

▪
▪

IMPLEMENTERING AF "FAST TILKNYTTEDE LÆGER PÅ PLEJECENTRE"

NOTAT

CECILIE DOHLMANN WEATHERALL
HEIDI HESSELBERG LAURITZEN
TINA TERMANSEN

KØBENHAVN 2013
SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

IMPLEMENTERING AF "FAST TILKNYTTEDE LÆGER PÅ PLEJECENTRE"

Afdelingsleder: Mette Deding

Afdelingen for kontrollerede forsøg

Undersøgelsens følgegruppe:

Rikke Agergaard, Social-, Børne- og Integrationsministeriet

Anne Toft Hansen, SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Søren Leth-Petersen, Københavns Universitet og SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Karen Marie Myrndorff, Kommunernes Landsforening

Rikke Søndergaard, Socialstyrelsen

© 2013 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

Tlf. 33 48 08 00

sfi@sfi.dk

www.sfi.dk

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden.

Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller gengiver SFI's

publikationer, bedes sendt til centret.

INDHOLD

1	FORMÅL	5
2	FORSØGSPROJEKTET	7
	Baggrund for forsøgsprojektet	7
	Formålet med forsøgsprojektet	8
	Interventionen "fast tilknyttede læger på plejecentre"	9
	Borgere og plejecentre	10
	Data og Metode	12
3	IMPLEMENTERINGEN AF "FAST TILKNYTTED LÆGER PÅ PLEJECENTRE"	17
	Enkel intervention	17
	Lang implementeringsopstart	18

	Implementeret på plejecentrene	20
	Implementeringsudfordringer	25
4	OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER VED IMPLEMENTERING AF "FAST TILKNYTTEDE LÆGER PÅ PLEJECENTRE"	31
	Implementering tager tid	32
	Lokale tovholdere gør en forskel	32
	Svært at rekruttere læger	33
	Interventionens mødeindhold varierer	33
	Andre initiativer udfordrer læger og personale	34
	LITTERATUR	35

FORMÅL

SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI) skal evaluere forsøgsprojektet ”fast tilknyttede læger på plejecentre” fra 2012 til 2014. Forsøgsprojektets formål er at forbedre kvaliteten i pleje- og behandlingsmæssige forløb for borgere på plejecentre via et tættere samarbejde mellem læge og plejepersonale. Da forsøgsprojektet strækker sig over flere år, og Social-, Børne- og Integrationsministeriet¹, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse² og Socialstyrelsen³ har ønsket at få en erfaringsopsamling undervejs, har SFI med dette notat opsamlet erfaringerne fra implementeringen af interventionen ”fast tilknyttede læger på plejecentre” ca. ni måneder efter ansættelsen af de fast tilknyttede læger til forsøgsprojektet. Dette notat kommer altså med implementeringsresultater, men notat indeholder ikke resultater af effekten af interventionen ”fast tilknyttede læger på plejecentre”

I forbindelse med den endelige evaluering af forsøgsprojektet i 2014 har vi monitoreret implementeringsfasen. Formålet med implementeringsafdækningen er at få viden om, hvilke processer, nøglefaktorer og mekanismer der gør sig gældende for en vellykket implementering af interventionen. Dette indebærer blandt andet at se på om interventionen er

1. Tidligere Socialministeriet.

2. Tidligere Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

3. Tidligere Servicestyrelsen.

implementeret ensartet og efter hensigten på plejecentrene, hvilket er afgørende for den endelige effektmåling af interventionen i den endelige evaluering. Derudover har vi undersøgt hvilke implementeringsvanskeligheder plejecentrene har stået overfor. Ved at indsamle oplysninger omkring implementeringen af forsøgsprojektet er der mulighed for at give nogle guidelines for, hvordan interventionen ”fast tilknyttede læger på plejecentre” bedst muligt lader sig implementere i fremtiden på andre plejecentre i andre kommuner.

FORSØGSPROJEKTET

Baggrunden for forsøgsprojektet og interventionen ”fast tilknyttede læger på plejecentre”, herunder hvilke forventninger Social-, Børne- og Integrationsministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har til det etablerede samarbejde mellem læger og plejepersonale beskrives i dette kapitel.

