler sig på lidt over 100 praktiserende læger.⁵⁷ Statistisk set oplever hver praktiserende læge altså kun én gang årligt, at SCT gennemfører en hurtig hjemsendelse af en AMA patient. Hvis man oplever, at kommunikationen i denne forbindelse er utilstrækkelig, så giver det en dårlig opfattelse af SCT, som det tager lang tid at få ændret - ikke mindst hvis der er en gran af sandhed i mundheldet om, at der skal ti gode oplevelser til at ophæve en dårlig.

Der er altså noget, der tyder på, at afstand, både organisatorisk og geografisk/fysisk, gør, at de gode samarbejdsrelationer er vanskeligere at opnå end ellers. Dette er en strukturel udfordring, som organisation og specielt ledelsen skal være opmærksom på for at få det fulde positive udbytte af Shared Care Teamet.

⁵⁷ Estimeret antal: RSI's optageområde skønnes at være på 160.000 indbyggere, og dermed udgør optageområdet knap 3 % af Danmarks befolkning. Der er 3.500 praktiserende læger i Danmark, og 3 % af 3.500 er 104 praktiserende læger. Region Midtjylland opererer ikke længere med optageområder, og derfor har vi foretaget vores eget estimat: Befolkningsgrundlaget i hele Silkeborg, Skanderborg og halvdelen af Favrskov er 160.000 indbyggere. Dette er sikkert ikke helt præcist, men godt nok til formålet.

5. Styrker, svagheder og udviklingsmuligheder for Shared Care Teamet

Vi har nu i kapitel 3 beskrevet SCT, herunder hvad deres formål er, hvordan de arbejder i det daglige, og hvordan teamet blev implementeret. Kilderne til beskrivelsen i kapitel 3 har primært været observationsstudiet samt interview med SCT. Vi har derudover i kapitel 4 redegjort for patienter og pårørendes samt samarbejdspartners syn på SCT. Kilderne til denne redegørelse i kapitel 4 har været hhv. individuelle og fokusgruppe interviews. Her i kapitel 5 ses der på tværs af disse kilder, og der gennemføres en analyse af teamets styrker, svagheder og udviklingsmuligheder. Ved netop at kigge på tværs af observationsstudie og de forskellige interviews, er vi i analysen i stand til at fremhæve både nogle styrker og nogle svagheder som særligt betydningsfulde. Samtidig tager vi os den analytiske frihed ikke at overføre alt det, der er nævnt i de to forrige kapitler. Dvs. hvis vi ud fra en samlet betragtning mener, at en observation eller et synspunkt har mindre betydning, bliver denne ikke gentaget her i kapitel 5. Dermed er kapitel 5 en analyse af det, DSI ud fra en samlet betragtning vurderer som de væsentligste styrker, svagheder og udviklingsmuligheder.

Kapitel 5 er struktureret således, at teamets væsentligste styrker først vil blive analyseret. Herefter vil vi analysere teamets væsentligste svagheder og for hver diskuteres udviklingsmuligheder, der minimerer eller fjerner disse svagheder. Der vil altså blive foreslået løsninger på de identificerede problemer. I denne forbindelse antages det, at teamets nuværende normering ikke er til diskussion, og derfor lægges der det bånd på løsningerne, at de så vidt muligt skal findes indenfor de nuværende normeringsmæssige rammer.

5.1 Shared Care Teamets styrker

Shared Care Teamet har en række styrker. I denne analyse har vi valgt at samle dem i fire styrkeområder:

- ◆ Langsigtet fokus på bæredygtig tilbagevenden til primær sektor
- ◆ Udskrivningsmøder samt udgående aktiviteter (Hjemmebesøg, følge hjem og telefonisk opfølgning)
- ◆ God dialog med patienter og pårørende
- ◆ Samarbejde gennem tværsektorielt perspektiv, troværdighed og fleksibilitet.

Styrkerne vurderes at være tværgående både i forhold til teamets fire medarbejdere og i forhold til de to hovedopgaver, teamet primært varetager (komplicerede udskrivelser og afkortelse af udvalgte AMA patienters indlæggelse).

5.1.1 Langsigtet fokus på bæredygtig tilbagevenden til primær sektor

Det danske sygehusvæsen har de seneste årtier undergået store forandringer hen imod langt mere accelererede udrednings- og behandlingsforløb. På alle landets sygehuse er der sket en betydelig konvertering fra stationær til ambulant behandling. Dette har medført, at der de sidste ti år er sket et

markant fald i den gennemsnitlige somatiske liggetid på ikke mindre end 27 %.⁵⁸ Når man har markant mindre indlæggelsestid til at gennemføre et udrednings- og behandlingsforløb, så vil det alt andet lige indsnævre hospitalets fokus til hurtigst muligt at udrede og behandle de somatiske problemstillinger patienten indlægges for. I et hospitalsperspektiv er kriteriet for udskrivelse altså i mindre grad blevet, om patienten er rask, men om patienten er behandlingskrævende på et specialistniveau.

Faldet i liggetid er mest markant blandt ældre patienter (Vinge et al. 2007). Fra 1991 til 2004 er de +85-åriges gennemsnitlige liggetid fx faldet fem gange mere end de under 60-åriges, og de +85-åriges gennemsnitlige liggetid er halveret fra over 14 dage i 1991 til omtrent syv dage i 2004. Når ældre patienter får et mere kortfattet udrednings- og behandlingsforløb på sygehuset, er det nærliggende, at dette medfører øgede udfordringer for primær sektor, som skal modtage patienterne. De er måske nok færdigbehandlede i et hospitalsperspektiv, men vil sikkert alligevel være mere plejekrævende end tidligere.⁵⁹ Hvis man ikke er opmærksom på dette stigende plejebæhov i det konkrete patientforløb og i det tværsektorielle samarbejde omkring forløbet, kan det medføre, at patientens helbredstilstand kort tid efter udskrivelse atter forværres og at patienten så atter må indlægges. Flere undersøgelser har da også påvist, at der er høj risiko for genindlæggelser blandt svage ældre patienter, og at risikoen er størst i tiden umiddelbart efter udskrivelsen (Hvid 2001; Sundhedsministeriet 2001). Årsagen er sandsynligvis, at mange ældre patienter har kroniske lidelser og flere samtidige sygdomme, og den afkortede liggetid medfører, at hospitalet i højere grad end tidligere kun kan sætte fokus ét sted (det patienten blev indlagt for) og derfor må overlade resten til primær sektor. Hermed øges behovet for koordinering ved udskrivelse med henblik på den videre medicinske behandling, genoptræning samt tildeling af hjælp fra den kommunale hjemmepleje (Leinonen, Heikkinen & Jylha 1999; Leinonen, Heikkinen & Jylha 2001; Stewart, Marley & Horowitz 1999).

Det formodes, at udviklingen i liggetider på RSI følger den ovenfor beskrevne generelle udvikling på landsplan. Derfor antages det, at man også på RSI har fået et mere kortsigtet fokus på udredning og behandling af ældre patienter, og at dette har medført et øget behov for at understøtte overleveringen til primær sektor. På RSI ligger der naturligvis også mange ældre patienter med en række samtidige sygdomme og problemstillinger, som måske ligger udover eller er bagvedliggende indlæggelsesårsagen, og som man grundet kortere indlæggelsesforløb ikke har mulighed for at afhjælpe i samme grad som tidligere. Det må altså formodes, at også RSI's færdigbehandlede patienter hen over tiden har fået et øget plejebæhov, og at dette udfordrer det tværsektorielle samarbejde om disse færdigbehandlede patienter. Formålet med etableringen af SCT var at adressere netop denne udfordring og det vurderes, at teamet har forudsætningerne for at løse udfordringen, idet en markant styrke ved SCT netop er, at teamet har fokus på og tid til at udrede og fjerne disse øvrige eller bagvedliggende faktorer. Resultatet af hospitalsindlæggelsen bliver således ikke blot en umiddelbar udredning og behandling af den akutte problemstilling patienten blev indlagt for, men en mere langsigtet intervention som sigter på, at patientens situation i fremtiden bliver mere bæredygtig, og genindlæggelse undgås. Det er ikke fordi, SCT sætter ind med yderligere hospitalsbehandling, men snarere, at teamet får aktiveret nogle af de ressourcer og ydelser, som dels patientens pårørende og dels primær sektor råder over.

Både observationsstudiet og interviews med patienter, pårørende og samarbejdspartnerne dokumenterer, at teamet i høj grad har dette bredere fokus på ikke blot at sikre en hjemsendelse, men også at få taget hånd om andre og måske lidt dybereliggende problemer. Et eksempel er Kurt, som havde fået en blodprop, og teamet fik derfor blandt andet etableret en aflastningsplads til hans plejekrævende

⁵⁸ Fra 6,1 dage i 1996 til 4,5 dage i 2005 (Vinge & Buch 2007). Nyeste tal fra Ministeriet for sundhed og forebyggelse indikerer, at der fra 2005 til 2007 er sket et yderligere fald i liggetiden (Ministeriet for sundhed og forebyggelse 2008) – denne statistik inddrager dog både somatisk og psykiatrisk liggetid og kan derfor ikke sammenlignes direkte.

⁵⁹ Spørgsmålet om hvorvidt accelererede hospitalsindlæggelser har påført kommunernes øgede udgifter til fx intensiveret pleje er dog fortsat underbelyst i dansk sundhedstjenesteforskning. For en oversigt over den tilgængelige litteratur se (Madsen 2008).

kone, så Kurt kunne få et frirum til at vænne sig til sin nye livssituation (jf. side 31). Et andet eksempel er en ældre mand med KOL, hvor SCT en del tid efter endt indlæggelse fortsat var på bane for at støtte ham i at søge kommunen om en ny bolig, fordi han pga. trapper efterhånden ikke kunne komme ud af sin nuværende lejlighed. Vi har også interviewet en lidt yngre patient, der var indlagt, fordi han blev kvæstet under en beruselse. og hvor SCT, for at støtte ham i hans forsøg på alkoholafrvæning, var behjælpelig med at få kommunen til at etablere en kommunal bostøtteordning (jf. side 51).

En væsentlig forudsætning for, at man kan have et sådant langsigtet fokus, er, at der er tid til det. Der skal være tid til at være i løbende dialog med både patienten, de pårørende og primær sektor, for derved:

1. at få sammenstykket den flerhed af problemområder, der ofte er i svage ældre patienters helbreds-mæssige situation,
2. at finde relevante løsninger på problemområderne,
3. at koordinere implementeringen af løsningerne, samt
4. at følge op på implementeringen.

SCT har i modsætning til afdelingerne den tid, disse aktiviteter kræver, for dette er et af kerneområderne. Selvom teamet bruger den tid, der kræves til at arbejde på en mere bæredygtig situation, bliver hospitalsindlæggelsen i hovedreglen ikke længere af den grund, da teamet kan arbejde mere intensivt med problemstillingerne, fordi teamet ikke samtidig skal sikre pleje og behandling mv. Derudover er det en styrke ved teamet, at man kan levere en mere kontinuerlig udskrivningsproces end det er muligt for afdelingerne, idet afdelingens personale som regel har skiftende vagter og derfor sædvanligvis ikke kan følge en udskrivelse hele vejen fra initiering til gennemførelse. Denne kontinuitet i udskrivningen vurderes som en væsentlig forudsætning for, at det på trods af ganske få indlæggelsesdage kan lykkes at skabe bæredygtige udskrivningsforløb.

Teamet lægger derudover selv loftet for, hvor mange patienter de tager ind ad gangen. Det betyder, at det er op til deres egen faglige vurdering at afgøre, hvornår de ikke kan håndtere flere opgaver, før det går ud over kvaliteten i opgavevaretagelsen. Derved er det teamets faglighed, der er bestemmende for afvejningen mellem indsatsens kvalitet og kvantitet og ikke udefrakommende faktorer som fx travlheden på afdelingerne. Denne dekobling fra afdelingerne vurderes at have betydning for teamets fastholdelse af et højt fagligt niveau og en dedikation i opgavevaretagelsen.

En yderligere forudsætning for etableringen af gode bæredygtige løsninger er dog også viden om, hvilke muligheder der kan etableres. SCT har denne viden, fordi de har et indgående kendskab til primær sektor. Det er tydeligt, at teamet ikke kun har kendskab til de ydelser og ordninger, de tre kommuner kan levere, men også en forståelse for rammerne i primær sektor. Denne forståelse bruger de i vurdering af, hvilke problemer som kan opstå, når patienten kommer hjem, og som der bør tages hånd om. Som vi så i kapitel 3 ved SCT, fx at personalet i primær sektor i hovedreglen er alene ude hos borgeren, og hvis der skal to personer til at forflytte en patient, så kan det ikke lade sig gøre på samme måde som på et sygehus, hvor man nemt kan tilkalde en kollega.

Samlet set gælder det for SCT, at teamet, i modsætning til afdelingerne, har tid, kontinuerlighed og stor viden om primær sektor. Disse faktorer vurderes som afgørende for, at teamet kan levere mere bæredygtige udskrivelser end afdelingerne.

5.1.2 Udskrivningssamtaler samt udgående aktiviteter

Udskrivningsmøder er et af de midler, som SCT systematisk bruger i deres arbejde med at bidrage til at skabe og koordinere bæredygtige løsninger. SCT prioriterer, i modsætning til afdelingerne, disse mø-

der meget højt. Teamet indkalder selv til dem, deltager altid i dem, og under møderne har de en meget aktiv og styrende rolle. De kommunale samarbejdspartnere peger da også på udskrivningssamtalerne som et af teamets klare styrker, ikke mindst fordi det er en effektiv måde at få etableret præcis de kommunale hjælpeforanstaltninger patienten har brug for.

De patienter og pårørende, vi har interviewet, har generelt også haft gode oplevelser med udskrivningssamtalerne, og flere fortæller, at SCT taler patientens sag under møderne og sikrer, at alle relevante emner blev berørt. Én informant havde dog en negativ oplevelse med et udskrivningsmøde, idet han oplevede, at de fire personer, der deltog i mødet udover ham selv, talte hen over hovedet på ham og ikke i tilstrækkelig grad inddrog ham i mødet. De fire øvrige deltagere var patientens to døtre, en visitator og en sygeplejerske/terapeut fra SCT. Under observationsstudiet deltog DSI i tre udskrivningssamtaler, og i ét af dem observerede vi ligeledes tendenser til, at nogle af mødedeltagerne⁶⁰ kortvarigt talte hen over hovedet på patienten. Vi observerede dog samtidigt, at SCT's sygeplejerske/terapeut hurtigt interverenerede i denne uhensigtsmæssige dialog og sikrede, at patienten alligevel blev inddraget i samtalen. Det tyder altså på, at det generelt kan være en udfordring at få patienter inddraget i udskrivningsmøder, og at SCT bør være opmærksom på denne udfordring, og i de fleste tilfælde også får sikret, at patienten inddrages. Det anbefales, at SCT fortsat fastholder fokus på inddragelse af patienten under udskrivningssamtalen.

Teamets mulighed for at deltage i udgående aktiviteter (følge hjem, hjemmebesøg og telefonisk opfølgning) er et andet sæt virkemidler, SCT gør brug af. Teamets udgående aktiviteter roses af både patienter, pårørende og samarbejdspartnere. Det vurderes at være en styrke ved teamet, at de ved behov har mulighed for at gennemføre disse aktiviteter, der hjælper teamet til at udrede, koordinere, overlevere og følge op. Aktiviteterne er dermed centrale elementer i teamets værktøjskasse, og det er samtidig disse aktiviteter, som er med til at gøre SCT unikke på RSI, da sengeafdelingerne på RSI ikke har mulighed for at tilbyde de udgående aktiviteter.

SCT har fire typer af udgående aktiviteter:

1. Hjemmebesøg under indlæggelse
2. Følge-hjem ordning
3. Opfølgende hjemmebesøg
4. Telefonisk opfølgning.

Nedenfor beskrives de fire typer.

Formålet med hjemmebesøgene under indlæggelsen er i høj grad at afklare behovet for støttende hjælpemidler og øvrige kommunale ydelser. Hjemmebesøgene under indlæggelsen bruges udelukkende i forbindelse med de komplicerede udskrivelser. I 2007 gennemførte SCT hjemmebesøg under indlæggelse blandt 39 patienter, hvilket svarer til 12 % af alle teamets komplicerede udskrivelser.⁶¹ Hjemmebesøget udføres af den SCT sygeplejerske/terapeut, der har ansvaret for udskrivelsen, og teamets læge deltager normalt ikke. Under observationsstudiet blev der ikke afholdt hjemmebesøg under indlæggelsen, og DSI har derfor ikke haft lejlighed til at overvære et sådant. Men efter det oplyste er besøget et værdifuldt redskab for SCT.

Den anden udgående aktivitetstype, SCT råder over, er, at teamet følger udvalgte patienter hjem fra hospitalet i forbindelse med selve udskrivelsen. Aktiviteten udføres af den SCT sygeplejerske/terapeut, der har ansvaret for udskrivelsen, og teamets læge deltager normalt ikke. Følge hjem aktiviteten bruges i forhold til de to hovedopgaver, komplicerede udskrivelser og afkortelse af indlæggelser. I 2007

⁶⁰ Patientens faste hjemmehjælper samt den sygeplejerske på sengeafsnittet, som havde passet patienten.

⁶¹ Jf. tabel 4.4 på side 39.

fulgte SCT 23 patienter hjem, hvilket svarer til 6 % af alle teamets patienter.⁶² Teamet bruger blandt andet følge hjem aktiviteten til at vurdere patientens evne til at klare sig selv. Derudover foretager sygeplejersken/terapeuten en gennemgang af patientens medicinskab, og det tjekkes, om der er mad i køleskabet. Dermed ligner SCT's følge hjem ordning i høj grad den følge hjem ordning, der er afprøvet i et endnu ikke offentliggjort randomiseret forsøg på Gentofte Hospital.⁶³ Her nedbringer følge hjem funktionen genindlæggelsesfrekvensen ganske væsentligt. Det er nærliggende at antage, at også SCT's følge hjem funktion har en gavnlig effekt på patienternes genindlæggelsesfrekvens.

Den tredje udgående aktivitet er opfølgende hjemmebesøg. Besøget gennemføres typisk en uge efter endt indlæggelse og har til formål at følge op på, hvordan det så gik efter udskrivelsen. Normalt deltagere både en af teamets sygeplejersker/terapeuter og teamets læge i opfølgende hjemmebesøg, og dermed er aktiviteten temmelig ressourcekrævende. Opfølgende hjemmebesøg bruges på begge hovedopgaver. Mens kun 3 % af patienterne med komplicerede udskrivelser får et opfølgende hjemmebesøg,⁶⁴ er det hele 25 % af AMA patienterne.⁶⁵ Ordningen bliver altså især anvendt til at følge op på de AMA patienter, der har fået afkortet deres indlæggelse. Samlet set fik 8 % af alle SCT's patienter et opfølgende hjemmebesøg.⁶⁶ SCT's opfølgende besøg følger ikke nogen bestemt dagsorden, men er i høj grad tilpasset den pågældende patients problemstillinger. Som regel inkluderer dette en gennemgang af patientens medicinbeholdning samt en uformel ADL⁶⁷ vurdering – fx lægges der mærke til patientens generelle udseende og soignering, hvor opryddet der er, og om der er lavet kaffe, dækket bord mv.

Den fjerde udgående aktivitet er telefonisk opfølgning, som bruges, når der ikke er tid til eller behov for et decideret opfølgende hjemmebesøg. Telefonisk opfølgning kan således være udmærket i nogle situationer, men giver naturligvis ikke mulighed for samme grundighed som de opfølgende hjemmebesøg. I 2007 gennemførte SCT telefonisk opfølgning på 29 patienter svarende til 7 % af teamets patienter.

Samlet set er det forholdsvis få patienter, der får en eller flere udgående aktiviteter. Af i alt 445 patienter i 2007 fik 123 en udgående aktivitet, hvilket svarer til 29 % af alle SCT's patienter.⁶⁸ Selvom det naturligvis er et fagligt skøn, om en udgående aktivitet er nødvendig, så virker det ikke som så meget, at under 1/3 af SCT's patienter får en udgående aktivitet. Samtidig inddrager teamets udgående aktiviteter kun sjældent primær sektor. Det forholdsvis lave antal udgående aktiviteter og den manglende inddragelse af primær sektor kunne adresseres ved at kombinere nogle af nedenstående udviklingsscenarier.

Scenarie 1: Mere rutinemæssig telefonisk opfølgning på patienterne

Blandt de udgående aktiviteter er telefonisk opfølgning den mindst ressourcekrævende for SCT. Samtidig behøver man ikke planlægge en telefonopringning på samme måde som et aftalt besøg. Vi ved fra vores interview med patienter og pårørende, at selv telefonisk opfølgning skaber glæde og tryk. Samtidig er der ved mere rutinemæssig brug af telefonisk opfølgning mulighed for at gennemføre en struktureret kontrol af, om alle SCT patienter fungerer i hjemmet, som det er planlagt. Derfor bør

⁶² Jf. tabel 4.9 på side 43.

⁶³ I Gentofte har man lavet et kontrolleret randomiseret studie af en følge hjem ordning. Dette studie forventes publiceret i en MTV-rapport i løbet af 2009. Oplysninger om Gentofte projektet har DSI fra samtaler med ledende overlæge Finn Rønholdt Hansen samt fra følgende hjemmeside:

http://www.gentoftehospital.dk/menu/afdelinger/medicinsk_afdeling_c/funktioner/geriatrifunktionen/om_afdelingen/foelge_hjem_team/

⁶⁴ Jf. tabel 4.4 på side 39.

⁶⁵ Jf. tabel 4.2 på side 27.

⁶⁶ Jf. tabel 4.9 på side 43.

⁶⁷ ADL = Activities of Daily Living.

⁶⁸ Jf. tabel 4.9 på side 43.

det overvejes, om det kan lade sig gøre at opbygge en rutine, hvor der ringes til samtlige SCT patienter,⁶⁹ der ikke får et opfølgende besøg. Hvis det i gennemsnit tager fem minutter per patient at gennemføre denne telefonopringning, så vil det kræve mindre end 15 minutters effektiv arbejdstid per medarbejder per uge at indføre denne rutine.⁷⁰ Derudover kommer selvfølgelig den tid, det efterfølgende vil tage at rette op på eventuelle betydningsfulde fejl og mangler i patientens situation, men den tid er jo godt givet ud i forhold til at levere langsigtede løsninger.

Scenarie 2: Kommunal visitation deltager i hjemmebesøgene under indlæggelse

En udviklingsmulighed i forhold til hjemmebesøgene under indlæggelse er at inddrage den kommunale visitation. En af evalueringens kommunale informanter foreslog fx at slå hjemmebesøget og udskrivningsmødet sammen, dvs. at invitere kommunens visitationsenhed samt evt. pårørende med til hjemmebesøget, så alle parter kan få syn for sagen i hjemmet, og der samtidig kan afholdes udskrivningssamtale under hjemmebesøget.

Scenarie 3: Kommunal hjemme(syge)pleje deltager i følge hjem forløb sammen med SCT

I forhold til hjemfølgnig kunne SCT i højere grad, end det sker i dag, inddrage hjemme(syge)plejen i forløbene. SCT orienterer således altid visitatorerne, hvis en patient følges hjem, og det er så op til visitator at afgøre, om der er behov for hjemmeplejens tilstedeværelse. Efter det oplyste er det dog sjældent, at hjemme(syge)plejen faktisk deltager. På side 38 er der dog beskrevet en case, hvor patientens hjemmehjælper var til stede under hjemfølgningen, og som det fremgik af casen, var dette af stor værdi for det samlede patientforløb, for det gav hjemmehjælperen lejlighed til at få gennemgået hospitalets medicinordination og til at spørge om nogle detaljer vedrørende indlæggelsen. Blandt de kommunale deltagere i fokusgruppen var der da også enighed om, at det ville være hensigtsmæssigt, at hjemme(syge)plejen i højere grad tog imod patienterne under SCT's hjemfølgning. Derfor anbefales det, at visitationen i højere grad tager imod SCT's opfordring til kommunal deltagelse i hjemfølgning. En anden model kunne være, at SCT ringer direkte til hjemme(syge)plejen for at lave en aftale om tilstedeværelse. Dette forudsætter dog, at det er muligt for SCT at komme igennem telefonisk til hjemme(syge)plejen for at aftale forløbet.

Scenarie 4: Kommunal hjemme(syge)pleje gennemfører selv et følge hjem forløb uden SCT deltagelse

I scenarie 3 er det hjemme(syge)plejen, der tager imod hjemme hos borgeren. I nogle tilfælde kan det dog være vanskeligt for SCT at afse tid til at gennemføre en hjemfølgning. I disse tilfælde kunne det være hensigtsmæssigt, at det i stedet var hjemme(syge)plejen, som på SCT's opfordring tog op på sygehuset for at hente patienten. I givet fald kunne informationsudvekslingen mellem hjemme(syge)plejen og SCT foregå på sygehuset. Dette er naturligvis mere tidskrævende set fra en kommunal synsvinkel, og samtidig får SCT ikke informationerne om, hvorvidt patienten faktisk kan klare sig derhjemme. Derfor bør scenariet ses som en nødløsning, som dog er bedre, end at patienten blot udskrives som vanligt (fx med Falck eller taxa).

⁶⁹ Eller evt. pårørende hvis det ikke vurderes at være muligt at gennemføre en meningsfuld telefonsamtale med patienten.

⁷⁰ 414 patienter blev udskrevet i 2007. Heraf fik 32 opfølgende besøg, dvs. der skal bruges 5 minutter på 382 patienter, hvilket er 1.910 minutter i alt per år. Dette svarer til 32 timer i alt eller 11 timer per sygeplejerske/terapeut per år, svarende til under 15 minutter per sygeplejerske/terapeut per uge (ved 45 uger per år). Hvis hver sygeplejerske/terapeut ajourfører en liste over patienter/pårørende, der i en given uge skal ringes til, så kan hun vælge at ringe på tidspunkter, hvor hun lige har en ledig stund.

Scenarie 5: Kommunal hjemme(syge)pleje deltager i opfølgende hjemmebesøg sammen med SCT

I videst mulig omfang forsøger SCT allerede i dag at invitere hjemmesygeplejersken med til de opfølgende hjemmebesøg, men efter det oplyste er det kun sjældent, at hjemmesygeplejersken deltager. Hvis de deltog mere rutinemæssigt, ville man på de opfølgende besøg være endnu bedre i stand til at få koordineret fortsat uafklarede detaljer i patientforløbet. Det anbefales derfor, at kommunerne fremover prioriterer denne aktivitet.

Scenarie 6: Praktiserende læger deltager i opfølgende hjemmebesøg sammen med SCT

Siden starten af 2009 har Region Midtjylland indført en honorering for praktiserende lægers deltagelse i opfølgende hjemmebesøg.⁷¹ Derfor er der skabt det aftalemæssige grundlag for, at de praktiserende læger ville kunne deltage i SCT's opfølgende hjemmebesøg. Samtidig udtrykte flere af informanterne i fokusgruppen med de praktiserende læger selv, at de i nogle tilfælde godt kunne se det relevante i at deltage. I forhold til AMA patienterne burde det heller ikke være særlig svært at arrangere, for SCT er i forvejen i telefonisk dialog med patientens egen læge. I denne forbindelse kunne man således drøfte hensigtsmæssigheden i og muligheden for, at egen læge deltager i et opfølgende hjemmebesøg sammen med SCT og evt. hjemmesygeplejersken. Man skal dog også være opmærksom på, at det kan virke intimiderende på patienten, hvis der dukker for mange sundhedsprofessionelle op på én gang.

Scenarie 7: Praktiserende læge og hjemmesygeplejen gennemfører selv opfølgende hjemmebesøg efter Glostrup modellen og uden SCT's deltagelse

Opfølgende hjemmebesøg er som nævnt en ressourcekrævende aktivitet for SCT, fordi det både er teamets læge samt en af teamets sygeplejersker/terapeuter, der deltager i opfølgende besøg. Derfor er det ikke realistisk, at SCT med sin nuværende normering markant ville kunne øge antallet af opfølgende besøg. Men samtidig ved vi fra Glostrup projektet, at opfølgende hjemmebesøg er en særdeles effektiv måde at nedbringe genindlæggelser på (Jakobsen et al. 2007). Derfor foreslås det, at den praktiserende læge og hjemmesygeplejen selv gennemfører opfølgende hjemmebesøg for nogle af de SCT patienter, som SCT ikke vælger/har tid til at besøge. Teamets rolle kunne i denne forbindelse være at vurdere, om patienten kunne have gavn af opfølgende hjemmebesøg efter Glostrup modellen, dvs. ved den praktiserende læge og hjemmesygeplejen. I givet fald kunne SCT underrette hjemmesygeplejersken, som så herefter kontakter den praktiserende læge for at arrangere besøget. Først når besøget er aftalt mellem hjemmesygeplejerske og praktiserende læge, kontakter hjemmesygeplejersken patienten vedrørende besøget.

Opgaven at vurdere, om patienterne er i målgruppen for et opfølgende hjemmebesøg, er i udgangspunktet ikke nemt at håndtere, men SCT har alle forudsætninger for at gøre det. Der er i regi af fagligt udvalg⁷² udarbejdet en række kriterier til at støtte de medarbejdere, der skal foretage denne behovsvurdering. Kriterierne er:

- ◆ **Helbredsmæssige forhold:** Patienter med et stort funktionstab eller ændring i helbredsstatus i forhold til perioden før indlæggelsen, kronisk og alvorligt syge, tiltagende demens, terminale patienter.
- ◆ **Organisatorisk komplekse patienter:** Patienter med mange genindlæggelser, lang indlæggelsestid, mange aftaler der skal koordineres.

⁷¹ Idet der er indgået en § 2 aftale - jf. http://www.sundhed.dk/wps/portal/_s.155/4503?_ARTIKEL_ID_=3484090109112627.

⁷² Samarbejdsorgan under Praktiserende Lægers Organisation og Danske Regioner.

- ♦ **Sociale kriterier:** Skrøbelige og usikre patienter, patienter med et spinkelt eller intet netværk, enlige, hvor ægtefælle nyligt er død.

Opfølgende hjemmebesøg efter Glostrup modellen, men med anvendelse af ovennævnte behovskriterier, er allerede under implementering udvalgte steder i hele landet. I Region Midtjylland implementeres ordningen i et stort samarbejde mellem Hospitalsenheden Vest, de seks kommuner i Vestklyngen⁷³ samt de praktiserende læger i området. I Vestklyngen er det alle udskrivende sygeplejersker på Hospitalsenheden Vest,⁷⁴ som ved hver eneste udskrivelse af en ældre patient skal vurdere, om patienten i forhold til ovennævnte kriterier falder indenfor målgruppen. Dermed involverer implementeringen et stort antal medarbejdere på Hospitalsenheden Vest, og det er derfor organisatorisk set en forholdsvis tung proces, som kun kan lade sig gøre, fordi der er stor ledelsesmæssig opbakning til hospitalets bidrag til ordningen. Idet SCT derimod er en meget lille enhed, ville det organisatorisk set være nemmere at få teamet til at overveje, hvorvidt en given patient opfylder ovennævnte kriterier. Derudover er der et vist overlap mellem de ovennævnte kriterier for opfølgende hjemmebesøg og så de kriterier, der implicit bruges til at afgøre, om en patient bør overgå til SCT. Dvs. langt hovedparten af SCT's patienter opfylder kriterierne, også selvom SCT ikke selv tilbyder dem et opfølgende hjemmebesøg. Det vurderes altså som en forholdsvis nem opgave for SCT med baggrund i ovennævnte behovskriterier at identificere patienter, som kunne have gavn af et opfølgende hjemmebesøg efter Glostrup modellen.

I 2007 udskrev SCT 382 patienter, som ikke fik et opfølgende hjemmebesøg.⁷⁵ Hvis det antages, at 75 % af dem faldt indenfor målgruppen, så ville SCT årligt identificere 286 patienter til opfølgende hjemmebesøg efter Glostrup modellen. Det må formodes, at nogle praktiserende læger vil fravælge deltagelse, idet ordningen er frivillig for de praktiserende læger. I Vestklyngen skønnes det, at det lægelige frafald initialt vil være 20 %. Hvis dette overføres til SCT's patienter, så er vi nede på 230 patienter årligt. Med ca. 100 praktiserende læger i Silkeborgklyngen betyder det, at lægerne i gennemsnit vil få lidt over ét opfølgende besøg per halvår, dvs. arbejdsbyrden vil være begrænset. Tilsvarende estimeres det, at der i de tre kommuner tilsammen arbejder i alt 160 hjemmesygeplejersker,⁷⁶ og dermed vil hver hjemmesygeplejerske få 1½ hjemmebesøg per år. Hvis vi derudover antager, at hjemmesygeplejerskerne tillige skulle deltage i samtlige af SCT's egne hjemmebesøg efter indlæggelse samt i alle følge hjem forløb (jf. scenarie 3 og 5), så ville det samlede antal hjemmebesøg være på ca. 300⁷⁷ og dvs. end ikke et hjemmebesøg per halvår per hjemmesygeplejerske.

Samlet set vurderes brugen af SCT til identifikation af patienter, som primær sektor selv kan give et opfølgende hjemmebesøg, som en særdeles anvendelig måde til at få "mere ud af SCT ordningen", uden at det koster særligt mange ekstra ressourcer per medarbejder i hverken teamet eller i primær sektor. Samtidig ville det have en stor og dokumenteret effekt at gennemføre alle disse hjemmebesøg.

Vi har i fokusgrupperne spurgt, om hhv. kommunerne og praktiserende læger ville være fagligt interesseret i at gennemføre opfølgende hjemmebesøg efter Glostrup modellen. I begge fokusgrupper var der konsensus om, at det rent fagligt ville være en rigtig god idé. Én af informanterne formulerer det på følgende måde:

"I min optik ville den bedste udskrivelse fra hospitalet være en kombination af forskellige modeller. Man kunne forestille sig, at SCT fulgte patienten hjem, og hjemmesygeplejen var der-

⁷³ Herning, Ikast-Brandø, Holstebro, Ringkøbing-Skjern, Lemvig og Struer.

⁷⁴ I første omgang dog afgrænset til medicinsk afdeling.

⁷⁵ 414 minus 32 (jf. tabel 4.2, 4.4 og 4.8).

⁷⁶ På baggrund af data fra andre kommuner estimeres det, at der er ansat én hjemmesygeplejerske per 1000 indbyggere i kommunen. Det samlede indbyggertal i hele Silkeborg, hele Skanderborg og halvdelen af Favrskov er 160.000, hvilket giver et estimat på 160 hjemmesygeplejersker.

⁷⁷ 230 besøg efter Glostrup + 32 besøg sammen med SCT + 23 følge hjem = 305.

hjemme og tog imod. Og så overbringer SCT ansvaret og tager så hjem igen. Hjemmesygeplejen kunne så en uge efter tage os fra almen praksis under armen og gennemføre et opfølgende besøg. Det tror jeg ville være en optimal model, som mange, men sikkert ikke alle af mine kollegaer, ville være med på. Forudsat altså, at nogle andre tager initiativet, og selvfølgelig at vi kompenseres for den ekstra tid, vi bruger på opgaven.” (Praktiserende læge)

I citatet foreslås jo faktisk en kombination af scenarie 3 og 7, og der var i fokusgruppen med lægerne konsensus om, at denne kombination i mange tilfælde kunne være en god løsning.

Formålet med de ovenfor opstillede scenarier er at foreslå løsninger på, dels hvordan SCT mere struktureret kan inddrage primær sektor i udgående aktiviteter, og dels muligheder for hvordan antallet af udgående aktiviteter kan øges. Scenarie 1 sigter alene mod at øge antallet af udgående aktiviteter, scenarierne 2, 3, 5 og 6 sigter alene mod at inddrage primær sektor i teamets udgående aktiviteter, mens scenarierne 4 og 7 har den fordel, at de kombinerer både et øget antal udgående aktiviteter med øget inddragelse af primær sektor.

5.1.3 God dialog med patienter og pårørende

Generelt vurderes SCT's dialog med pårørende og patienter som en styrke ved teamet. Teamet prioriterer samtalen med både patienter og pårørende – også når samtalen kan være lidt vanskelig - se fx casen på side 34, hvor en døende patients pårørende gennem en empatisk dialog blev overbevist om, at patienten ikke skulle have mere sygehusbehandling (gastrostomisonde), men i stedet skulle sendes hjem til kærlig pleje og omsorg. Vi har under observationsstudiet set flere eksempler på, at SCT's medlemmer er gode til at kommunikere. Dialogen er præget af grundighed, empati og ærlighed. Vores observationer understøttes af tilbagemeldingerne fra RSI's afdelinger, som jo lejlighedsvis overværrer SCT's dialog med patienter og pårørende, og afdelingerne fremhæver netop, at teamet leverer en god og grundig dialog med patienter og pårørende.

Som vi tidligere har været inde på, har teamet den fordel, at de kan levere en mere kontinuerlig udskrivningsproces end afdelingerne. Denne kontinuitet er ikke kun en styrke i forhold til at kunne gå i dybden med udredning og koordinering. Kontinuiteten er også en styrke i forhold til dialogen med patienter og pårørende, for hvem det er både bekvemt og tryghedsskabende, at det hen over indlæggelsen er den samme, man taler med om udskrivelsen og de ting, der skal på plads derhjemme.

Selvom både observationsstudiet og fokusgruppeinterviewet med afdelingerne entydigt viser, at SCT er gode til at tale med patienter og pårørende, er tilbagemeldingerne mere blandende, når man spørger patienter og pårørende om, hvorvidt teamet formåede at overbevise patienten og de pårørende om det fornuftige i, at patienten skulle udskrives på netop det tidspunkt, de blev udskrevet. Denne dialog vurderes at være vigtig for patienternes og de pårørendes tryghed ved udskrivelsen, og en forklaring på, at det ikke altid lykkes, kan være, at teamet ikke grundigt nok får spurgt ind til, om patienter og pårørende faktisk føler sig trygge ved hjemsendelsen. Når SCT's læge fx forklarer en AMA patient, at hendes smerter vil gå væk af sig selv igen, og det derfor er til hendes eget bedste at komme hjem igen samme dag, så kan patientens autoritetstro medføre, at hun ikke af sig selv ytrer en eventuel utryghed ved at komme så hurtigt hjem igen. Patienters behov for kommunikation er også forskellige – nogle har brug for mere dialog end andre. Uanset hvor grundig man er i dialogen om hjemsendelse, så vil der dog nok også altid være nogle patienter iblandt, som, når de får muligheden som i denne evaluering, vil ytre en vis utilfredshed med, at indlæggelsen ikke varede længere.

Samlet set vurderes det, at teamets kommunikation med patienter og pårørende er en af teamets styrker. I denne forbindelse adskiller teamet sig fra afdelingerne ved at have tiden til og kontinuiteten i dialogen. Derudover vurderes teamets medlemmer som dygtige kommunikatorer. Alligevel er der plads

til forbedring i forhold til så vidt muligt altid at sikre, at patienten og de pårørende rent faktisk føler sig trygge ved hjemsendelsen.

5.1.4 Samarbejde gennem tværsektorielt perspektiv, troværdighed og fleksibilitet

SCT's hovedopgave er at sikre et godt samarbejde omkring overgangen fra hospitalssektoren til primær sektor. Når selve genstandsfeltet for ens arbejde er samarbejde, så er det afgørende at sikre gode samarbejdsrelationer. Ovenpå observationsstudiet samt de mange interviews, er det vores vurdering, at teamet generelt er vellidt og respekteret blandt stort set samtlige samarbejdspartnere. En væsentlig nuancering er dog, at der, som tidligere nævnt, er nogle praktiserende læger, som har oplevet svigtende kommunikation fra teamets side, og dette har givetvis skadet samarbejdsrelationen. Med den nuancering in mente er det generelle indtryk dog fortsat, at teamet har fået opbygget gode relationer til dets samarbejdspartnere – herunder også til en del praktiserende læger. Det vurderes, at følgende faktorer har haft særlig positiv indvirkning på etableringen af gode samarbejdsrelationer:

- ♦ **Troværdighed:** Teamet er fx meget bevidst om ikke at overdrive, hvor dårlig en patient er, for derved at skyde genvej til en kommunal støtte teamet mener, vedkommende bør tilbydes.
- ♦ **Hensyntagen til samarbejdspartneren:** Teamet er fx opmærksom på at afbestille røntgenundersøgelser, der viser sig at være unødige. Derved opnår teamet, at fx røntgenafdelingen så måske er lidt mere fleksible overfor SCT på andre tidspunkter.
- ♦ **Tværsektorielt perspektiv:** Teamet har et solidt kendskab til vilkår, muligheder og rammer i begge sektorer. Denne viden ligger som fundament for samarbejdet, dvs. teamet stiller fx ikke krav til primær sektor, som det ved, den ikke har muligheder for at honorere.
- ♦ **Fleksibilitet:** Teamet har selvfølgelig nogle ønsker på patienters vegne, men udviser også fleksibilitet – fx når kommunen lige har brug for en dags indlæggelse mere, før de er klar til at modtage patienten.
- ♦ **Netværk:** Idet teamet ikke laver andet end at samarbejde, har teamet langt flere personlige kontakter i primær sektor – ikke mindst i forhold til den kommunale visitation, men også blandt kommunale sygeplejersker og blandt lægerne i almen praksis.