BAGGRUND FOR FORSØGSPROJEKTET

Der har igennem de senere år været øget fokus på omfanget af forebyggelige indlæggelser. Hvor en forebyggelig indlæggelse er en indlæggelse, der kunne have været forebygget, hvis problemstillingen havde været afdækket tidligere, og der havde været handlet virkningsfuldt (Finansministeriet m.fl., 2010).^{4 5} Fokus på forebyggelige indlæggelser skyldes, at

4. Sygdomsgrupperne, som vi i den endelige rapport vil måle forebyggelige indlæggelser på, er defineret ud fra WHO's ICD10-koder. Afgrænsningen af forebyggelige sygdomme er baseret på baggrund af Finansministeriet m.fl. (2010). Der findes en række forskellige afgrænsninger, men den valgte afgrænsning i forbindelse med dette forsøgsprojekt anvendes ligeledes i en række andre sammenhæng bl.a. i Sundhedsstyrelsens monitorering af sundhedsaftalerne, 2011.

5. Den kommunale medfinansiering blev ændret i sommeren 2011 og trådte i kraft 1. januar 2012. Formålet og incitamentsstrukturen i den nye ordning er de samme som i den tidligere ordning, men er generelt blevet styrket, idet kommunerne fremover kan komme til at betale op til ca. 14.000 kr. pr. indlæggelse mod tidligere ca. 5.000 kr. (KL m.fl., 2013).

selvom antallet af sengedage på sygehuse generelt er faldet, så viser de nyeste undersøgelser, at omkring 16 pct. af akutte indlæggelser kan defineres som forebyggelige indlæggelser (KL m.fl., 2013). Et øget fokus på forebyggelige indlæggelser hænger også i høj grad sammen med konsekvenserne af strukturreformen, hvor kommunerne blev pålagt en medfinansiering af de samlede sygehusudgifter. Et af de væsentligste argumenter i Strukturreformen for den ændrede finansiering er at øge det økonomiske incitament i kommunerne til at investere i forebyggelse og alternativer til sygehusbehandling (Strukturkommissionen, 2004). I forlængelse heraf blev der med sundhedsloven fra 2007 indført krav til regioner og kommuner om at indgå sundhedsaftaler for at bidrage til sammenhæng og koordinering af interventioner i patientforløb, som går på tværs af sygehuse, almen praksis og kommune. Her blev der i forbindelse med indlæggelses- og udskrivningsforløb stillet krav til parterne om, at sundhedsaftalerne beskrev, hvordan parterne kan forebygge og reducere antallet af forebyggelige indlæggelser (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2006).

Reformerne og aftalerne mellem ministerierne, regionerne og kommunerne blev bl.a. iværksat, fordi den højere gennemsnitslevealder har medført et stødt stigende antal ældre i befolkningen i Danmark. På den ene side er de ældre sundere end tidligere generationer, på den anden side er der flere af de ældre, som lever længere med langvarige kroniske lidelser som fx. type 2-diabetes, forebyggelige kræftsygdomme, hjertekar-sygdom, knogleskørhed, muskel- og skeletlidelser, overfølsomheds-sygdomme, psykiske lidelser og luftvejssygdomme (fx KOL). Mere end hver tredje voksne dansker lever med en langvarig sygdom og næsten en halv million med en meget hæmmende langvarig sygdom (Regeringen, 2002). Denne sygdomsudvikling blandt ældre i befolkningen stiller store krav til plejesektoren.

FORMÅLET MED FORSØGSPROJEKTET

Målet for forsøgsprojektet ”fast tilknyttede læger på plejecentre” er at forbedre kvaliteten i de pleje- og behandlingsmæssige forløb for borgere på plejecentre via et tættere samarbejde mellem læge og plejepersonale.

Formålene med interventionen er derfor, at:

- reducere antallet af forebyggelige indlæggelser, korttidsindlæggelser og genindlæggelser
- reducere kontakten til lægevagten
- forbedre medicin håndteringen
- forbedre samarbejdet mellem læge og plejepersonale
- forbedre brugertilfredsheden blandt plejepersonale, læge, borger og pårørende.