De gode samarbejdsrelationer er i sidste ende en fordel for patienterne, fordi de bidrager til, at det lykkes for teamets og dets samarbejdspartnere at finde gode bæredygtige løsninger for patienterne. Et godt og meget konkret eksempel herpå er, at 20 % af alle teamets patienter udskrives til en aflastningsplads. Afdelingerne på RSI har langt sværere ved at få visitationen til at tilbyde en aflastningsplads til de patienter, der udskrives fra afdelingerne ud fra devisen, at man ikke er færdigbehandlet, når man er for dårlig til at komme hjem. Den kommunale visitation peger netop på teamets fleksibilitet som en årsag til, at de så også udviser lidt fleksibilitet i forhold til fx aflastningspladser.

5.1.5 Sammenfatning vedrørende SCT's styrker

Når de fire styrkeområder ses under ét, er konklusionen, at teamet formodentlig leverer udskrivelser af høj kvalitet. Dette verificeres dog ikke i vores analyse, da effektmåling ligger udenfor rammerne af denne evaluering (Voss 2008b). Analysen viser dog, at teamet i højere grad end afdelingerne har forudsætningerne for at levere udskrivelser af høj kvalitet, og både patienter, pårørende og samarbejdspartnere oplever da også overordnet set, at teamet leverer varen.

Derfor kan det konkluderes, at de beskrevne styrker betyder, at teamet for det første er bedre end sengeafdelingerne til at forestå komplicerede udskrivelser, og for det andet er i stand til at få relevante AMA patienter udskrevet i stedet for op på afdelingerne. Havde teamet ikke ovennævnte styrker, ville det ikke i samme grad kunne lade sig gøre.

Som vi vil se i det følgende, er der dog også svagheder i SCT, men med den rette indsats overfor disse svagheder både hos SCT og kommunerne vurderes det, at man dels vil kunne opnå endnu større kvalitet og dels nogle effektiviseringsgevinster. Effektiviseringsgevinsterne kan bruges til at udskrive flere patienter, og til at der er ressourcer til at stå til rådighed for primær sektor i forbindelse med forebyggelse af indlæggelser. Vi vender os nu mod disse svagheder og de indsatser, man kan gøre for at råde bod på dem.

5.2 Shared Care Teamets svagheder og udviklingsmuligheder

Der er under evalueringen identificeret nogle svagheder ved SCT og de rutiner, eller mangel på samme, som er blevet opbygget i og omkring teamet. I dette afsnit har vi valgt at samle dem i fem kategorier:⁷⁸

1. Primær sektor bruger kun sjældent SCT til forebyggelse af indlæggelser
2. Mangelfuldt kendskab til og information om SCT
3. Kommunikationsproblemer
4. Fejl i medicinen ved teamets komplicerede udskrivelser
5. U hensigtsmæssigheder i teamets interne arbejdstilrettelæggelse.

De fem svagheder gennemgås i hvert sit afsnit nedenfor, og for hvert afsnit vil der diskuteres forskellige scenarier for, hvordan teamet og dets omgivelser kan udvikles, så svaghederne minimeres eller fjernes.

5.2.1 Primær sektor bruger kun sjældent SCT til forebyggelse af indlæggelser

Siden teamet blev etableret, har SCT haft tre hovedopgaver: 1) forebygge indlæggelser, 2) afkorte udvalgte AMA patienters indlæggelser og 3) forstå komplicerede udskrivelser. Her snart fem år efter etableringen er der kommet godt gang i hovedopgave 2 og 3, men der er sket meget lidt vedrørende hovedopgave 1. Det er således ikke særlig tit sket, at kommunerne og almen praksis kontakter SCT med henblik på at få teamet til at gøre en forebyggende indsats for en borger, hvis helbredstilstand uden intervention sandsynligvis ville føre til en indlæggelse.⁷⁹

Hvorfor er det hovedopgave 2 og 3 teamet har fået gang i og ikke hovedopgave 1? Som vi tidligere har været inde på, er hovedforklaringen nok, at det er nemmest at få ting op at stå, når man selv kan tage initiativ til dem. Dette er netop tilfældet ved hovedopgave 2, hvor SCT selv udvælger de AMA patienter, der gøres en indsats for. I hovedopgave 3 har SCT ikke initiativet, for det er afdelingerne på RSI, der tager initiativet vedrørende komplicerede udskrivelser. Under implementeringen viste det sig da også, at det tog lidt længere tid at få gang i hovedopgave 3, men det lykkedes efter lidt tid gennem synlighed på afdelingerne. Synlighed kan altså kompensere for, at man ikke har initiativretten. Mens der enten er mulighed for initiativ eller synlighed vedrørende hovedopgave 2 og 3, mangler begge dele vedrørende hovedopgave 1. Her er det nødvendigvis primær sektor, der skal tage initiativ til, at SCT kobles på et forebyggende forløb, og idet teamet har base på RSI, er teamet heller ikke særlig synligt i primær sektor.

⁷⁸ De fem svagheder står i en analytisk set hensigtsmæssig rækkefølge. Dvs. den opstillede rækkefølge er ikke udtryk for en prioritering.

⁷⁹ Vi definerer her forebyggelse af indlæggelser som aktiviteter, som ikke er relateret til en tidligere indlæggelse. Der skelnes altså mellem at forebygge indlæggelser og forebyggelse af genindlæggelse, for som vi tidligere har nævnt, har hovedopgaverne 2 og 3 jo formodentlig også en genindlæggelsesforebyggende effekt.

Teamets manglende initiativ og synlighed er altså med til at forklare, hvorfor SCT kun i ringe omfang fik gang i en forebyggende indsats, men der er også en række andre faktorer, der kan spille ind. I Tabel 5.1 nedenfor er nogle af disse faktorerets betydning opridset.

Tabel 5.1 Problemer og handlemuligheder ved forebyggelse af indlæggelser

Faktorer	Problemformulering	Handlemuligheder
		Forebyggelse af indlæggelser
Initiativ	Kunderne tager ikke selv kontakt	Ingen handlemuligheder (initiativet skal komme fra primær sektor)
Synlighed i hverdagen	Vi er ikke synlige i kundernes hverdag	Ingen handlemuligheder (SCT har base på RSI)
Markedsføring	Potentielle kunder kender ikke til os	Vedholdende info om SCT (er forsøgt)
Veldefineret produkt	Kunderne ved ikke hvad de kan få ud af os	Udarbejdelse af forebyggende produkter
Regelmæssighed	Kunderne klager over manglende regelmæssighed i leverancen	SCT trækker på andre læger

I tabellen identificeres fem faktorer, der har betydning for, om kunderne efterspørger et produkt. Kunderne her er den primære sektor, der står med en ældre borger, som skønnes at have gavn af en forebyggende indsats.

I forhold til en forebyggelse af indlæggelser er det et vilkår for SCT at vente på initiativ fra primær sektor. Der er således ingen handlemuligheder. På samme måde er det et umiddelbart uforanderligt vilkår, at SCT har base på RSI, og dermed er teamets synlighed i primær sektor begrænset. I forhold til markedsføring af SCT har teamet været ude i både kommuner og i nogle 12 mandeforeninger og fortælle om teamets muligheder for forebyggelse. Men hovedparten af denne markedsføringsindsats ligger år tilbage. De to fokusgruppeinterviews med kommunerne og almen praksis viste da også, at en stor del af informanterne slet ikke var klar over, at SCT tilbyder primær sektor at forestå forebyggende indsatser. At den markedsføring, som der alligevel har været de senere år, ikke har haft den ønskede effekt, skyldes nok både de, i det følgende, nævnte årsager samt en manglende (ledelsesmæssig) fokus på dette internt i kommunerne.⁸⁰ Samtidig er der ikke en veldefineret opfattelse af, hvad teamets forebyggende ydelser kan bestå af. Selvom ydelsen er beskrevet i samarbejdsaftalen, efterspørger både almen praksis og kommunerne en konkretisering af, hvad de forebyggende ydelser kan bestå af. Endeligt er teamet ramt af, at teamets lægedækning er uregelmæssig, for selvom teamets læge nu er tilknyttet SCT fire dage om ugen, er der fortsat en ugentlig arbejdsdag samt ferieperioder, hvor lægen er fraværende. Så længe der kun er én læge tilknyttet, er det svært at løse dette. Dette er et problem for regelmæssigheden i den forebyggende indsats, fordi den normalt ville kræve en læges deltagelse. Når fx en praktiserende læge ringer og beder om en forebyggende indsats, så er det ikke hensigtsmæssigt, at man for tit må afvise vedkommende, for så vil den praktiserende læge hurtigt holde op med at ringe.

⁸⁰ I august 2008 var to fra teamet fx i Favrskov Kommune og fortælle om arbejdet. Tilstede var 30 sygeplejersker og visitatorer fra kommunen. Alligevel svarer informanterne fra Favrskov i oktober, at de stort set ikke har kendskab til teamet.

Samlet set er perspektiverne i forhold til forebyggelse af indlæggelser ret dystre, da teamet ikke kan tage initiativ til ordningen og heller ikke er synlig nok blandt dem, der skal efterspørge ydelsen. Teamet har derudover de senere år kun foretaget en sporadisk markedsføring af den forebyggende indsats, og det er heller ikke veldefineret, hvilke ydelser teamet kan tilbyde. Endeligt har indsatsen været ramt af manglende regelmæssighed i lægedækningen.

Der er altså indtil nu ikke skabt optimale betingelser for, at SCT kan få gang i den forebyggende indsats, men spørgsmålet er, om det vil lykkes, hvis man fx fik udviklet ydelsen, fik skabt regelmæssighed i lægedækningen og så fik markedsført muligheden. Det afhænger i høj grad af en bagvedliggende faktor, nemlig om der i primær sektor overhovedet vil være en grundlæggende efterspørgsel efter at få SCT til at bidrage med en forebyggende indsats. Det har vi spurgt primær sektor om, og både lægerne og kommunerne kan se et ret stort potentiale i at bruge teamet til forebyggelse.

De praktiserende læger i vores fokusgruppe var fx enige om, at en del akutte indlæggelser ville kunne undgås, hvis sygehuset kunne tilbyde nogle flere alternativer til indlæggelse. I forløb med svage ældre kunne det ofte være hensigtsmæssigt med en løsning, der erstatter den akutte og lidt diffuse indlæggelse med et mere kontrolleret og struktureret sub-akut udrednings- og behandlingsforløb. Dette strukturerede forløb kunne så vidt muligt foregå i hjemmet eller gennem en samling af udrednings- og behandlingsaktiviteter, så tingene kan foregå ambulant og overstås på få timer. Én af deltagerne formulerer det på følgende vis:

"Vi står rigtig tit med nogle patienter, som vi ikke rigtig kan klare selv, og her tænker vi så straks indlæggelse, for det er vi ligesom vant til, og det er den eneste mulighed, der er i dag. Men hvis nu SCT kunne komme på bane og lave nogle ting sådan lidt ambulant eller ude i hjemmet, så tror jeg, at vi i rigtig mange tilfælde kunne forhindre de indlæggelser. Jeg vil faktisk meget nødig indlægge skrøbelige ældre, for vi ved jo, at de ikke har godt af at komme ud af deres vante omgivelser. Men som systemet er i dag, er der ligesom ikke andre muligheder." (Praktiserende læge)

En anden supplerer:

"Jeg forestiller mig, at SCT kunne forestå nogle paramedicinske undersøgelser for os. Det handler ikke om at snyde foran i køen til ambulante undersøgelser, for hvis alternativet er tre ugers ventetid på fx en ambulant røntgenundersøgelse, jamen det kan vi ikke vente på, og så er vi nødt til at indlægge akut. Her kunne man skabe nogle mere sub-akutte løsninger, som vi ellers kun kan få hurtig adgang til via indlæggelse. Men det er klart, vi må ikke misbruge det. Men det kan teamet jo selv være med til at sikre." (Praktiserende læge)

En tredje siger:

"Det ville være godt, hvis vi i almen praksis kunne sende dem en decideret henvisning, hvori vi bare beskriver problemstillingen, og så er det op til dem at koordinere udredning og behandling. Det ville så være flot, hvis de kunne klare det uden indlæggelse, men hvis patientens situation udvikler sig, så kunne man jo altid ty til den akutte indlæggelse." (Praktiserende læge)

En fjerde vil gerne gå endnu videre:

"Jeg kunne faktisk godt tænke mig, hvis vi fik lov at være endnu mere i førersædet og i henvisningen til SCT kunne skrive præcis, hvad vi gerne vil have dem til at gøre for os. Altså, vende det lidt på hovedet, for på sin vis er det os, der er specialisten på patientens behov, og SCT er specialist på at få ting koordineret på en hensigtsmæssig måde, så patientens kontakter med hospitalet samles mest muligt. Det bedste ville faktisk være, hvis jeg bare kunne

krydse af på en slags smørrebrødsseddel, hvilke undersøgelser og behandlinger jeg gerne vil have lavet." (Praktiserende læge)

En femte supplerer:

"Ja, jeg kan også godt lide idéen med smørrebrødssedlen. Det kan så være, de siger, fint vi går ind og koordinerer det her, men det er mest hensigtsmæssigt, hvis vi lige har patienten indlagt nogle få dage, så dele af udførelsen ikke bliver ambulant, men som en kort og præcis indlæggelse. Men det ville jo fortsat være bedre, end det er nu, hvor vi ofte tænker, "nej, nu går den ikke længere, jeg må hellere indlægge hende", og så bliver patienten på AMA natten over og snakker med et par læger og bliver så udskrevet ganske kort tid efter og kommer så muligvis i et drypvist ambulant forløb, hvor de så til sidst efter meget lang tid kommer til en ambulant afrunding. Her ville det da være langt bedre, hvis vi kunne fyre en udfyldt smørrebrødsseddel af sted, og så SCT kunne koordinere et langt hurtigere og bedre forløb." (Praktiserende læge)

Efter en del drøftelse omkring nogle af ovenstående løsningsforslag fortæller én af informanterne om en case, hvor et samarbejde med SCT måske kunne have gjort en stor forskel:

"Jeg sidder og ærgrer mig over, at jeg ikke havde SCT til rådighed forleden, hvor det gik helt galt, fordi der netop ikke var et forebyggende tilbud, som det vi netop har talt om. Det drejer sig om en gammel dame på 99 med lav blodprocent, hvor jeg tænkte, at hun ikke skulle igennem en masse ting – hun skulle bare ind og have blod. Og det havde jeg skrevet i henvisningen og også sagt til den vagthavende på medicinsk. Det blev til en sub akut indlæggelse et par dage efter med det resultat, at der jo så er en eller anden "specialist", der kigger på hende og siger, "jamen det kan vi da gøre meget bedre, hvis vi gør det og det", og en af de ting de gjorde var at give hende Prednisolon,⁸¹ og det endte jo også med, at hun døde af det. Hvis jeg havde haft SCT og snakket med dem i stedet for, så kan det jo godt være, at det var blevet anderledes. Jeg tror, det kunne være godt at have en samarbejdspartner på sygehuset, som har en bedre forståelse for, hvorfor vi nogle gange ønsker os, at de nøjes med at gøre nøjagtig det, vi beder dem om. Lægen i SCT er jo almen mediciner, og mit indtryk af teamet er generelt, at de på mange måder tænker lidt på samme måde som os – det handler ikke om at "finde fem fejl", men om at få løst et konkret problem og så hjem igen." (Praktiserende læge)

Også blandt de kommunale informanter var der forslag til, hvordan samarbejdet med SCT om forebyggelse kunne fungere:

"Jeg tror hjemmesygeplejerskerne kunne få stor gavn af at have nogen i baghånden, som man kan trække på i udvalgte tilfælde. Jeg forestiller mig, at vi skal blive bedre til at bede om hjælp, hvis vi ikke selv kan klare en situation. Hjemmehjælperne skal bede sygeplejerskerne om hjælp, når deres kompetence ikke rækker længere, og på tilsvarende vis skal hjemmesygeplejerskerne bede SCT om hjælp, når de er i tvivl om, hvad der kan gøres. Men det er omvendt også vigtigt, at vi ikke glemmer egen læge." (Kommunal medarbejder).

En anden kommunal deltager udtrykker det på følgende vis:

"Jeg tror da det kunne være meget godt at få dem tilknyttet nogle patienter, som er på vej til at blive dårlige, så de kan sætte ind og forhindre en indlæggelse. Men vi tænker slet ikke på dem på den måde og der er nok et stort behov for at vi finder ud af, hvad det præcis er, de

⁸¹ Prednisolon er et binyrebarkhormon. Note: Det er svært at høre på transskriptionen, om det rent faktisk er prednisolon, der omtales, eller evt. et andet medikament.

kan gøre for os i denne forbindelse. Jeg tror det kunne være godt med nogle gode eksempler på ting de kunne hjælpe os med. Men der er ingen tvivl om, at der er masser af borgere, som vi bare kan se snart bliver indlagt, hvis ikke der snart gøres noget og hvor vores egne handlemuligheder nogle gange er for begrænsede.” (Kommunal medarbejder)

Citaterne viser tydeligt, at primær sektor efterspørger fleksibilitet og nytænkning i forhold til, hvordan sygehuset kan bistå primær sektor med udredning og behandling af svage ældre patienter. Medlemmerne af SCT har oplyst, at teamet fx gennem hjemmebesøg, koordinering af ambulante kontakter eller korte fokuserede indlæggelser allerede i dag ville kunne være dette alternativ til en indlæggelse. SCT kan altså allerede i dag tage hånd om en mere fleksibel udrednings- og behandlingsindsats, som kunne anvendes i stedet for en akut indlæggelse. Der er dog tre grunde til, at det ikke sker i særligt omfang i dag. For det første at disse forebyggende ydelser ikke er udviklet og konkretiseret. Derfor har primær sektor for det andet kun et ringe kendskab til ydelserne, og for det tredje er det et problem for udbredelsen, at der ikke er regelmæssighed i lægedækningen. Nedenfor diskuteres løsninger på disse tre problemer.

Sikring af lægedækning ved SCT's forebyggende indsatser

Det vurderes, at de fleste forebyggende indsatser kræver en lægelig deltagelse. Når SCT's læge er fraværende (fx ved ferie), er det derfor uhensigtsmæssigt, at teamet må afvise primær sektor, når der forespørges om at hjælpe med forebyggende aktiviteter. Hvis primær sektor oplever tilbuddet som uregelmæssigt, så kan primær sektor let miste interessen og undlade at kontakte teamet en anden gang. Derfor foreslås det, at SCT i lægens fravær kan trække på andre læger, for at bistå primær sektor med forebyggende aktiviteter. SCT's sygeplejersker/terapeuter ville kende rutinen og vide, hvordan opgaven gribes an rent processuelt, og lægen på hospitalet ville så blot skulle bidrage med det rent lægelige.

Konkretisering af SCT's forebyggende tilbud til primær sektor

Som illustreret ved de mange citater ovenfor efterspørger både kommunerne og almen praksis en konkretisering af de forebyggende indsatser, teamet kan tilbyde. Citaterne viser derudover, at både kommuner og almen praksis har nogle konkrete idéer til, hvordan og hvornår de godt kunne tænke sig at bruge SCT til forebyggelse. Samtidig har SCT selv en del konkrete input til, hvordan de ville kunne bruges til forebyggelse. De tre aktører bør derfor finde lejlighed til at sætte sig sammen og udvikle SCT's tilbud i fællesskab. Det foreslås derfor, at der nedsættes en tværsektoriel udviklingsgruppe, hvis formål er at få primær sektors behov og teamets muligheder til at gå op i en højere enhed, så de tilbud, der udvikles, både vil blive efterspurgt og vil kunne leveres af teamet. Udviklingsgruppen kunne fx bestå af 1-2 medlemmer fra SCT, en hjemmesygeplejerske fra hver kommune samt de tre kommuners praksiskonsulent.⁸² Det foreslås, at RSI tager ansvaret for etablering og sekretariatsbetjening af udviklingsgruppen. En informant i almen praksis foreslog, at de ydelser, der udvikles i gruppen, illustreres med kortfattede casebeskrivelser.

Markedsføring af SCT's forebyggende tilbud til primær sektor

Når beskrivelsen af SCT's forebyggende indsats er udarbejdet, bør der følge en markedsføring af ydelserne. I det følgende vil vi kigge på, hvordan SCT's forebyggende ydelser kan markedsføres, om der fx skal bruges møder, brochurer, internet mv.? Dette bør afklares og planlægges i udviklingsgruppen, men nedenfor er angivet nogle overvejelser i denne forbindelse.

⁸² Hvis ikke kommunen har en praksiskonsulent, bør der så vidt muligt rekrutteres en person fra almen praksis, som indvilliger i at deltage i udviklingsarbejdet. I det praksiskonsulenterne skal have honorar for deltagelse, kunne det overvejes kun at lade dem deltage i de væsentligste dele af udviklingsarbejdet.

Der er tre interessenter, der skal markedsføres overfor:

- ◆ Kommunale sygeplejersker i hjemmeplejen og på plejehjem
- ◆ Praktiserende læger
- ◆ Nyansatte læger på RSI.

De nyansatte læger har ikke været nævnt før, men baggrunden er, at flere af informanterne har været inde på hensigtsmæssigheden i, at mellemvagten begynder at henvise til SCT. Forud for en akut medicinsk indlæggelse sker det fx, at vagtlægen ringer til den medicinske mellemvagt for at drøfte indlæggelsen. Vores informanter fra almen praksis fortæller, at hverken de eller nogen af deres kolleger nogensinde har oplevet, at mellemvagten i denne forbindelse har foreslået, at indlæggelsen erstattes af en forebyggende indsats fra SCT. Hvis mellemvagten havde kendskab til, hvad SCT kan tilbyde, og vedkommende grundet regelmæssighed i lægedækning vidste, at SCT kan handle på en henvisning allerede næste dag (på hverdage i dagtiden), så ville mellemvagten kunne tilbyde vagtlægen et alternativ til indlæggelse.

De medicinske mellemvagter tænker tilsyneladende ikke på SCT, og efter det oplyste bliver nyansatte læger under deres introduktionsprogram heller ikke informeret om SCT. Det foreslås derfor, at teamet indgår i introduktionsprogrammet for nye læger, herunder med særlig fokus på hvilke forebyggende foranstaltninger SCT kan tilbyde. I denne forbindelse kunne man overveje en mundtlig introduktion fra SCT's læge samt henvisning til fx sundhed.dk, hvor foranstaltningerne er beskrevet og/eller udlevering af en brochure om foranstaltningerne. Det foreslås, at det er alle nyansatte læger, der får introduktionen – også dem der skal virke som forvagt.

I forhold til de kommunale sygeplejersker i hjemmeplejen og på plejehjemmene er det umiddelbart nærliggende, at SCT med udgangspunkt i de nye beskrivelser tager en runde til hjemmeplejedistrikterne mv. og fortæller om teamets forebyggende foranstaltninger. Imidlertid må det indvendes, at man ikke tidligere har oplevet nogen nævneværdig effekt af, at teamet kommer ud og fortæller om foranstaltningerne. En konkretisering af de tilbud SCT kan tilbyde må selvfølgelig formodes at hjælpe, men med baggrund i tidligere erfaringer, er det tvivlsomt, at det er nok, at SCT bare kommer ud igen med en fin brochure under armen. Der skal en mere vedvarende indsats til, og SCT's medlemmer vil ikke have ressourcer til at forestå denne vedvarende indsats, og det bør heller ikke være deres ansvar alene. I stedet foreslås det, at markedsføringsindsatsen gennemføres af kommunerne selv. Hvis man vil øge kommunernes brug af SCT's forebyggende tilbud, er det afgørende, at der ledelsesmæssigt i kommunerne tages ansvar for, at medarbejderne vænnes til at tænke i SCT som en løsningsmulighed på udfordringer, man ikke selv kan klare.

Set fra et kommunalt ledersynspunkt, bør der være en interesse i at få gang i brugen af et sygehusteam, som uden beregning tilbyder at komme ud til kommunens borgere og delvist overtage nogle udrednings- og behandlingsfunktioner for herigennem at undgå en indlæggelse, som kommunen skal medfinansiere. Man kan også sige det på en anden måde: Det er uhensigtsmæssigt, at kommunerne betaler for driften af et team, de så efterfølgende slet ikke bruger. De kommunale ledere bør altså have en interesse i at sikre, at deres medarbejdere begynder at bruge teamet. Det er imidlertid heller ikke gjort ved, at fx lederne ude i distrikterne uddeler en brochure og opfordrer til at bruge teamet. Indsatsen skal være vedvarende, og det er vores vurdering, at det netop bør være lederne ude i distrikterne, der påtager sig ansvaret for, at det sker. Lederne kan så vælge at kontakte SCT og bede dem komme ud og fortælle om mulighederne med teamet. Lederne kan også vælge at bruge den hjemmesygeplejerske, som deltog i udviklingsarbejdet. En tredje vej er, at bede dem i distriktet, der har nylige erfaringer med at bruge SCT, om at fortælle om, hvad man fik ud af det. En fjerde mulighed er, at hvis der ude i distrikterne afholdes møder, hvor borgere med særlige udfordringer drøftes,

kunne lederen også i denne forbindelse helt konkret bringe SCT på bane som en mulighed, der kunne overvejes under mødet.

Som nævnt er der nok brug for en vedholdende indsats, og derfor ville det være hensigtsmæssigt, hvis SCT og distriktslederne regelmæssigt mødes. Det antages, at der i hver kommune er en mødestruktur, der gør, at distriktslederne jævnligt mødes med hinanden og deres overordnede leder(e). Det foreslås, at SCT fx halvårligt inviteres til at komme på dette møde for at afrapportere, hvordan det går med de kommunale henvendelser fra SCT. Denne afrapportering kræver, at SCT indfører en løbende registrering af forebyggende henvendelser fra kommunerne – helst på distriktsniveau. Distriktslederne og SCT kan under mødet også drøfte behov og mulighed for nye forebyggende foranstaltninger. Distriktslederne kan så tage denne viden med tilbage og gøre en fornyet indsats.

Det er vores erfaring, at praktiserende læger er mest lydhøre overfor deres egne. Derfor er de kommunale praksiskonsulenter, der deltog i udviklingsarbejdet, nøglen til markedsføringen overfor de praktiserende læger. Gennem aktiv inddragelse i udviklingsprocessen, sigtes der mod, at praksiskonsulenterne får et medejerskab til de nye forebyggende foranstaltninger og det er forhåbningen, at de dermed vil tale for foranstaltningerne overfor kollegaerne på de praktiserende lægers interne møder. Derudover kunne beskrivelse af teamets forebyggende foranstaltninger lægges op på sundhed.dk, så almen praksis altid kan gå online for at finde opdaterede informationer. Det er dog heller ikke gjort med en enkelt orientering - indsatsen bør være vedvarende. SCT bør derfor mindst én gang årligt kontakte de tre kommunale praksiskonsulenter og orientere om, hvordan det går med henvendelserne fra almen praksis, og om nødvendigt opfordre til at emnet atter tages op på et kommende møde blandt praksislæger. På disse møder kunne praksiskonsulenten bede deltagerne om at dele erfaringer med nylige forebyggende forløb, hvor SCT har været inde over. Såfremt erfaringerne er positive, vurderes disse positive historier at have en god effekt på andre lægers fremtidige brug af teamet.

5.2.2 Mangelfuldt kendskab til og information om SCT

Vi så i det forrige afsnit, at en hovedårsag til, at teamets forebyggende aktiviteter kun i begrænset omfang er kommet i gang, er, at primær sektor i for ringe grad har haft kendskab til, at teamet tilbyder disse aktiviteter. Men også generelt må det konstateres, at der er et mangelfuldt kendskab til og information om SCT. Derfor foreslås det, at der også mere generelt sættes ind med fornyet oplysning om SCT. Herunder foreslås følgende initiativer:

- ◆ Flyer om SCT til patienter og pårørende
- ◆ SCT med i introduktionsprogrammet for nye medarbejdere på RSI
- ◆ Generel introduktion til SCT for hjemmeplejen og plejehjem
- ◆ Opdatering af generel info om SCT på sundhed.dk.

Flyer om SCT til patienter og pårørende

Som tidligere nævnt berettede en af de pårørende, vi har talt med, at han havde det meget svært med at forstå navnet "Shared Care Team", og da han spurgte i afdelingen, fik han tre forskellige svar. Det vurderes således, at navnet "Shared Care Teamet" er uhensigtsmæssigt i forhold til at give patienter og pårørende et umiddelbart indtryk af teamets funktion. Dette er teamet selv opmærksom på, men det er svært at komme med gode alternativer til navne. Navnet "udskrivningsteam" ville fx ikke være tilstrækkeligt dækkende, for ét af teamets hovedopgaver er jo forebyggelse af indlæggelser, og dér ville "udskrivningsteam" være misvisende. Et eventuelt navneskifte vil også være uhensigtsmæssigt i forhold til de sundhedsfaglige samarbejdspartnere, der kender teamet under deres nuværende navn. I stedet for at skifte navn anbefales det derfor, at der udarbejdes en kortfattet flyer, der forkla-

rer patienter og pårørende om teamets funktion. Flyeren kan udleveres af teamet selv og af personalet på sengeafsnit til patienter og pårørende, der spørger til teamet. Bag på flyeren kan der fx være billeder, navn og kontaktoplysninger på teamets medlemmer.

SCT med i introduktionsprogrammet for nye medarbejdere på RSI

Det foreslås, at SCT inkluderes i introduktionsprogrammet for nye medarbejdere på RSI. Nye sygeplejersker på afdelingerne har fx brug for at vide, hvordan de kan anvende teamet til komplicerede udskrivelser. Derudover har de til deres dialog med patienter og pårørende brug for en vis viden om teamet uanset, at der kan udleveres en flyer til patienter og pårørende. Som vi tidligere har talt om, har læger, der indgår som medicinske for- og mellemvagter, derudover brug for at vide noget om ikke mindst teamets forebyggende funktioner, så de kan koble teamet på en patient, der ellers ville være blevet indlagt.

Derudover kan en af SCT's sygeplejersker/terapeuter under introduktionsprogrammet undervise i, hvordan man som sygeplejerske på afdelingen foretager "den gode udskrivelse". Baggrunden for dette forslag er en bekymring fra en informant fra en RSI afdeling om, at etablering af et team, der tager sig af komplicerede udskrivelser, medfører, at personalet opbygger endnu mindre rutine i selv at forestå komplicerede udskrivelser. Selvom SCT kun tager sig af en lille brøkdel af alle udskrivelser (2,35 %),⁸³ må det formodes, at andelen af komplicerede udskrivelser er betydeligt højere, og at der rent faktisk vil gå mærkbart længere mellem, at afdelingernes sygeplejersker får en kompliceret udskrivelse. En måde at kompensere herfor er, at SCT giver deres viden om komplicerede udskrivelser videre til afdelingerne. Det kan fx foregå ved, at SCT under introduktionen af nyansatte underviser især sygeplejersker i "den gode udskrivelse". Derudover kan man forestille sig, at teamet tog rundt til forskellige personalemøder på afdelingerne og også underviste de ikke-nyansatte i "den gode udskrivelse". I disse undervisningssituationer vil det være en god idé at nævne, at afdelingernes sygeplejersker i hverdagen altid er velkomne til at kontakte SCT med henblik på at få gode råd. Ifølge det oplyste har SCT uformelt fået denne rådgivende funktion i dag, idet personalerne jævnligt tager fat i SCT for at få råd og vejledning.

Generel introduktion til SCT for hjemmeplejen og plejehjem

Fokusgruppeinterviewet med kommunerne viser, at særligt hjemmeplejen og plejehjemmene i Favrskov og Skanderborg kommuner har et meget ringe kendskab til SCT. I Silkeborg Kommune vurderes det, at kendskabet er større, fordi det var her, ordningen først blev indført. Ikke desto mindre er der også her en vis medarbejderudskiftning. Derfor anbefales det, at der gennemføres en generel introduktion til SCT for hjemmeplejen og plejehjemmene. Det foreslås, at denne generelle information gives i regi af markedsføringen af de forebyggende indsatser – jf. forrige afsnit. I forbindelse med den generelle introduktion til SCT bør det nævnes overfor kommunerne, at de ligeledes er meget velkomne til at kontakte SCT, såfremt de mener, at en indlagt patient kunne have gavn af, at SCT overtog udskrivelsen. Det gør kommunerne som tidligere nævnt kun i ringe grad i dag.

Opdatering af generel info om SCT på sundhed.dk

På sundhed.dk er der en side, hvor SCT er beskrevet.⁸⁴ Informationerne på denne side er unøjagtige, og siden bør derfor revideres. Der står fx på hjemmesiden, at SCT's patienter udelukkende er medicinske, og det er også den opfattelse, en flæthed af informanterne fra almen praksis havde. Det kom så-

⁸³ I 2007 havde SCT 352 komplicerede udskrivelser ud af de i alt 13.968 stationære kontakter – jf. tabel A.2 i bilag A. Det svarer til 2,35 %.

⁸⁴

http://www.sundhed.dk/wps/portal/s.155/1917?ARTIKEL_ID=1043040930131428&ARTIKELGRUPPE_ID=1014031204144718

ledes som en overraskelse på de fleste informanter under fokusgruppen, da én af lægerne fortalte, at de havde brugt teamet til en ikke-medicinsk patient.

Derudover bør alle tre hovedopgaver beskrives mere præcist på siden. Som siden er opbygget nu, fremgår kun hovedopgave 2 (afkorte indlæggelser). Hovedopgave 1 (forebyggelse af indlæggelser) og 3 (komplicerede udskrivelser) er ikke nævnt. Derudover foreslås det, at der henvises til siden om SCT på RSI's forside til praksislæger, på samme måde som palliativt team har et direkte link på forsiden. Som det er nu, kan man kun finde siden om SCT ved at gå ind i en oversigt over afdelinger og så finde den langt nede under de forskellige medicinske afdelinger.

5.2.3 Kommunikationsproblemer

Dataindsamlingen viser, at teamet gør en masse ud af at kommunikere med sine samarbejdspartnere. Alligevel er der områder, hvor kommunikationen af samarbejdspartnerne opleves som mangelfuld:

- ◆ Mangelfuld kommunikation med praktiserende læger
- ◆ Vanskelig adgang til hjemmesygeplejen
- ◆ Ukonkret dokumentation af udskrivningsaktiviteter i sengeafsnittenes journaler.

Mangelfuld kommunikation med praktiserende læger

Vi har tidligere beskrevet, at tre af seks fokusgruppemedlemmer fra almen praksis oplyser, at mangelfuld kommunikation har ført til dårlige oplevelser med SCT og til, at der har været tvivl om, hvem der har ansvaret for behandlingen. Samtlige fokusgruppemedlemmer understreger, at denne uklarhed bør undgås, og det vurderes, at det kan ske gennem en mere struktureret informationsudveksling. Vi vil nu kigge på mulige løsninger herpå.

Inden skal vi dog lige se lidt nærmere på, hvornår almen praksis ønsker at blive underrettet. Der var under fokusgruppeinterviewet enighed om, at almen praksis ikke ønsker at blive informeret om alting. Det er fx fint nok, at teamet ikke informerer almen praksis, om det samarbejde teamet har med kommunerne om de komplicerede udskrivelser. Til gengæld har de praktiserende læger følgende ønsker:

- ◆ Hurtigere epikriser på SCT's AMA patienter
- ◆ Orientering når SCT gennemfører opfølgende eller forebyggende hjemmebesøg.

Hurtigere epikriser på SCT's AMA patienter

Når teamet udskriver AMA patienter igen samme dag, har de praktiserende læger behov for, at modtage epikriserne langt hurtigere end de gør i dag. RSI opererer tilsyneladende generelt med forsinkelser i epikriserne. Denne forsinkelse udgør dog et særligt problem i forhold til patienterne fra SCT:

"Patienter, der havner i SCT, er problematiske på en eller anden måde – alle sammen. Det gælder jo ikke altid for øvrige patienter. Derfor er hurtige epikriser særlig vigtige i forhold til SCT. Med patienterne fra SCT kan man også kun sjældent bede patienten om at fortælle, hvad der er sket, for de er oftest ikke i stand til det, fordi de tit er dårlige eller demente." (Praktiserende læge)

Udover at SCT's patienter er særligt dårlige, er der tillige det særlige forhold, at teamets AMA patienter jo typisk kommer hjem indenfor et døgn efter indlæggelse. Jo hurtigere indlæggelsen er, jo mere væsentligt er det for egen læge at få besked om, at patienten ikke længere er indlagt.

SCT er opmærksom på, at lægerne ikke kan bruge stærkt forsinkede epikriser til ret meget. Derfor har SCT også som målsætning altid at ringe til egen læge i forbindelse med udskrivelse af AMA patienter, men fokusgruppeinterviewet viser, at dette nogle gange glipper. Der kan være mange årsager hertil – fx at egen læge er fraværende, eller at det på anden måde er svært at komme igennem til egen læge. Forsøget opgives måske i første omgang med henblik på at ringe på et senere tidspunkt, men på grund af en hektisk hverdag glemmer man at ringe til lægen og orientere om beslutningerne.

Det er SCT's læge, der har den telefoniske dialog med de udvalgte AMA patienters praktiserende læge. Processen her er præget af megen ventetid og forgæves opkaldsforsøg. Fx observerer DSI et opkaldsforsøg til en praktiserende læge, hvor SCT's læge ventede 25 minutter i lægehusets telefonsystem, blot for at få at vide, at den praktiserende læge ikke var på arbejde den dag. Det endte med, at patienten blev udskrevet fra AMA samme dag, og den korrekte procedure er så, at SCT's læge ringer til egen læge dagen efter for at orientere ham. Men hvis det så alligevel er vanskeligt at komme igennem, og forsøget må afbrydes, fordi lægen fx skal deltage i et planlagt hjemmebesøg, så er det forståeligt, at det til sidst glipper for SCT at orientere lægen.

Problemet med forsinkede epikriser er, som beskrevet ovenfor, særligt presserende for SCT's AMA patienter og bør løses på en anden måde, end at SCT's læge skal ringe til almen praksis, for det fungerer, som beskrevet, ikke altid efter intentionen. Det foreslås derfor, at RSI prioriterer SCT's AMA epikriser, så de skrives og afsendes samme dag, som patienten udskrives. I 2007 var der 92 AMA patienter, der blev udskrevet samme dag, så det vil ca. være 2 gange om ugen, at sekretærerne skal hastebehandle en epikrise fra SCT. Idet epikriser fra RSI sendes elektronisk (EDIFACT), vil egen læge være skriftligt orienteret om udskrivelsen, samme dag patienten udskrives.

Selvom epikriserne afsendes samme dag, vil SCT's læge fortsat ofte have behov for en direkte dialog med egen læge i forbindelse med udredningen af patienten. Hvis epikrisen bliver afsendt samme dag, kan man minimere den telefoniske dialog til dette ene opkald, og samtidig vil epikrisen være med til at sikre, at lægen får informationerne skriftligt og hurtigst muligt. Dette vil så også gælde, selvom det skulle være svært eller umuligt at komme igennem til ham den pågældende dag.

Orientering når SCT gennemfører opfølgende eller forebyggende hjemmebesøg

De praktiserende læger, der deltog i fokusgruppen, gav udtryk for, at de gerne vil orienteres, når SCT gennemfører et forebyggende eller opfølgende hjemmebesøg. I de situationer befinder patienten sig i primær sektor, og dermed er det almen praksis, som i udgangspunktet har det lægelige ansvar for patienten. Det er fint at have en telefonisk dialog om besøgene, men nogle af deltagerne efterlyste tillige en skriftlig kommunikation:

"Jeg forestiller mig, at vi jo i de fleste tilfælde vil være involveret, når besøget planlægges, så da er vi taget med på råd. Men vi har derudover også brug for at blive orienteret om, hvordan besøget så gik. Hvad var konklusionerne, og hvilke foranstaltninger gjorde lægen? Blev der fx lavet om på medicinen? Jeg så helst, at vi efter hvert besøg fik et skriftligt notat ind elektronisk på samme måde, som vi får epikriserne, for så har vi helt styr på informationerne næste gang, vi ser patienten. Men det er vigtigt, at vi får det notat hurtigt efter besøget – og ikke først om fire uger." (Praktiserende læge)

Der efterlyses altså, at lægen umiddelbart efter besøget modtager et notat, som sendes elektronisk til lægens journalsystem. Der er rent teknisk mulighed for, at notatet skrives i en MedCom korrespon-

dancemeddelelse⁸⁵ i RSI's patientadministrative system (PAS)⁸⁶ og herefter sendes elektronisk fra PAS til den praktiserende læges EPJ system.⁸⁷ Det anbefales derfor, at SCT's læge dikterer et kort notat efter hvert besøg, og at dette notat prioriteres, så det renskrives og afsendes elektronisk af en sekretær snarest muligt og fx senest et døgn efter indlevering. I 2007 var der i alt 32 hjemmebesøg efter indlæggelse. Derudover må det forventes, at der i fremtiden kommer et antal forebyggende hjemmebesøg.

Det anbefales derudover, at lægen orienteres om besøget, før det finder sted. Hvis epikrisen afsendes samme dag som foreslået ovenfor, kan epikrisen bruges til at orientere om forestående opfølgende hjemmebesøg. I forhold til forebyggende hjemmebesøg antages det, at SCT og almen praksis ofte vil være i telefonisk dialog forud for besøget, og at egen læge dermed er orienteret telefonisk. I de tilfælde, almen praksis ikke er inddraget forud for det forebyggende besøg, bør almen praksis før besøget orienteres via et elektronisk notat – jf. ovenfor.

Vanskelig adgang til hjemmesygeplejen

Der var under fokusgruppeinterviewet en diskussion om, hvorvidt SCT i tilstrækkelig grad orienterer den kommunale hjemmesygepleje om hjemmebesøg. Nogle havde oplevet at blive orienteret, mens andre havde oplevet det modsatte.

Teamet oplyser selv, at de bestræber sig på altid at orientere hjemme(syge)plejen via borgerens samarbejdsbog. Samtidig har de dog generelt fravalgt at orientere hjemmesygeplejen telefonisk om hjemmebesøg, for det er for vanskeligt at få fat i dem per telefon. I det hele taget vurderes det som en hindring for et effektivt samarbejde mellem SCT og hjemmesygeplejen, at hjemmesygeplejerskerne ikke kan nås telefonisk.⁸⁸ Dette er et særligt udtalt problem i Skanderborg og Favrskov kommuner, hvor det ikke er muligt for SCT at få oplyst mobilnumre på hjemmesygeplejersker. I stedet bedes SCT lægge en besked via kontoret, men ifølge det oplyste ringes der kun sjældent tilbage. Derfor opgiver SCT ofte på forhånd at få fat i hjemmesygeplejerskerne fra Skanderborg og Favrskov kommuner. I Silkeborg Kommune kan SCT på forespørgsel derimod godt få udleveret mobilnumre på hjemmesygeplejersker, og det letter kommunikationen væsentligt.

Tidligere i rapporten har vi gjort rede for, at kommunerne faktisk efterspørger øget inddragelse i teamets udgående aktiviteter, herunder deltagelse i følge hjem ordningen og i de opfølgende hjemmebesøg. Men det kan jo af gode grunde ikke lade sig gøre fx at arrangere et fælles opfølgende hjemmebesøg, når man ikke kan få fat i den hjemmesygeplejerske, der skal deltage.

Man bør derfor på ledelsesniveau i kommunerne overveje, hvordan kommunens investering i driften af Shared Care Teamet giver det bedste afkast. Det er vores vurdering, at det bedste afkast opnås ved, at SCT nemt og effektivt kan få fat i de nøglepersoner, der er nødvendige for at levere den bedst mulige udskrivning/forebyggelse. Det anbefales derfor, at kommunerne udleverer lister over relevante medarbejders mobilnumre – herunder hjemmesygeplejerskernes mobilnumre – og at teamet løbende modtager opdateringer, når der sker ændringer/nyansættelser.

Udover nemmere adgang til telefonisk kommunikation mellem SCT og hjemmesygeplejen, kan der også gøres noget for at sikre en skriftlig kommunikation fra RSI til kommunerne. Ovenfor foreslog vi,

⁸⁵ MedComs korrespondancemeddelelse er en slags klinisk e-mail, som i alt væsentlighed består af kun fem felter: afsender, modtager, patient-cpr, emne og tekst. Dermed kan korrespondancemeddelelsen bruges til alle typer klinisk ad hoc kommunikation. Man har blandt andet den fordel, at informationerne lagres nede i patientens journal. Derudover har korrespondancen den fordel, at både RSI, alle praktiserende læger samt Silkeborg og Favrskov kommuner kan afsende og modtage MedComs korrespondancemeddelelse i deres respektive IT Systemer. Skanderborg er ifølge www.medcom.dk endnu ikke klar.

⁸⁶ Det patientadministrative system på RSI hedder Det Grønne System og leveres af CSC.

⁸⁷ Dvs. rent teknisk på samme måde som med epikriser, som hospitalet ligeledes afsender elektronisk.

⁸⁸ Der er her tale om de sager, hvor borgeren allerede har tilknyttet kommunale (syge)pleje ydelser, og hvor teamet med fordel kan tale direkte med plejen i stedet for at gå via visitationen.

at der umiddelbart efter hvert hjemmebesøg sendes et notat til egen læge via MedComs korrespondancemeddelelse. Kommunernes Elektroniske Omsorgsjournaler (EOJ) kan også sende/modtage disse korrespondancemeddelelser, såfremt de er sat op hertil. Dette er allerede tilfældet i Silkeborg- og Favrskov kommuner. Skanderborg Kommune arbejder på sagen,⁸⁹ da det også er korrespondancen, der skal bruges til elektronisk forsendelse af genoptræningsplaner. Når Skanderborg ligeledes kan modtage korrespondancen, er der skabt en elektronisk infrastruktur, der muliggør, at notaterne til egen læge også kan sendes til de tre kommuner. På samme måde vil kommunerne også næsten lige så let⁹⁰ kunne få tilsendt en kopi af epikrisen vedrørende SCT's AMA patienter. Det anbefales derfor, at når RSI laver hhv. notat og epikrise til egen læge, så sendes disse ting i kopi til kommunernes EOJ systemer.

Derudover ville der være mulighed for, at SCT selv kan bruge korrespondancemeddelelsen i PAS til at kommunikere elektronisk med kommunerne om bestemte patienter. SCT er i forvejen bekendt med brugen af PAS, og det vil derfor kun kræve en kort introduktion til korrespondancemeddelelsen. På samme vis ville SCT kunne kommunikere ad hoc med de praktiserende læger.

Ukonkret dokumentation af udskrivningsaktiviteter i sengeafsnittenes journaler

Under fokusgruppeinterviewet med afdelingerne var der konsensus om, at SCT godt kan blive bedre til at dokumentere de foranstaltninger, der er iværksat i forbindelse med de komplicerede udskrivelser. Det anerkendes, at teamet altid skriver i kardex/journal, når de er koblet på en kompliceret udskrivelse. Samtidig påpeges det dog, at de informationer, der gives om foranstaltningerne til tider er for summariske til, at sengeafdelingens personale har det fulde kendskab til, hvad der foregår. Dette kendskab er ikke mindst væsentligt for aftenvagten, som ofte står med pårørende, der spørger ind til, hvad der er gjort i forhold til udskrivelsen. Derfor anbefales det, at SCT er mere udførlige i deres løbende dokumentation i sengeafsnittenes journaler.

5.2.4 Fejl i medicinen ved teamets komplicerede udskrivelser

I forbindelse med udskrivningen af ældre patienter forekommer det generelt ofte, at der er uoverensstemmelser i den medicin, de får med hjem. Netop derfor er medicinhåndtering ofte et centralt element i interventioner, der skal forbedre udskrivelsen.⁹¹ Ifølge det oplyste er SCT også selv meget opmærksom på problemer med medicinen. Ikke desto mindre mener to af de kommunale informanter, vi har talt med, at de ved SCT's komplicerede udskrivelser oplever de samme problemer med medicinen som ved udskrivelser, hvor SCT ikke har været inde over.

Som tidligere nævnt er det ved teamets komplicerede udskrivelser ikke SCT, der selv håndterer medicinen, men det er personalet på afdelingen. Ifølge teamet selv er deres indsats i denne forbindelse kun sporadisk: De minder en gang imellem personalet på afdelingerne om korrekt medicinhåndtering, og hvis de kommer forbi en pakket medicinkuvert, kan de finde på at kontrollere, at alt er i orden. Ved disse kontroller har SCT ifølge det oplyste ikke fundet uoverensstemmelser.

Det vurderes, at når SCT ikke gør mere end det (lejlighedsvis opfordringer og sporadisk kontrol), kan man ikke forvente, at det har nogen væsentlig effekt på graden af uoverensstemmelser med medicinen. Det virker derfor sandsynligt, selvom vi kun har oplysningerne fra to informanter, at der målt på graden af uoverensstemmelser med medicinen ikke er forskel på teamets komplicerede udskrivelser og afdelingernes egne udskrivelser.

⁸⁹ Jf. Bilag til Regionsrådets møde den 24. september 2008, punkt nr. 20:

<http://www.regionmidtjylland.dk/files/Politik/Dagsordener/RR240908/Bilag%20punkt%2020.pdf>

⁹⁰ Sekretæren på RSI skal blot kopiere epikrisens tekst ind i en korrespondancemeddelelse og sende den til kommunen. Det tager måske 30 sekunder.

⁹¹ De førortaltte Glostrup og Gentofte modeller er gode eksempler herpå (Jakobsen et al. 2007).

Korrekt medicin anses for at være en væsentlig del af den gode udskrivelse. Når et af SCT's mål netop er at sikre en god udskrivelse, vurderes det som uhensigtsmæssigt, at teamet reelt ikke gør en større indsats for at sikre korrekt medicinhåndtering hos de komplicerede patienter. Det anbefales derfor, at SCT enten overtager medicinhåndteringen ved de komplicerede patienter, eller i højere grad gennemfører rutinemæssig kontrol af medicinhåndteringen.

Ved de afkortede udskrivelser er det SCT selv, der står for medicinhåndteringen. Idet teamet har korrekt medicin som et fokusområde, er det mere sandsynligt, at teamet ved disse patienter faktisk gør det bedre end afdelingerne generelt. Det har dog ligget udenfor rammerne af denne evaluering at undersøge, om der faktisk er forskel.

5.2.5 Uhensigtsmæssigheder i teamets interne arbejdstilrettelæggelse

I dette afsnit skal vi se på, hvordan teamet gennem en anden arbejdstilrettelæggelse kan blive mere effektivt, dvs. nå flere patienter uden at det går ud over kvaliteten. Vi vurderer, at det gennem en ændret arbejdstilrettelæggelse vil være muligt at øge antallet af patienter på alle tre hovedopgaver, og at der er et udækket behov på alle tre opgaver:

1. **Forebyggelse af indlæggelser:** SCT har næsten ingen forebyggende kontakter i dag, men hvis der gøres en indsats for at udvikle dette område, må det forventes, at antallet af patienter stiger. Gennem en mere effektiv arbejdstilrettelæggelse vurderes det, at dette til en vis grad kan ske, uden at det går ud over volumen i de to andre hovedopgaver.
2. **Afkortelse af indlæggelser:** Teamet oplever ofte, at der på en given dag er en flerhed af AMA patienter, der ville have gavn af at komme hjem samme dag. Imidlertid er der grundet andre arbejdsopgaver sjældent plads i dagskalenderen til at tage sig af mere end en eller maksimalt to. Under observationsstudiet sås det fx, at man på samtlige fem dage nøjedes med at forsøge hjemsendelse på præcis én patient, også selvom der på flere af dagene var mere end én oplagt AMA patient. Den mere effektive arbejdstilrettelæggelse, der er foreslået nedenfor, sigter blandt andet på at skabe større fleksibilitet, så der bliver større mulighed for at tage sig af flere AMA patienter, end det er muligt i dag.
3. **Komplicerede udskrivelser:** Antallet af komplicerede udskrivelser faldt med 9 % fra 2006 til 2007,⁹² og dette skete til trods for, at teamet per 1. oktober 2007 blev opnormeret med en ekstra sygeplejerske/terapeutstilling. Teamet forklarer dette med, at antallet af henvendelser fra afdelingerne på RSI har været noget svingende, og at der derfor i nogle perioder er for lidt at lave. Afdelingerne på RSI kan til gengæld ikke genkende, at teamet skulle have perioder, hvor der ikke er nok at lave. På fokusgruppen med afdelingerne var der faktisk flere, der pegede på, at teamets største svaghed er, at de altid har alt for travlt, og at de derfor må være for få i teamet. Faktisk var flere af informanterne fra afdelingerne inde på, at afdelingerne ofte udviser tilbageholdenhed, fordi de fornemmer, at teamet har for meget at lave. Dvs. de, der skal henvise patienterne, er ikke klar over, at teamet i perioder har for få patienter. Derfor handler en mere effektiv arbejdstilrettelæggelse blandt andet om, at SCT i de stille perioder bliver i stand til at signalere dette til afdelingerne.

Ambitionen er altså, at man i SCT på samme tid kan opnå kontakt til flere patienter indenfor alle tre hovedområder. Men selvfølgelig er der grænser for øget produktivitet, hvis det ikke skal gå ud over kvaliteten. Derfor vil der også i fremtiden være behov for prioritering og fravalg. Et hovedelement i nedenstående forslag til en mere effektiv arbejdstilrettelæggelse for SCT er afholdelsen af daglige koordineringsmøder i teamet. Dette element sigter på at gøre denne prioriterings- og fravalgsproces

⁹² Jf. tabel 4.11 på side 50.

mere systematisk og velovervejet. Følgende elementer bør således overvejes implementeret for at opnå en mere effektiv arbejdstilrettelæggelse i SCT:

- ♦ Sammedagsepikriser på teamets AMA patienter
- ♦ Mulighed for at SCT's AMA patienter kan overnatte én nat mere på AMA
- ♦ AMA uge i stedet for AMA dag
- ♦ Mere end én sygeplejerske/terapeut i AMA
- ♦ Lægen deltager i planlagte hjemmebesøg via videotelefon
- ♦ Der sættes ikke på forhånd dato på opfølgende hjemmebesøg
- ♦ Besked til afdelingerne om at sende komplicerede udskrivelser til teamet
- ♦ Daglige koordineringsmøder i teamet
- ♦ Adgang til øvrig transport når teamets bil er i brug.

Sammedagsepikriser på teamets AMA patienter

Som vi tidligere har været inde på, er produktionen af epikriser på RSI generelt så forsinkede, at SCT's læge er nødt til at ringe til patienternes læge for at orientere dem om udskrivelsen. Denne telefoniske orientering glipper engang imellem, og derfor har vi tidligere foreslået, at RSI prioriterer SCT's AMA epikriser, så de skrives og afsendes samme dag, som patienten udskrives. Det primære formål hermed er at forbedre kommunikationen mellem SCT og almen praksis omkring AMA patienterne.

Et andet formål med sammedagsepikriserne er, at minimere den tid teamets læge skal bruge på telefonisk kontakt til almen praksis. Som det er i dag, bruger lægen rigtig meget tid på at vente på at komme igennem til almen praksis. Det vurderes derfor, at det er særdeles u hensigtsmæssigt, at der dagligt bruges speciallægeressourcer i lange telefonkøer for at kompensere for, at RSI grundet sekretærmangel generelt har et problem med forsinkede epikriser. Sammedagsepikriser skaber altså ikke kun forbedret kommunikation, det vil også betyde mindre spildtid for teamets læge.

Selvom epikriserne fortsat afsendes samme dag, vil SCT's læge dog fortsat ofte have behov for en direkte telefonisk dialog med egen læge i forbindelse med udredningen af patienten. Men hvis epikrisen blev afsendt samme dag, kan man i det mindste minimere den telefoniske dialog. Hvis teamets læge ikke umiddelbart kan få fat i egen læge til det udredende opkald, så vil teamets læge i højere grad kunne lægge en besked og bede den praktiserende læge ringe tilbage. Som det er i dag, udviser SCT's læge tilbageholdenhed med at bede almen praksis om at ringe tilbage, for hvis egen læge vælger ikke at ringe tilbage, så vil egen læge ikke være orienteret, og man vil meget nødig gennemføre hjemsendelsen, uden at lægen er orienteret. Når SCT's læge ved, at egen læge fremover altid vil få epikrisen samme dag, kan SCT's læge måske i højere grad leve med, at lægen ikke ringer tilbage. Dermed er sammedagsepikrisen også på denne måde med til at nedbringe den tid, SCT's læge bruger på at komme igennem til almen praksis. Alternativt kunne SCT's læge bede en sekretær om at sende en elektronisk korrespondancemeddelelse til den praktiserende læge om, at SCT's læge ønsker op-ringning.

Gennem sammedagsepikrisen skabes der altså en lang række muligheder for en mere hensigtsmæssig arbejdstilrettelæggelse for SCT's læge. Kontakten til lægerne i almen praksis effektiviseres, og dermed vil lægens tidsforbrug per AMA patient falde. Dette kan bidrage til, at SCT ved behov kan håndtere mere end én til to daglige AMA patienter.

Mulighed for at SCT's AMA patienter kan overnatte én nat mere på AMA

Som vi tidligere har beskrevet, er konceptet med at afkorte udvalgte AMA patienters indlæggelse inspireret af en lignende ordning ved geriatrisk team på Århus Sygehus. En væsentlig forskel er dog, at man i Århus har mulighed for i modtagelsen at beholde patienterne mere end ét døgn, så geriatrene har lidt bedre tid end blot én arbejdsdag til at få hjemsendelsen på plads. Dette er som udgangspunkt ikke muligt i AMA på RSI i dag, og det betyder, at det for SCT's indsat på AMA er præget af alt eller intet: enten får SCT patienten hjem samme dag, eller også ender det med en traditionel indlæggelse på et af de fire medicinske sengeafdelinger.

Efter det oplyste har SCT få gange helt undtagelsesvist fået lov til at lade enkelte SCT patienter ligge på AMA til næste dag. Det har dog hver gang været ganske tidskrævende at få AMA ledelsens accept herpå. Det bør derfor overvejes, om man også på AMA på RSI kunne åbne op for, at SCT efter aftale med AMA personalet i højere grad selv kan afgøre, hvornår de har behov for, at en SCT patient skal have en enkelt overnatning mere på AMA, før patienten sendes hjem. Det vurderes at give SCT en langt større fleksibilitet, og det ville medvirke til, at SCT kan få flere AMA patienter hjem uden yderligere indlæggelse. Hvis en patient har bedst af at komme hurtigst muligt hjem igen, men det af den ene eller anden årsag ikke kan ske samme dag, så vurderes det da også som en stor gevinst for patienten, at hun kan få lov at blive på AMA en nat mere, i stedet for at blive flyttet op på ét af de medicinske sengeafsnit for en enkelt nat.

AMA uge i stedet for AMA dag

Som det er i dag, skiftes de tre SCT sygeplejersker/terapeuter dagligt i forhold til, hvem der går i AMA for at hjælpe teamets læge med at afkorte AMA patienters indlæggelse. Det foreslås, at der i stedet indføres rotationer af en uges varighed, dvs. at det er den samme sygeplejerske/terapeut, der går på AMA hele ugen. En AMA uge ville så gå fra mandag til torsdag, idet teamets læge kun er tilknyttet teamet i fire dage om ugen, og SCT derfor ikke er på AMA om fredagen.

Formålet med en AMA uge er at skabe en fokusering hos både den sygeplejerske/terapeut, som har AMA uge og hos de to andre sygeplejersker/terapeuter, der ikke har. Den sygeplejerske/terapeut, der har AMA uge, skal altså i denne uge have færre komplicerede udskrivelser, mens de to andre til gengæld kan tage flere.

Når der fx om torsdagen i uge 6 kommer en ny kompliceret udskrivelse ind til teamet, og man af erfaring ved, at hovedparten af aktiviteten med denne type kompliceret udskrivelse vil ligge i uge 7, bør man ikke give denne udskrivelse til den sygeplejerske/terapeut, som har AMA uge i uge 7. Man bør snarere give den til hende, der har AMA uge i uge 6, for hendes AMA uge slutter jo netop denne torsdag, og dermed har hun en relativt fri kalender til komplicerede udskrivelser i uge 7. Når man har AMA uge, så vil man altså ikke være helt fri for komplicerede udskrivelser. Især i starten af ugen vil der være nogle patienter tilbage fra sidste uge, som man lige skal have gjort færdig, og sidst på ugen får man måske visiteret nye patienter, man skal starte op. Når man har AMA uge, vil antallet af komplicerede udskrivelser dog være lavere, og man vil derfor i højere grad kunne koncentrere sig om AMA, end når man skiftes dagligt, hvor der ikke på samme måde kan tages hensyn til, at man har AMA dage.

Tilsvarende vil de to sygeplejersker/terapeuter, der ikke har AMA uge, hen over to hele uger kunne fokusere på komplicerede udskrivelser. Dette vurderes at give nogle muligheder for at kunne håndtere flere patienter end nu.

For den, der har AMA uge, vil muligheden for at fokusere på AMA øge muligheden for at tage sig af flere AMA patienter, end det kan lade sig gøre i dag. Hvis primær sektor øger deres brug af SCT til

forebyggelse, så vil der derudover i højere grad være behov for, at teamets læge og en sygeplejerske/terapeut med kort varsel rykker ud til forebyggende besøg. Den, der har AMA uge, ville i højere grad også kunne tage sig af disse pludseligt opståede forebyggende indsatser, såfremt hun har færre kørende komplicerede udskrivelser. Dvs. modellen med AMA uge forventes at give mulighed for, at der bliver et slags akut-team i teamet, nemlig teamets læge og den der har AMA uge.

Mere end én sygeplejerske/terapeut i AMA

Som nævnt er der fast tilknyttet én SCT sygeplejerske/terapeut i AMA for at assistere SCT's læge med at få udvalgte AMA patienter hjemsendt. Det går på tur mellem de tre sygeplejersker/terapeuter, hvem der er tilknyttet. I forrige afsnit foreslog vi, at turnus skifter fra et dagligt rul til et ugentligt rul. Derudover foreslås det, at teamet ved behov - og hvis øvrige aftaler tillader det - kan vælge at allokere mere end én sygeplejerske/terapeut til AMA en pågældende dag. Hvis der fx er to relevante AMA patienter samt et forebyggende hjemmebesøg, og disse opgaver ikke kan klares af kun én sygeplejerske/terapeut, kunne man forestille sig, at én af de andre sygeplejersker/terapeuter gik ind og hjalp til på AMA. Denne mulighed findes allerede i dag og anvendes også engang imellem, men den måde, arbejdet i øvrigt er tilrettelagt på, gør, at muligheden ikke anvendes så ofte, som man kunne.

Lægen deltager i planlagte hjemmebesøg via videotelefon

Normalt har opfølgende hjemmebesøg et indhold, der kræver, at teamets læge deltager,⁹³ ikke mindst fordi lægen som regel ønsker at gennemgå patientens medicinbeholdning. Lægens deltagelse vil sikkert også være nødvendig for mange af de forebyggende hjemmebesøg, der forventes at skulle afholdes, såfremt primær sektor begynder at bruge teamet til forebyggelse.

Da der jo kun er én læge i teamet, betyder det, at han, som det er nu, skal deltage i hjemmebesøg. Han er meget bundet til de aftaler, der indgås om hjemmebesøg, og dette begrænser lægens mulighed for på dagen at omprioritere og fx tage to AMA patienter den dag. Derudover sætter det en naturlig grænse for, hvor mange hjemmebesøg der kan afholdes. Derfor foreslås det, at det som udgangspunkt planlægges at gennemføre opfølgende hjemmebesøg med lægens deltagelse, men at der skabes en mulighed for, at lægen på dagen kan fravælge deltagelse grundet mere vigtige gøremål i fx AMA. For at dette kan lade sig gøre, skal en af teamets sygeplejersker/terapeuter selv kunne tage ud og løse opgaverne på lægens vegne.

En forudsætning herfor er, at sygeplejersken/terapeuten under besøget kan rådføre sig med lægen, samt evt. at lægen kan tale direkte med patienten. Dette ville være muligt med en mobiltelefon, men mest optimalt ville det være, at der til teamet anskaffes et sæt videotelefoner, så der kan gennemføres en videosamtale. Videotelefoner har længe været overkommelige prismæssigt,⁹⁴ og den tekniske kvalitet er ganske god og endog brugbar til kliniske undersøgelser. Man har fx gode erfaringer fra en række danske projekter med at bruge videotelefoni til at skabe et klinisk samarbejde mellem sygeplejersken, der befinder sig i patientens hjem, og specialisten, der befinder sig på hospitalet.⁹⁵

Brugen af videotelefoner muliggør, at lægen kan vælge ikke at deltage i et planlagt opfølgende hjemmebesøg. Dette giver lægen fleksibilitet, da det muliggør, at lægen på dagen har en reel mulighed for

⁹³ Der er dog også nogle få besøg, hvor lægens deltagelse ikke er nødvendig – fx hvis det ikke kan lade sig gøre at få mobil lab til at tage ud og tage en opfølgende blodprøve, så tager et af teamets sygeplejersker selv ud og tager prøven.

⁹⁴ Telefoner til omtrent 3.000 kr. er erfaringsmæssigt videotelefoner – selv til kliniske formål. Fx en Nokia N82 koster under 3.000 kr. og har både videotelefoni og navigation.

⁹⁵ Fx større telemedicinsk forskningsprojekt (Clemensen, Larsen, Kirkevold & Ejksjaer 2008) under Pervasive Healthcare, der er en forskningsenhed under Århus Universitet. Der er også lavet mere implementeringsrettede projekter, hvor videokonference i dag bruges i daglig drift, fx i projektet "Sår i syd", hvor hjemmesygeplejersker er i kontakt med specialisten på hospitalet i forbindelse med sårbehandling. "Sår i syd" projektet dokumenteres i en mini-MTV, der offentliggøres i løbet af 2009. Indtil da se: <http://www.regionsyddanmark.dk/wm233651>.

at fravælge et hjemmebesøg til fordel for andre mere presserende opgaver. Et andet forslag går ud på, om muligt, ikke på forhånd at sætte dato på opfølgende hjemmebesøg. Dette formål har nøjagtig samme formål som lægens deltagelse i opfølgende hjemmebesøg via videotelefon, altså at give lægen fleksibilitet til at prioritere sin tid. Forslaget om ikke på forhånd at sætte dato på opfølgende besøg beskrives i det følgende afsnit.

Der sættes ikke på forhånd dato på opfølgende hjemmebesøg

Dette forslag går ud på, at når et opfølgende hjemmebesøg aftales med patienten, får patienten ikke nogen præcis dato for besøget, men får blot at vide, at der vil blive gennemført et hjemmebesøg om ca. en uge, og at teamet vil ringe til patienten for at aftale nærmere. Når der så er gået cirka en uge, vurderes det, om hjemmebesøget kan passes ind i dagens program, eller om det bør udskydes til én af de følgende dage. Derved kan hjemmebesøget afholdes under hensyntagen til teamets øvrige opgaver.

En ulempe ved forslaget er, at det er vanskeligt at indbygge denne type fleksibilitet, såfremt hjemme-sygeplejersken og/eller den praktiserende læge ligeledes deltager i besøget, for de skal have datoen i kalenderen i god tid. Derfor er dette forslag kun anvendeligt, hvis primær sektor ikke deltager i mødet.

Besked til afdelingerne om at sende komplicerede udskrivelser til teamet

Som beskrevet ovenfor er der perioder, hvor SCT har for lidt at lave. Hvis teamet en morgen kan se, at der generelt forventes at være for få arbejdsopgaver den kommende tid (fx den næste uge), så bør teamet have mulighed for at rekruttere flere komplicerede udskrivelser. Dette kunne ske ved at stikke hovedet ind under et dagligt møde kl. 08.15 i AMA mellem de medicinske afdelingssygeplejersker om fordeling af AMA patienter. Herefter kan afdelingssygeplejerskerne tage op til medarbejderne på de respektive afdelinger og opfordre til at øge henvendelserne til SCT.

Daglige koordineringsmøder i teamet

Formålet med indførelsen af daglige koordineringsmøder i teamet er at skabe et forum, hvori teamet kan sammenholde de opgaver, der skal løses den pågældende dag med de muligheder, der er for at prioritere mellem opgaverne, for derved at skabe de bedste forudsætninger for at teamets ressourcer bruges bedst muligt.

Som det er i dag, møder den sygeplejerske/terapeut, der har AMA dag kl. 7.30 og orienterer sig i patienterne på AMA. SCT's læge møder så ind kl. ca. 7.45, og der træffes en beslutning om, hvilke patienter der bør udvælges. Kl. 08.00 går lægen normalt til lægekonference, og samtidig møder de to øvrige på arbejde. Koordineringsmødet bør afholdes, efter potentielle AMA patienter er identificeret, og inden lægen går til konference, dvs. mellem kl. 07.45 og 08.00. Derfor foreslås det, at alle fire teammedlemmer rykker deres mødetid et kvarter frem:

07.15–07.30: Den sygeplejerske/terapeut, der har AMA dag/uge, møder og orienterer sig i AMA patienterne.

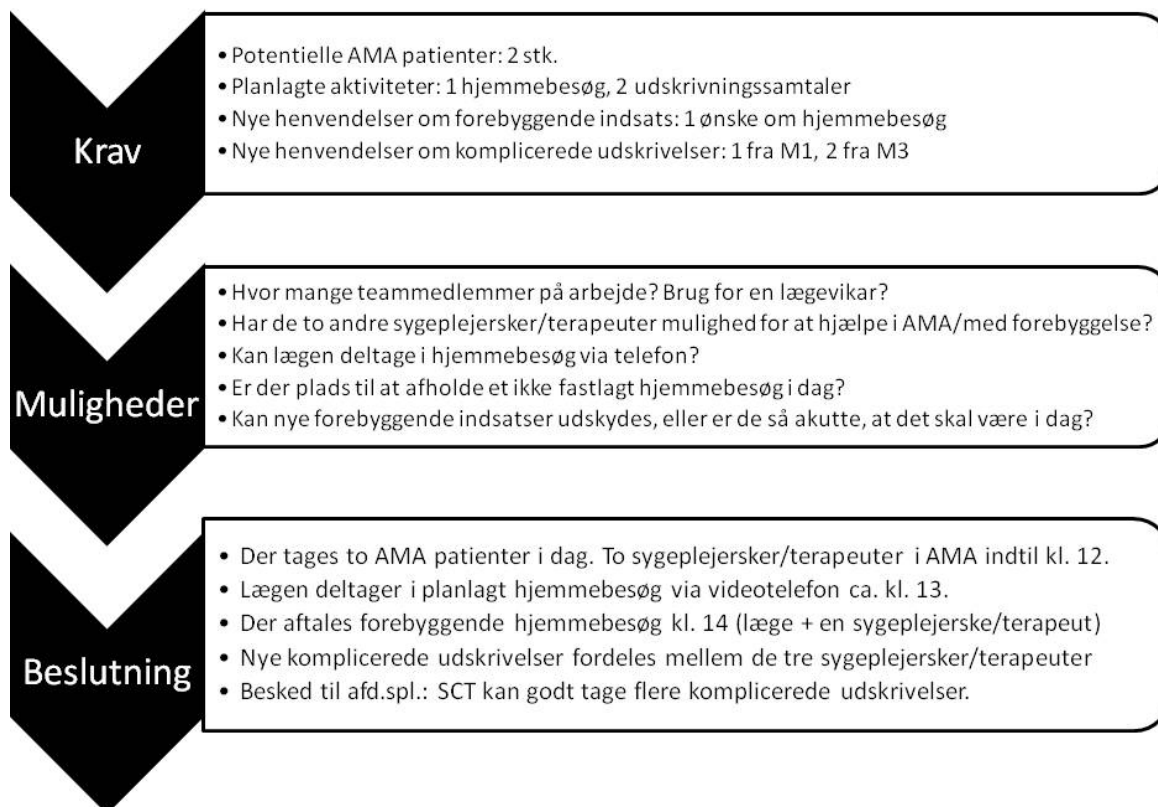
07.30–07.45: Lægen møder på AMA, og i fællesskab identificeres de AMA patienter, der er i målgruppen for hjemsendelse - de er endnu ikke endeligt valgt, det sker først på koordineringsmødet.

07.45–08.00: De to øvrige sygeplejersker/terapeuter møder på arbejde, og alle fire teammedlemmer afholder koordineringsmøde i SCT's eget kontor.

08.00 =>: Lægen går til lægekonsference, og de tre sygeplejersker/terapeuter går i gang med deres gøremål.

Figuren 5.1 nedenfor illustrerer en mulig proces for koordineringsmødet.

Figur 5.1 Eksempel på hypotetisk SCT koordineringsmøde torsdag den 14/5-09 kl. 7.45-08.00.



Figuren illustrerer med et eksempel (et hypotetisk koordineringsmøde den 14/5-09), hvad processen på koordineringsmødet kunne være. Først på mødet listes dagens krav, herunder planlagte opgaver, antal potentielle AMA patienter, nye henvendelser (komplicerede udskrivelser samt nye henvendelser fra primær sektor om forebyggelse).

Herefter drøftes, hvordan flest mulige krav kan honoreres – der ses på forskellige muligheder for tilpasning. Heri indgår selvfølgelig dagens bemanding. Hvis ét af teammedlemmerne er fraværende, så påvirker det naturligvis mulighederne. Er det fx lægen, der er fraværende, så vil der ikke være nogen AMA aktiviteter, idet teamet slet ikke vil gå ned på AMA.⁹⁶ Men der kan godt være indkommet forespørgsler fra primær sektor om forebyggelse, som fordrer, at der kobles en anden RSI læge på – jf. vores anbefaling i afsnit 5.2. Behovet herfor kunne drøftes på koordineringsmødet. Af andre muligheder, der kan drøftes, er, om de to sygeplejersker/terapeuter, der ikke har AMA dag/uge, ville have mulighed for at hjælpe i AMA eller med forebyggende indsatser, eller om de har aftaler (fx udskrivningsmøder), der gør, at det ikke er muligt. Man kan også drøfte muligheden for, at lægen deltager i planlagte hjemmebesøg via videotelefon. Det kan ligeledes drøftes, om der i dag er plads til at afholde et opfølgende hjemmebesøg, som endnu ikke er fastlagt datomæssigt. Endelig kan man drøfte, om man kan udskyde afholdelsen af et forebyggende hjemmebesøg hos en patient, som man først nyligt har fået en henvendelse fra primær sektor om, men som man ikke har fastlagt et besøg for endnu.

⁹⁶ Bortset fra at de lige vil gå derned og sige, at de ikke kommer i dag.

Når krav og muligheder er sammenstillet, skal der træffes beslutninger. I eksemplet ovenfor besluttes det, at man vil arbejde på at få to AMA patienter hjem, og at én af de to sygeplejersker/terapeuter, der ikke har AMA dag/uge, supplerer nede i AMA indtil kl. 12. Det besluttes yderligere, at det opfølgende hjemmebesøg afholdes, men at lægen deltager via videotelefon, fordi han ligeledes skal være med til et forebyggende hjemmebesøg.

Derudover bruges koordineringsmødet til at drøfte de nye henvendelser, der er kommet vedrørende komplicerede udskrivelser. Denne del behøver lægen ikke at deltage i, så han kan tage af sted til lægekonferencen eller alternativt direkte over i AMA, såfremt dagens program kræver, at lægekonferencen springes over.

I forhold til teamets proces omkring drøftelse af indkomne forespørgsler om overtagelse af komplicerede udskrivelser, lægges der således op til en ændring. Som det er i dag, ringer afdelingerne til én af teamets sygeplejersker/terapeuter, og hun tager så som regel allerede i telefonen stilling til, 1) hvorvidt patienten er relevant for SCT, og 2) hvorvidt hun selv har tid til at tage patienten ind. Såfremt begge ting er opfyldt, får afdelingen et svar med det samme. Hvis hun ikke selv har tid, vil hun typisk undersøge med de andre, om de evt. har tid. Det nye er, at beslutningen om at tage den komplicerede udskrivelse ind udskydes til koordineringsmødet. Dvs. afdelingerne skal fortsat ringe til én af teamets sygeplejersker/terapeuter med nye patienter, og den, der tager imod opringningen, noterer oplysninger ned om patienten og spørger lige som i dag lidt ind til sagen. Hvis patienten umiddelbart er i målgruppen, så får afdelingen beskeden, at man internt i teamet finder ud af, hvorvidt der i teamet er tid til at tage opgaven og i givet fald, hvem der tager den. Afdelingen kan ydermere loves, at de får en afklaring næste morgen umiddelbart efter kl. 8. Dette giver så de tre teammedlemmer mulighed for, på koordineringsmødet, at fordele alle nye komplicerede udskrivelser på den mest hensigtsmæssige måde og under hensyntagen til fx kommende fravær (ferie), og hvem der har AMA uge.

Adgang til øvrig transport når teamets bil er i brug

Med koordineringsmødet, og nogle af de andre forslag til ændringer i teamets interne arbejdstilrettelæggelse, sigtes der mod et mere effektivt SCT. Hvis ændringerne implementeres, forventes det, at teamet med dets nuværende normering til en vis grad kan håndtere flere patienter og/eller flere udgående aktiviteter, uden at det samtidig går ud over kvaliteten. En del af forslagene sigter mod at aflaste teamets læge og give ham lidt fleksibilitet, så han ikke i samme grad er bundet af aftaler, der gør, at han på dagen kan prioritere mere presserende opgaver. Når det særligt er lægen, der har været i fokus, hænger det sammen med, at der kun er én læge i teamet, og at han, som det er nu, kun kan være ét sted ad gangen. Men ved fx brug af videotelefon ville man kunne skabe lidt fleksibilitet, der gjorde, at han ikke behøvede at være fysisk til stede på et hjemmebesøg og dermed ikke behøvede at bruge nær så meget tid. Men hvis det er mest hensigtsmæssigt, at han bruger den tid, der er vundet til fx at deltage i et akut opstået forebyggende hjemmebesøg, så er det ikke længere lægen, der udgør flaskehalsen, men til gengæld transporten til hjemmebesøgene, idet teamet umiddelbart kun har én bil til rådighed.

Det forudses således, at hvis man indfører nogle af de beskrevne ændringer i teamets arbejdstilrettelæggelse og dermed kan øge antallet af patienter og/eller udgående aktiviteter, så vil manglende adgang til en ekstra bil stadig oftere udgøre en barriere. Derfor anbefales det, at RSI sikrer, at denne barriere fjernes. Fx kunne teamet, når det er nødvendigt, låne en anden af RSI's tjenestevogne. En anden mulighed er, hvis medarbejderne i teamet er indstillet herpå, at der i undtagelsestilfælde og

mod kilometerbetaling køres i medarbejdernes egne biler.⁹⁷ En tredje mulighed er, at teamet rykker ud ved hjælp af en taxa.

5.3 Oversigt over evalueringens anbefalinger

I løbet af kapitel 5 er vi kommet med i alt 36 anbefalinger til, hvad der kunne gøres for at løse de udfordringer, der adresseres i kapitlet. Hvis parterne bag SCT vælger at følge nogle af disse anbefalinger, så er spørgsmålet, hvem der har ansvaret for at sikre, at anbefalingerne føres ud i livet. For alle 36 anbefalinger har vi et bud på, hvor ansvaret bør ligge.

Vi foreslår således, at ansvaret for hver af de 36 anbefalinger entydigt placeres på én af følgende aktører: 1) Shared Care Teamet (SCT), 2) Regionshospitalet Silkeborg (RSI) eller 3) Kommunerne (Favrskov, Silkeborg og Skanderborg). Det fremgår således, at der i denne forbindelse sondres mellem SCT og RSI. Sondringen går på, at SCT har fået ansvar for de anbefalinger, det vurderes, de selv kan implementere uden at skulle have hospitalsledelsens accept. Når RSI er ansvarlig, er det fordi anbefalingen formodes at skulle behandles ledelsesmæssigt på RSI – fx fordi den influerer andre end SCT selv. Af de kommende tre tabeller fremgår, hvordan vi foreslår, at ansvaret fordeles mellem de tre aktører. Det fremgår af tabellerne, i hvilket afsnit baggrunden for anbefalingen er uddybet. Det er hensigten med tabellerne, at de kan stå for sig selv og vil ikke blive kommenteret.

Tabel 5.2 Anbefalinger som Shared Care Teamet bør have ansvaret for

Anbefaling	Afsnit
Mere opmærksomhed på at inddrage SCT's patient under udskrivningssamtalen	6.1.2
Mere rutinemæssig telefonisk opfølgning på samtlige SCT patienter	6.1.2
Praktiserende læger deltager i opfølgende hjemmebesøg sammen med SCT	6.1.2
Mere opmærksomhed på, at SCT's patienter og pårørende føler sig trygge ved hjemsendelsen.	6.1.3
SCT bruger MedComs korrespondancemeddelelse til ad hoc kommunikation med primær sektor	6.2.3.2
SCT bør være mere udførlige i deres løbende dokumentation af indsatsen ved komplicerede udskrivelser i sengeafsnittenes journaler.	6.2.3.3
SCT bør enten overtager medicinhåndteringen ved det komplicerede patienter eller i højere grad gennemføre rutinemæssig kontrol af medicinhåndteringen.	6.2.4
AMA uge i stedet for AMA dag for SCT's sygeplejersker/terapeuter	6.2.5.3
SCT bør i højere grad tilrettelægge arbejdet, så der kan komme mere end én sygeplejerske/terapeut i AMA per dag	6.2.5.4
Der sættes ikke på forhånd dato på opfølgende hjemmebesøg	6.2.5.6
SCT bør mere rutinemæssigt sende besked til afdelingerne om at sende komplicerede udskrivelser til teamet	6.2.5.7
Daglige koordineringsmøder i teamet	6.2.5.8

⁹⁷ Hvilket ifølge det oplyste allerede sker til en vis grad i dag.

Tabel 5.3 anbefalinger som Regionshospitalet Silkeborg bør have ansvaret for

Anbefaling	Afsnit
Når SCT's læge er fraværende kan SCT trække på en anden læge på RSI til at bistå primær sektor med forebyggende aktiviteter.	6.2.1.1
Konkretisering af SCT's forebyggende ydelser ¹	6.2.1.2
Nyansatte reservelæger introduceres til SCT, mhp. at de som forvagter og mellemvagter, når det vurderes relevant, anbefaler vagtlæger SCT i stedet for en akut indlæggelse	6.2.1.3
Flyer om SCT til patienter og pårørende	6.2.2.1
Generel information om SCT i introduktionsprogrammet for nye medarbejdere på RSI	6.2.2.2
SCT underviser sygeplejerskerne RSI's afdelinger om "den gode udskrivelse"	6.2.2.2
Det meldes mere formelt ud, at afdelingerne på RSI kan få vejledning i forbindelse med udskrivning	6.2.2.2
Opdatering af generel information om SCT på sundhed.dk	6.2.2.4
Prioritering af SCT's AMA epikriser, så de skrives og afsendes samme dag som patienten udskrives.	6.2.3.1
Før hjemmebesøg afholdes sendes notat herom til egen læge, medmindre lægen har fået besked på anden måde (telefonisk eller via sammedagsepikrisen (AMA patienter))	6.2.3.1
Notat om resultatet af hjemmebesøg dikteres af SCT's læge og skrives samt sendes herefter af en sekretær på RSI til egen læge senest et døgn efter hjemmebesøget.	6.2.3.1
Når RSI laver hhv. epikrise om AMA patienter samt notater om hjemmebesøg til egen læge, så sendes disse meddelelser i kopi til kommunernes EOJ systemer.	6.2.3.2
Der bør være mulighed for at SCT's AMA patienter kan overnatte én nat mere på AMA	6.2.5.2
Lægen deltager i planlagte hjemmebesøg via videotelefon	6.2.5.5
Teamet bør have adgang til øvrig transport når teamets bil er i brug	6.2.5.9

1) Der foreslås, at der etableres en tværfaglig udviklingsgruppe vedrørende konkretisering af SCT's ydelser. Det anbefales, at RSI tager initiativ til etablering af gruppen og at RSI sekretariatsbetjener den.

Tabel 5.4 Anbefalinger som kommunerne bør have ansvaret for

Anbefaling	Afsnit
Kommunal visitation deltager i hjemmebesøgene under indlæggelse	6.1.2
Kommunal hjemme(syge)pleje deltager i følge hjem forløb sammen med SCT	6.1.2
Kommunal hjemme(syge)pleje gennemfører selv et bringe hjem forløb uden SCT deltagelse	6.1.2
Kommunal hjemme(syge)pleje deltager i opfølgende hjemmebesøg sammen med SCT	6.1.2
Praktiserende læge og hjemmesygeplejen gennemfører selv opfølgende hjemmebesøg efter Glostrup modellen og uden SCT's deltagelse	6.1.2
Distriktslederne tager ansvar for en øget kommunal brug af SCT til forebyggelse.	6.2.1.3
Markedsføring af SCT's forebyggende ydelser til almen praksis ¹	6.2.1.3
Generel introduktion til SCT for hjemmeplejen og plejehjem	6.2.2.3
SCT bør løbende modtage opdaterede telefonlister over relevante kommunale medarbejderes mobilnumre (herunder hjemmesygeplejerskernes)	6.2.3.2

1) Det foreslås, at de kommunale praksiskonsulenter spiller en afgørende rolle her. Kommunerne bør være dem, der sikrer, at det sker. Derfor er det defineret som et kommunalt ansvar.

6. Konklusion og perspektivering

Dette konkluderende og perspektiverende kapitel er inddelt i tre dele.

- ◆ Del 1 – Konklusion: styrker, svagheder og udviklingsmuligheder

I den første del opsummeres teamets styrker og svagheder, og der gives et overblik over evalueringens forskellige forslag til udviklingsmuligheder.

- ◆ Del 2 – Perspektivering med generelt fokus: Hvad kan andre lære af SCT?

I den anden del vil vi diskutere, hvad omverdenen kan lære af Shared Care Teamet. Hvilke erfaringer kan der uddrages af SCT, som andre, der ønsker at igangsætte et samarbejde om forløbskoordinering, kan have glæde af at overveje?

- ◆ Del 3 – Perspektivering med lokalt fokus: Særsomt betaling for SCT

En del af motivationen bag evalueringen har været, at man fra de tre kommuners side ønsker en drøftelse af, hvorvidt kommunerne i lyset af den generelle kommunale medfinansiering af sygehusindlæggelser også fremover bør betale særsomt for SCT. I tredje del af kapitlet vil vi med baggrund i evalueringen give de kommunale og regionale ejere af SCT input til drøftelsen af dette spørgsmål.

6.1 Styrker, svagheder og udviklingsmuligheder

6.1.1 SCT's styrker

Mange ældre har kroniske lidelser og en del samtidige sygdomme. Men idet hospitalers udredning og behandling af især ældre patienter skal gå stadig hurtigere, er der på hospitalerne mere og mere fokus på den ene kliniske problemstilling, der udløste indlæggelsen. Dette stiller større krav til det tværsektorielle samarbejde om primær sektors overtagelse af disse måske nok færdigbehandlede, men ofte ganske plejekrævende patienter.

En markant styrke ved Shared Care Teamet er, at teamet har fokus på at udrede disse særlige plejebehov og forsøger at sikre, at primær sektor og de pårørende kan støtte patienten på en måde, så tilbagevenden til primær sektor bliver bæredygtig på lidt længere sigt. Denne evalueringens formål har ikke været at undersøge, hvorvidt teamet faktisk leverer varen, dvs. hvorvidt deres udskrivelser nu også er mere bæredygtige end afdelingernes. Men evalueringen viser, at der er en række faktorer, som gør, at teamet har bedre forudsætninger for at levere varen, end afdelingerne har. Teamet har fx bedre tid end afdelingerne til at arbejde grundigt med udskrivelsen. Derudover kan teamet levere en mere kontinuerlig indsats, og teamet har også et bedre kendskab til muligheder og begrænsninger i primær sektor end personalet på afdelingerne har.

Teamets udgående aktiviteter er centrale elementer i teamets værktøjskasse. Følge hjem funktionen er en af disse udgående aktiviteter og bruges blandt andet til at vurdere patientens evne til at klare sig selv i hjemmet, tjekke medicin og om dagligdagen fungerer. Dermed ligner SCT's følge hjem ordning (vedrørende patienter med komplicerede udskrivelser) i høj grad den følge hjem ordning, der er afprøvet i et endnu ikke offentliggjort randomiseret forsøg på Gentofte Hospital, hvor følge hjem funktionen nedbringer genindlæggelsesfrekvensen ganske væsentligt.⁹⁸

⁹⁸ Studiet er endnu ikke publiceret, og derfor bygger oplysningerne på samtaler med Finn Rønholdt Hansen, der er ledende overlæge på Gentofte Hospital. Undersøgelsens samlede resultater forventes publiceret i løbet af 2009.

En anden udgående aktivitet er opfølgende hjemmebesøg. Aktiviteten bliver især anvendt til at følge op på de AMA patienter, der har fået afkortet deres indlæggelse. SCT's opfølgende besøg følger ikke nogen bestemt dagsorden, men er i høj grad tilpasset den pågældende patients problemstillinger. Som regel inkluderer dette også en gennemgang af patientens medicinbeholdning samt en uformel ADL⁹⁹ vurdering – fx lægges der mærke til patientens generelle udseende og soignering, hvor opryddet der er, og om der er lavet kaffe, dækket bord mv.

De udgående aktiviteter gør SCT til noget unikt på RSI, og de vurderes som én af SCT's styrker. Desuden vurderes det, med udgangspunkt i den viden der findes fra andre erfaringer med opfølgende hjemmebesøg og følge hjem ordninger, at SCT's udgående aktiviteter har en positiv effekt på genindlæggelsen.

SCT har udover de udgående aktiviteter også andre aktiviteter i sin værktøjskasse – herunder udskrivningssamtaler, som SCT ofte gør brug af i sit arbejde med komplicerede udskrivelser. Når RSI's sengeafsnit står for udskrivelsen, deltager de også i udskrivningssamtaler, og dermed er disse samtaler ikke unikke for SCT. Men der er ifølge de kommunale visitatorer alligevel væsentlige forskelle mellem SCT's udskrivningssamtaler og mange af de samtaler, sengeafsnittene deltager i. Når sengeafsnittene står for udskrivelsen, oplever de kommunale visitatorer ofte, at den deltagende medarbejder fra sengeafdelingen har et mangelfuldt kendskab til patientens funktionsevne og behov. Derudover forekommer det ikke sjældent, at sengeafdelingens personale vælger ikke at deltage i udskrivningssamtalerne. Derimod prioriterer SCT disse samtaler meget højt, indkalder selv til dem og deltager altid i dem. Samtidig har SCT under samtalerne en meget aktiv og styrende rolle. SCT's udskrivningssamtaler er således sammen med de udgående aktiviteter de største styrker i teamets værktøjskasse.

Teamets kommunikation med patienter og pårørende er ligeledes en af teamets styrker. I denne forbindelse adskiller teamet sig fra afdelingerne ved at have tiden til og kontinuiteten i dialogen med patienterne og de pårørende. Alligevel er der plads til forbedring i forhold til så vidt muligt altid at sikre, at patienten og de pårørende rent faktisk føler sig trygge ved det, der skal ske – fx en hjemsendelse.

SCT vurderes af samarbejdspartnerne som troværdigt, fleksibelt og hensynsfuldt. Teamet er derfor generelt vellidt og respekteret blandt samarbejdspartnerne, om end en væsentlig nuancering er, at der er nogle praktiserende læger, som har oplevet svigtende kommunikation fra teamets side. Dette har givet vis skadet samarbejdsrelationen. Trods denne nuancering vurderes det, at et af teamets styrker er dets gode samarbejdsrelationer, som i sidste ende er en fordel for patienterne, fordi tingene glider bedre som følge af de gode relationer. Desuden har SCT gennem den kontinuerlige kontakt til primær sektor et solidt kendskab til, hvilke muligheder og begrænsninger der er i primær sektor. Et eksempel både på de gode relationer og kendskabet til primær sektor er, at det er nemmere for SCT at udskrive sine patienter direkte til en aflastningsplads.

6.1.2 Teamets svagheder og udviklingsmuligheder

En stor svaghed er, at primær sektor stort set ikke efterspørger Shared Care Teamets hjælp til forebyggelse af indlæggelser. Årsagerne hertil er flere. For det første er teamet ikke synligt nok i primær sektor. Desuden er teamets forebyggende funktion ikke veldefineret og har kun været sporadisk markedsført i primær sektor. Endelig har funktionen været præget af manglende regelmæssighed i lægedækningen. Der er således indtil nu ikke skabt optimale betingelser for, at SCT kan få gang i den forebyggende indsats. Både kommunerne og almen praksis kan dog se et ret stort potentiale i at bruge teamet til forebyggelse. Men der er behov for at sikre regelmæssighed i lægedækningen, og derudover skal teamets forebyggende ydelser konkretiseres gennem et tværfagligt udviklingsarbejde. Her-

⁹⁹ ADL = Activities of Daily Living.

efter skal ydelserne markedsføres i primær sektor, og i denne forbindelse foreslås det, at hhv. de kommunale distriktsledere og de kommunale praksiskonsulenter spiller en hovedrolle.

Et andet af teamets svagheder er kommunikationen med primær sektor. Dette giver sig udslag i, at nogle af de praktiserende læger oplever teamets kommunikation som mangelfuld. Derfor anbefales det, at RSI prioriterer skrivningen af SCT's AMA epikriser, så de skrives og afsendes samme dag, patienten udskrives. Derudover foreslås det, at almen praksis modtager et elektronisk notat efter alle hjemmebesøg. For at styrke kommunikationen med hjemmeplejen foreslås det endvidere, at der sendes en kopi af disse notater og epikriser til hjemmeplejen. En anden svaghed i forhold til teamets kommunikation er, at det er meget vanskeligt for SCT at komme i telefonisk kontakt med Skanderborgs og Favrskovs hjemmesygepleje. Derfor foreslås det, at SCT løbende modtager opdaterede lister over relevante kommunale medarbejderes mobilnumre – herunder hjemmesygeplejerskernes. I forhold til den interne kommunikation foreslås det endvidere, at SCT er mere udførlige i deres løbende dokumentation i sengeafsniternes journaler, idet afdelingerne på RSI påpeger, at dokumentationen hidtil har været for summarisk.

Medicinhåndtering i forbindelse med de komplicerede udskrivelser er også en svaghed ved SCT. Ved de komplicerede udskrivelser håndteres medicinen af afdelingerne selv, og derfor er der sandsynligvis de samme problemer ved SCT's komplicerede udskrivelser som ved de udskrivelser, hvor RSI's afdelinger selv står for dem. Der anbefales derfor en ændring i rutinen således, at SCT enten overtager medicinhåndteringen eller i højere grad gennemfører rutinemæssig kontrol af afdelingernes medicinhåndtering.

Arbejdstilrettelæggelse, herunder den svingende intensitet i arbejdsopgaverne, er et andet område, hvor der med fordel kan sættes ind. Der er perioder hen over året, hvor teamet ikke har nok at lave. Omvendt er der andre perioder, hvor der er travlt, og hvor opgaver må fravælges. Ofte er det allerede indgåede aftaler, der er bestemmende for, hvilke opgaver der fravælges. Disse u hensigtsmæssigheder i teamets interne arbejdstilrettelæggelse foreslås afhjulpnet gennem en række konkrete justeringer. Centralt i denne forbindelse er afholdelsen af daglige koordineringsmøder, som skal bidrage til en mere hensigtsmæssig prioritering mellem opgaverne. Et andet forslag er, at lægen ved brug af videotelefoner kan fravælge fysisk deltagelse i et hjemmebesøg, såfremt det skønnes, at hans tid er bedre brugt på anden vis. Et tredje forslag indebærer en mere rutinemæssig melding til afdelingerne på RSI, når de godt må øge antallet af henvendelser vedrørende komplicerede udskrivelser.

Afslutningsvis kan den generelle mangelfulde kendskab til og information om SCT nævnes som en svaghed. Derfor foreslås 1) at der laves en flyer om SCT til patienter og pårørende, 2) at SCT kommer med i introduktionsprogrammet for nye medarbejdere på RSI, 3) at der gennemføres en generel introduktion til SCT for hjemmeplejen og på plejehjem, og slutteligt 4) at informationen om SCT på sundhed.dk opdateres.

6.1.3 Samlet vurdering af SCT

Som nævnt ovenfor bliver det på grund af markant faldende liggetider for især ældre patienter stadig sværere for sygehusafdelinger at bidrage til langsigtede bæredygtige udskrivningsforløb. I Silkeborg har man valgt at løse denne udfordring ved at etablere et særligt team, der kan tage sig af de mest vanskelige patienter. Når man sammenholder styrker og svagheder, ser SCT ud til at være en god løsning, for teamet har på en række parametre bedre forudsætninger end afdelingerne for at levere en bæredygtig overgang til primær sektor. Dette gælder både i forhold til tid, kontinuerlighed, kendskab til muligheder og begrænsninger i primær sektor, udgående aktiviteter, udskrivningssamtaler samt gode samarbejdsrelationer med primær sektor præget af troværdighed, fleksibilitet, og hyppig kontakt. Selvom SCT på RSI fortsat har betydelige svagheder, så vurderes de ikke som uoverkommelige.

Derimod peger de i retningen af et potentiale for et endnu bedre SCT. Man har altså med SCT tilsyneladende fundet en hensigtsmæssig model for at håndtere de udfordringer, som accelereret patientforløb giver for det tværsektorielle samarbejde om svage ældre patienters udskrivelse fra hospitalet. Den samtidige kombination af kvalitet og effektivitet, samt helhedsblikket for patientens forløb gennem både det sekundære og primære sundhedsvæsen, er blot nogle af de potentielle styrker, der kan fremhæves ved Shared Care Teamet.

6.2 Hvad kan andre lære af Shared Care Teamet?

Baggrunden for etableringen af Shared Care Teamet var at forbedre det sammenhængende patientforløb for især ældre svækkede patienter, blandt andet ved at styrke samarbejdet mellem hospitalet, kommunens ældrepleje og patientens praktiserende læge. Der er rundt om i landet en lang række mennesker, der arbejder på at udvikle og implementere initiativer, der har præcis det samme sigte. Det, der i denne sammenhæng gør SCT interessant, er, at SCT har været i gang i snart fem år, og dermed er det en forløbskoordinerende funktion, som kan bidrage til viden, og som andre kan lære af. Derfor vil vi nu diskutere, hvad andre, der arbejder med forløbskoordinering og med at forbedre det sammenhængende patientforløb, kan lære af SCT.

Shared Care Teamet har haft en række udfordringer i forbindelse med etableringen af ordningen. Nogle af disse udfordringer er blevet løst hen ad vejen – andre er fortsat uløste og er fx med til at forklare, hvorfor man aldrig rigtig fik gang i henvendelserne fra primær sektor om hjælp til forebyggelse af indlæggelser. Til andre, der skal i gang med udvikling af lignende ordninger eller teams, kan der således formuleres følgende anbefalinger:

- ♦ **Initiativ:** Det er nemmest at få mange patientforløb, hvis teamet selv kan tage initiativ til, at patienter kobles på teamet.
- ♦ **Synlighed:** Hvis teamet ikke har initiativet, så kan der kompenseres herfor ved at være meget synlig overfor dem, der har. Et team, der som SCT har fast base på sygehuset, vil ikke kunne være synlig i primær sektor i nær samme grad som på sygehuset.
- ♦ **Inddrag samarbejdspartnere i udviklingen:** Selvom inddragelse kan tage tid i starten, er det ofte en god investering på lidt længere sigt, fordi det giver samarbejdspartnerne et ejerskab til ordningen.
- ♦ **Konkretiser ydelserne:** Særligt hvis teamet skal tilbyde sine ydelser til andre, så bør ydelserne være udviklet i fællesskab – jf. ovenfor – og derudover meget konkrete.
- ♦ **Undgå geografiske afgrænsninger:** Ud fra et driftsperspektiv er det bedst, hvis nye tiltag, der skal fremme det sammenhængende patientforløb, tilbydes alle relevante patienter i hospitalets optageområde. Omvendt kan det være fristende at gå i gang med dem, der nu engang vil være med, for derefter at håbe på, at de øvrige tilslutter sig senere.

Nogle af udfordringerne skal man have for øje allerede i planlægningen af et initiativ med forløbskoordinering, andre vil først for alvor blive synlige, når initiativet er gået i gang. Ingen af de nævnte problemstillinger er dog uløselige, og resultatet er i hvert tilfælde for Silkeborgs tilfælde en intervention, som kan være med til at takle nogle af de udfordringer, det moderne sundhedsvæsen står over for.

6.3 Særskilt betaling for Shared Care Teamet?

En del af motivationen bag evalueringen har som nævnt været, at man fra de tre kommuners side ønsker en drøftelse af, hvorvidt kommunerne i lyset af den generelle kommunale medfinansiering af

sygehusindlæggelser også fremover bør betale særskilt for SCT. Vi vil nu med baggrund i evalueringen give de kommunale og regionale ejere af SCT nogle input til denne diskussion.

Et grundlæggende spørgsmål i denne forbindelse er, om teamet skaber ekstra værdi. Dette spørgsmål kan angribes på mange måder afhængig af, hvad der inkluderes i værdibegrebet. I en bred definition kan der fx inddrages patienttilfredshed, tryghed, livskvalitet, overlevelse mv. Evalueringen viser fx, at patienterne i høj grad er tilfredse med teamets indsats, og at flere – men ikke alle patienter vi har talt med – fortæller, at teamet har bidraget til, at de har følt sig trygge ved udskrivelsen. I en lidt smallere definition kan man sætte lighedstegn mellem værdi og en mere økonomisk cost-benefit betragtning. Giver SCT overskud? Her er vores svar (endnu engang): Det ved vi ikke, fordi det ikke har været muligt at måle effekterne af SCT, idet teamet allerede har været i drift i fem år, og der er metodisk set tale om en ukontrolleret intervention, der intervenserer overfor en selekteret, men ikke fast afgrænset gruppe af patienter (Voss, 2008). Andre steder har man til gengæld gennemført kontrollerede studier af interventioner, der har meget til fælles med SCT. Erfaringerne med opfølgende hjemmebesøg fra Glostrup viser således, at opfølgende hjemmebesøg nedbringer genindlæggelsesfrekvensen fra 52 % til 40 % (Jakobsen et al. 2007). Det skal bemærkes, at der er både forskelle og ligheder mellem hjemmebesøgene i hhv. Glostrup og SCT på RSI. Den primære lighed er, at de opfølgende hjemmebesøg har samme fokus på gennemgang af patientens medicinbeholdning og på at følge op på indlæggelsen. Den primære forskel er, at det i Glostrup-modellen er patientens egen læge samt hjemmesygeplejersken, der gennemfører besøget. Erfaringerne fra Gentofte projektet,¹⁰⁰ hvor ældre medicinske patienter følges hjem i forbindelse med udskrivningen af en hospitalsansat sygeplejerske eller terapeut, kan der observeres lignende fald i genindlæggelsesfrekvensen som i Glostrup studiet.

Både følge hjem funktionen og opfølgende hjemmebesøg har altså i anden sammenhæng været effektueret, og selvom disse interventioner ikke er helt identiske med SCT's aktiviteter, er det nærliggende, at også SCT's udgående aktiviteter har en positiv effekt på genindlæggelsen. Desuden har teamet, som også beskrevet ovenfor, en lang række bedre forudsætninger end afdelingerne for at bidrage til langsigtede og bæredygtige løsninger. Derfor må det formodes, at teamet faktisk leverer bedre udskrivelser end afdelingerne, og dermed giver teamet en merværdi i forhold til afdelingerne. I forlængelse heraf kan man argumentere for, at kommunerne med SCT får noget mere end det, de allerede har betalt for via den kommunale medfinansiering af sygehusydelse. Man kan dog indvende, at det jo ikke er kommunernes problem, at afdelingerne på RSI ikke kan levere optimale udskrivningsforløb, og når man vælger at etablere et team, der skal kompensere herfor, så er finansieringen af denne kompenserende foranstaltning ikke kommunernes ansvar. Begge synspunkter er valide og er vel i sidste ende et spørgsmål om anskuelse. Vi vil i det følgende kort vende de to måder, man kan anskue dette spørgsmål på, først på omkostningerne og dernæst på hvem det er SCT understøtter mest.

Tabel 6.1 Teamets driftsomkostninger totalt og per patient

	Total	Per patient
Regionens andel af driftsomkostningerne	1.100.000	2.657
Kommunernes andel af driftsomkostningerne	750.000	1.812
De samlede driftsomkostninger	1.850.000	4.469

Kilde: RSI

Af tabel 6.1 fremgår teamets driftsomkostninger. Det ses i tabellen, at de samlede driftsomkostninger er 1.850.000 kr. I 2007 havde teamet i alt 414 patienter,¹⁰¹ dvs. omkostningerne per patient var 4.469

¹⁰⁰ Studiet er endnu ikke publiceret, og derfor bygger oplysningerne på samtaler med Finn Rønholdt Hansen, der er ledende overlæge på Gentofte Hospital. Undersøgelsens samlede resultater forventes publiceret i løbet af 2009.

¹⁰¹ Eksklusiv de 31 patienter som døde under indlæggelsen.

kr. Kommunernes andel af driftsomkostningerne per patient er 1.812 kr., mens regionens andel er 2.657 kr.

Kan man udtale sig om, hvorvidt SCT er en overskudsforretning for nogen af parterne? Det er svært, for vi kender ikke gevinsterne ved teamet, men hvis vi et øjeblik antager, at SCT opnår samme effekt som forebyggende hjemmebesøg i Glostrup projektet, så kan vi måske alligevel foretage nogle forsigtige estimater. Lad os begynde med at kigge på økonomien fra regionens synsvinkel. Glostrup studiet viste, at genindlæggelsesfrekvensen i løbet af en 26 ugers periode er 52 % for kontrolgruppen og kun 40 % i interventionsgruppen. Deraf følger ifølge studiets sundhedsøkonomiske beregninger, at der er en regional nettobesparelse på 5.257 kr. (Jakobsen et al. 2007). Hvis det som nævnt antages, at SCT har samme effekt og deraf følgende nettobesparelse som Glostrup projektet, så ville bruttogevinsten fra et regionalt perspektiv¹⁰² være $(5.257 - 2.657 =) 2.600$ kr. per patient, svarende til 1.076.400 kr. for samtlige 414 patienter.

I Glostrup studiet lykkedes det ikke at indhente valide kommunaløkonomiske data, og derfor kender vi ikke denne interventions konsekvenser på den kommunale økonomi. Det eneste vi derfor kan regne på i forhold til kommunerne, er det faldende antal genindlæggelses betydning for kommunernes udgifter til medfinansiering af sygehusydelser. Hvis det atter antages, at SCT kan opnå samme effekt som Glostrup modellen, så ville SCT opnå et fald i genindlæggelser på $(52 \% - 40 \% =) 12$ procentpoint. Hvis det yderligere antages, at alle genindlagte patienter rammer det kommunale medfinansieringsloft på 4.476 kr., så svarer det til, at den kommunale nettobesparelse bliver $(4.476 * 12 \% =) 537$ kr. per patient. Det samlede kommunale regnestykke bliver altså et bruttotab per patient på $(1812 - 537 =) 1.275$ kr., hvilket svarer til et samlet tab på 527.850 kr. for samtlige 414 patienter.

Beregningerne viser altså, at hvis der alene ses på gevinsten af færre genindlægger, og det antages, at SCT kan levere samme fald i genindlæggelsesfrekvensen som Glostrup projektet, så har regionen en samlet bruttogevinst af ordningen på lidt over en million, mens kommunerne har en samlet udgift på lidt over en halv million. På tværs af de to kasser, ville der være en samlet bruttobesparelse på lidt over en halv million kr. Hvis der altså ses alene på genindlæggelsesfrekvensen, og det antages, at SCT har samme effektivitet som Glostrup, så kan det konkluderes, at SCT samlet set giver overskud, men at ordningen fra et kommunalt perspektiv giver underskud.

En anden tilgang er at se på, hvem SCT understøtter mest rent driftsmæssigt. Dette kigger vi på i tabel 6.2 nedenfor.

Tabel 6.2 Driftsmæssige fordele/ulemper ved SCT hhv. i forløbet og på sigt for hhv. RSI og kommunerne

	RSI		Kommuner	
	I forløbet	På sigt	I forløbet	På sigt
Forebygge indlæggelser			Fordel	Fordel
Afkorte AMA patienters indlæggelser	Fordel		Ulempe	Fordel
Komplicerede udskrivelser	Fordel		Fordel	Fordel

I tabel 6.2 opereres med to horisonter – hhv. "I forløbet" og "På sigt". Med "I forløbet" menes tidsperioden, mens teamets hovedaktivitet står på – fx mens teamet er i gang med den komplicerede udskrivelse. Med "På sigt" menes, efter SCT har afsluttet patienten og så et år frem i tiden. Tabellen viser, at RSI har en umiddelbar fordel i forløbet ved, at SCT afkorter AMA patienters indlæggelser, for derved sparer RSI et antal sengedage, uden indtægten for indlæggelsen (DRG værdien) mindskes

¹⁰² Der er ikke nødvendigvis overensstemmelse mellem det regionale perspektiv og hospitalets perspektiv. Idet RSI er aktivitetsfinansieret, kan der således argumenteres for, at et fald i genindlæggelser udgør et indtjeningsmæssigt tab for RSI.

tilsvarende, for denne er den samme uanset indlæggelseslængde. Også i forhold til de komplicerede udskrivelser har RSI en umiddelbar fordel, idet SCT i forløbet aflaster personalet på RSI, der ellers selv skulle stå for udskrivelsen. I forhold til forebyggelse af genindlæggelser vurderes det, at RSI ikke har nogen fordele i forløbet. Rent driftsmæssigt er det hverken en fordel eller ulempe for RSI, om patienten undgår (gen)indlæggelse, for RSI får kompenseret DRG-værdien af en evt. indlæggelse.

For kommunerne vurderes der at være en umiddelbar driftsmæssig fordel i forløbet ved hovedopgaven forebygge indlæggelser, for ved denne hovedopgave kommer SCT ud i primær sektor med en støttende foranstaltning, som i hvert fald nogle gange vurderes at aflaste kommunens egne opgaver. Problemet er imidlertid, at kommunerne ikke anvender SCT til forebyggelse, og derfor er der snarere tale om en potentiel gevinst, såfremt kommunerne kommer i gang med at bruge SCT til forebyggelse. I forhold til AMA patienters afkortede indlæggelser, kan der argumenteres for, at det på kort sigt er en kommunal ulempe, at de skal modtage patienten indenfor et døgn efter endt indlæggelse. Hvis indlæggelsen afkortes fra fx tre til ét døgn, så får kommunen således to ekstra døgn's plejeopgaver. I forhold til de komplicerede udskrivelser kan der derimod argumenteres for, at det også for kommunen er en umiddelbar fordel, at SCT er koblet på, idet det antages, at der med SCT er bedre styr på udskrivelsen, og at kommunen derfor i mindre grad skal bruge tid på at rette op på ting der ikke umiddelbart er på plads. Alt i alt kan man konkludere, at så længe primær sektor ikke bruger SCT til at forebygge indlæggelser, så udligner de umiddelbare fordele og ulemper, der er under forløbet, hinanden set fra et kommunalt perspektiv.

Til gengæld vurderes det, at der på alle tre hovedopgaver på lidt længere sigt er driftsmæssige fordele. For det første vil færre (gen)indlæggelser direkte give kommunen en besparelse ift. den kommunale medfinansiering – om end vi jo ovenfor så, at denne besparelse alene næppe vil kunne få økonomien til at hænge sammen. Derudover må det formodes, at en mere bæredygtig tilbagevenden/forbliven i primær sektor vil medføre, at patientens generelle helbredstilstand forbedres på sigt. Dermed formodes det også, at kommunen kan give borgeren færre ydelser – om end ydelsesniveauet måske nok er højere for SCT patienter lige efter et forløb. Fordelene bliver for alvor store for kommunerne, hvis SCT's indsats kan forhindre eller udskyde, at patienten må tilbydes en dyr plejehjemsplads.

Samlet set illustrerer tabellen, at RSI ved de to hovedopgaver, som kører i dag, har umiddelbare driftsmæssige fordele, allerede mens forløbet står på. Idet kommunerne ikke anvender SCT til forebyggelse, indtræffer kommunernes fordele først på lidt længere sigt. Kommunernes fordele er altså mere usikre, men kan potentielt vise sig at være betydelige.

Vi har nu forsøgt at se på hhv. regionens, RSI's og kommunernes gevinster ved SCT for derigennem at give input til diskussionen om, hvorvidt kommunerne i lyset af den generelle kommunale medfinansiering af sygehusindlæggelser også fremover bør betale særskilt for SCT. Det antydes, at SCT rent økonomisk i hvert fald er en bedre investering for regionen end for kommunerne. Omvendt har denne evaluering vist, at SCT har en lang række styrker, som tilsammen betyder, at teamet sandsynligvis er langt bedre end afdelingerne på RSI til at forestå bæredygtige udskrivelser. Dermed har SCT langt hen ad vejen opfyldt sit formål. Hvis man i kommunerne vil være med til at sikre et sammenhængende patientforløb, så er SCT et yderst kvalificeret bud på, hvordan det kan gøres. Men ordningen er måske også lidt dyr for kommunerne – i hvert fald på kort sigt – og derfor kunne kommunerne bruge anledningen (denne evaluering) til at sikre, at der kommer endnu mere ud af SCT – både kvalitets- og effektivitetsmæssigt. For at få mere værdi af deres investering vil det således være oplagt, dels at kommunerne prioriterer at bruge den forebyggende indsats teamet kan tilbyde, og dels bliver endnu bedre til at bruge teamets udgående funktioner. Der skal således gøres en indsats for, at hjemmesygeplejerskerne begynder at bruge teamet til forebyggelse, for denne hovedopgave rummer et særligt stort kommunalt besparelspotentiale. Samtidig henvises der til de opstillede scenarier i afsnit 5.1.2,

således at kommunen via inddragelse i teamets udgående aktiviteter får mere ud af SCT. Derudover ville det være oplagt, hvis kommunerne brugte anledningen til at stille krav til SCT og RSI om at udbedre de svagheder ved SCT, evalueringen har påvist – herunder ikke mindst den fejlbehæftede medicinhåndtering samt den mangelfulde kommunikation med egen læge og hjemmesygeplejen.

Litteratur

- Brandt, M. (2007). Evaluering af følge-hjem funktionerne ved de medicinske visitationsafsnit på centralsygehusene i Silkeborg og Randers samt på Århus Sygehus, Nørrebrogade. Århus:
- Buch, M.S. (2008). Forløbskoordination på kronikerområdet - hvad skal der til i praksis? FOKUS i samarbejde med Dansk Sundhedsinstitut.
- Clemensen, J., Larsen, S.B., Kirkevold, M. & Ejsskjær, N. (2008). Treatment of diabetic foot ulcers in the home: video consultations as an alternative to outpatient hospital care. *Int.J.Telemed.Appl.*, s. 132890.
- Eijkelberg, I.M., Spreeuwenberg, C., Mur-Veeman, I.M. & Wolffenbuttel, B.H. (2001). From shared care to disease management: key-influencing factors. *Int.J.Integr.Care*, 1, s. e17.
- Garcia, E.A. (1996). Moving change through the system: a model for staff involvement. *MCN Am.J.Matern.Child Nurs.*, 21(5), s. 219-221.
- Hvid, M. (2001). Rehabilitering gør en forskel Lemvig og Thyborøn-Harboøre Kommune.
- Jakobsen, H.N., Rytter, L., Rønholt, F., Hammer, A.V., Andreasen, A.H., Nissen, A. et al. (2007). Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus. En medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen.
- Leinonen, R., Heikkinen, E. & Jylha, M. (1999). A path analysis model of self-rated health among older people. *Aging (Milano.)*, 11(4), s. 209-220.
- Leinonen, R., Heikkinen, E. & Jylha, M. (2001). A pattern of long-term predictors of health ratings among older people. *Aging (Milano.)*, 13(6), s. 454-464.
- Lund Nielsen, M. & Vinge, S. (2004). Lokale Sundhedstilbud. Fire caseanalyser af lokale sundhedsnetværk. København: Amdtsrådsforeningen og DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- Madsen, M.H. (2008). Hurtig og effektiv behandling på sygehuse - har det konsekvenser for kommunerne? København: Dansk Sundhedsinstitut.
- Ministeriet for sundhed og forebyggelse (2008). Lave liggetider på danske sygehuse. Link til PDF: <http://www.sum.dk/IMEVEREST/Publications/imdk%20x2D%20dansk/SSTAT/SIT/international%20Sit/20080929201126/CurrentVersion/Liggetid.pdf>.
- Mol, A. (2006). Proving or Improving: On Health Care Research as a Form of Self-Reflection. *Qualitative Health Research*, 16(3), s. 405-414.
- Mur-Veeman, I., Eijkelberg, I. & Spreeuwenberg, C. (2001). How to manage the implementation of shared care: a discussion of the role of power, culture and structure in the development of shared care arrangements. *J.Manag.Med.*, 15(2), s. 142-155.
- Regionshospitalet Silkeborg (2007). Notat om shared care teamet på Regionshospitalet Silkeborg. Silkeborg:
- Seemann, J. & Antoft, R. (2002). Shared Care : samspil og konflikt mellem kommune, praksislæge og sygehus : Aalborg Kommunes Demensudredningsmodel i praksis (FLOS - Forskningscenter for Ledelse og Organisation i Sygehusvæsenet; 3). København: Handelshøjskolen i København.

- Sommers, L.S., Silverman, J.F. & Wexler, L. (1991). Clinician involvement in practice analysis and change in three teaching hospitals. *Acad.Med.*, 66(9 Suppl), s. S46-S48.
- Stewart, S., Marley, J.E. & Horowitz, J. (1999). Effects of a multidisciplinary, home-based intervention on unplanned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure: a randomised controlled study. *The Lancet*, 354(9184), s. 1077-83.
- Sundhedsministeriet (2001). Rapport om den ældre medicinske patient. København: Sundhedsministeriet.
- Vinge, S. & Buch, M.S. (2007). U hensigtsmæssige indlæggelser - muligheder og perspektiver i kommunerne. København: FOKUS i sam. med DSI.
- Voss, H. (2008a). DSI notat vedr. ændring af patient- og pårørende interview fra fokusgruppe interviews til individuelle interviews ifm. evaluering af Shared Care Teamet på Regionshospitalet Silkeborg. Århus:
- Voss, H. (2008b). Notat vedr. effektevaluering af Shared Care Teamet på Regionshospitalet Silkeborg. København: Dansk Sundhedsinstitut.
- Wall, S. (2007). Organizational ethics, change, and stakeholder involvement: a survey of physicians. *HEC.Forum*, 19(3), s. 227-243.
- Walston, S.L. & Chou, A.F. (2006). Healthcare restructuring and hierarchical alignment: why do staff and managers perceive change outcomes differently? *Med.Care*, 44(9), s. 879-889.

Bilag A: Detaljerede aktivitetsdata

Som supplement til de i evalueringen afrapporterede aktivitetsdata vises nedenfor en række mere detaljerede tabeller over SCT's aktivitetsdata. Kilden til samtlige tabeller er SCT egne opgørelser, som DSI har bearbejdet.

Tabel A.1 Udvikling i antal SCT patienter fordelt på udskrivende afdeling (2005 – 2007)

Afdeling	2005	2006	2007	Ændring 05-06	Ændring 06-07	Samlet ændring 05-07
Akut Medicinsk Modtageafsnit (AMA)	127	147	93	16%	-37%	-27%
Medicinske sengeafsnit						
M1	24	61	33	154%	-46%	38%
M2	67	68	82	1%	21%	22%
M3	38	55	72	45%	31%	89%
M4	68	82	56	21%	-32%	-18%
Alle medicinske sengeafsnit	197	266	243	35%	-9%	23%
Ortopædkirurgisk sengeafsnit						
K1	28	53	39	89%	-26%	39%
K2	22	29	28	32%	-3%	27%
Alle ort.kir. sengeafsnit	50	82	67	64%	-18%	34%
Kirurgisk sengeafsnit (P)	18	23	32	28%	39%	78%
Ambulatoriet og øvrige afdelinger	19	16	10	-16%	-38%	-47%
Total	411	534	445	30%	-17%	8%

Tabel A.2 SCT's komplicerede udskrivelser fordelt på bopælskommune og sammenlignet RSI's samlede stationære aktiviteter (2007)

	Shared Care Teams komplicerede udskrivelser		RSI stationær (total)		Forskel
	Antal	Andel	Antal	Andel	
Favrskov Kommune	27	8%	1.224	9%	-1%
Silkeborg Kommune	227	68%	9.293	67%	1%
Skanderborg Kommune	81	24%	3.451	25%	-1%
Øvrige kommuner	17				
Total	352	100%	13.968	100%	

Kilde: Aktivitetsdata fra SCT samt e-sundhed (DOSAs)

Bilag B: Samarbejdsaftale mellem RSI og Silkeborg Kommune

Bilag B

Beskrivelse af Shared Care-model

..en fælles teammodel mellem Silkeborg Centralsygehus og Silkeborg Kommune

November 2003

Baggrund og definition

Som et led i ældre aftalen mellem Silkeborg Kommune og Silkeborg Centralsygehus er det besluttet at beskrive og etablere en teammodel - Shared Care.

Shared Care defineres som et tværfagligt og tværsektorielt team, der har fokus på borgere med behov for særligt sammenhængende undersøgelses-, behandlings-, pleje- og rehabiliteringsforløb.

Det drejer sig således om et samarbejde mellem sygehus og primær sektor (praktiserende læge og hjemmepleje) om at udvikle det gode grænseløse patientforløb.

Formål

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

For at sikre det gode grænseløse patientforløb er hovedidéen, at der ansættes et tværfagligt team, der i hverdagen skal bygge bro mellem sektorerne.

Der lægges vægt på tilgængelighed og nem adgang til teamet for primær sektor.

Der kan herudover være tale om udgående lægefaglig rådgivning fra teamet, så indlæggelse kan undgås.

Organisering og ansvarsfordeling

Teamet består af en læge (0,5 stilling), en fuldtidsansat sygeplejerske og en fuldtidsansat terapeut. De tre i teamet ansættes ved Silkeborg Centralsygehus, medicinsk afdeling og vil organisatorisk få reference til afdelingsledelsen, medicinsk afdeling, SC. Opgavefordelingen i teamet beskrives nær-

mere i funktionsbeskrivelser, som er under udarbejdelse.

Teamet vil få fælles base på afsnit M4. Teamet forventes at være involveret i patientens overgange i 1-3 døgn.

Målgruppe og etablering

Målgruppen vil være patienter fra Silkeborg Kommune med flere konkurrerende lidelser, hvor der kan forudses en kompliceret indlæggelse og udskrivning.

Teamet etableres inden for det medicinske speciale primo 2004 og foretager i samarbejde med afdelingsledelsen udvælgelse af patienter i forhold til målgruppen. Der foretages en diagnose- og volumenmæssig afgrænsning ved udvælgelsen af patienterne.

Der opereres med en successiv opstartsplan - ex. 10 forløb på en måned.

Afdelingsledelsen har ansvaret for evalueringen og der rapporteres til styregruppen hvert halve år startende medio 2004.

Der vil efterfølgende ske en udbredelse af teammodellen til patienter fra de kirurgiske specialer.

Økonomi

Silkeborg Kommune finansierer terapeutstillingen i teamet, mens Silkeborg Centralsygehus/Århus Amt finansierer læge + sygeplejerske.

Effektmål

Kvantitative mål

Antal patienter, der kommer i berøring med teamet, fordelt på afsnit

Teamets tidsmæssige involvering i patientens overgange fra dato og klokkeslæt til dato og klokkeslæt

Måling af genindlæggelsesfrekvens med samme diagnostiske billede inden for en tidshorisont af en uge

Antal henviste patienter, hvor praksis tager direkte kontakt til teamet inden indlæggelse

Kvalitative mål

Patienttilfredshed

Praksistilfredshed

Medarbejdertilfredshed i Silkeborg Kommune

Medarbejdertilfredshed på involverede afdelinger på Silkeborg Centralsygehus

Bilag C: Shared Care Teamets journalark

Shared Care Team.
Patientdata.

Label

Dato start: _____
Afd. _____

Dato slut: _____
Afd. _____
Udskrevet til _____
Fulgt hjem af: _____

Initialer:

KONTAKT PERSONER:

Hjemmeplejen:

Pårørende:

Indlæggelsesårsag:

Sociale data: (bor alene?, i hus? tilknyttet lokalcenter?, hjemmehjælpsbehov, madservice, medicinadministration, rengøring, kald)

Funktions data:Modificeret Barthel index: scorer ud af 100 mulige point.

Ganghjælpemidler:

Delir ved indlæggelsen?

MMSE? scorer _____ ud af 30 mulige point.

Intervention:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