Disse overordnede interventionsmål er udarbejdet på baggrund af Social-, Børne- og Integrationsministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses forsøgsprojektbeskrivelse, en intern forandringsworkshop for Socialstyrelsen og SFI samt input fra kommunerne, som vi har fået i forbindelse med screeningen af deres forsøgsprojektparathed ved de opfølgende telefonmøder samt den løbende dialog.

INTERVENTIONEN "FAST TILKNYTTETE LÆGER PÅ PLEJECENTRE"

Interventionen "fast tilknyttede læger på plejecentre" indebærer, at et antal plejecentre i fem kommuner har indgået en aftale med en praktiserende læge om, at borgerne på plejecentrene får mulighed for at skifte til den pågældende læge.⁶ Derudover indebærer interventionen, at lægen og plejecentrets personale ugentligt får tildelt et antal timer til faglig sparring samt styrkelse af samarbejdsrelationen.

Social-, Børne- og Integrationsministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse står bag udformningen af forsøgsprojektet, dets primære formål og interventionens indhold (jf. Socialministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet forsøgsprojektbeskrivelse, 2011). Hensigten med forsøgsprojektet er, at de fast tilknyttede læger på interventionsplejecentrene dels skal varetage opgaver, der knytter sig til de borgere, der vælger den pågældende læge til egen læge og dels deltage i rådgivning og faglig sparring med plejepersonalet på plejecentrene. Tilknytningen af den faste læge forventes dog ikke kun at få en indvirkning på plejen af de ældre, der vælger den fast tilknyttede læge, men på den

6. Alle borgere har mulighed for at skifte til den fast tilknyttede læge i hele forsøgsperioden. Selve evalueringen er dog afgrænset til alene at omfatte borgere på 65 år eller derover.

generelle pleje på hele plejecentret, hvilket kommer alle borgere på plejecentret til gode. I forhold til de borgere, der tager imod tilbuddet om at skifte til den fast tilknyttede læge, varetager lægen:

- den almenmedicinske behandling af den enkelte borger i henhold til landsoverenskomsten. Det vil sige lægekonsultationer, behandling, tilsyn etc. ligesom med alle andre patienter.

Derudover indebærer tilknytningen af den faste læge, at lægen skal være til stede på plejecentret i et fast aftalt tidsrum⁷ ugentligt, for at:

- yde lægelig rådgivning til plejepersonalet i forhold til generelle sundhedsfaglige problemstillinger, der vedrører flere eller alle borgere på plejecentret.⁸
- vejlede plejepersonalet i generelle såvel som mere specifikke spørgsmål vedrørende enkelte eller flere af borgernes behandling, medicinering, pleje og rehabilitering mv.

Som et led i tilknytningen af faste læger, vil antallet af praktiserende læger, som det enkelte plejecenter skal have kontakt til, helt naturligt blive reduceret, efterhånden som flere borgere skifter læge. Derudover er hensigten, at det tættere samarbejde og lægens bedre kendskab til personale og borgere vil øge lægens mulighed for kontinuerligt at følge borgerne og optimere behandlingen.

Ydermere forventes det, at samarbejdet og undervisningen vil medføre en opkvalificering af plejepersonalet, der gennem samarbejdet vil blive bedre klædt på til at varetage borgernes pleje- og behandlingsmæssige behov.

BORGERE OG PLEJECENTRE

Oprindeligt skulle interventionen implementeres i seks kommuner; København, Furesø, Kalundborg, Lolland, Viborg og Horsens.⁹ Hver

7. Afhængig af plejecentrets størrelse skal lægen være til stede på centret i op til tre timer ugentligt. En oversigt over de enkelte plejecentres timetal findes senere i kapitel 3.

8. Den fast tilknyttede læge kan ikke gå ind og rådgive direkte om borgere, som ikke har valgt den fast tilknyttede læge, men den fast tilknyttede læges råd til plejepersonalet kan godt få betydning for borgere, som ikke har valgt den fast tilknyttede læge på plejecenteret.

kommune udpegede fire plejecentre, henholdsvis to interventionscentre og to kontrolcentre, hvorfor i alt 24 plejecentre skulle indgå i forsøgsprojektet jf. tabel 2.1. Halvdelen skulle tildeles en fast tilknyttet læge (interventionsplejecentre), mens den anden halvdel skulle fortsætte uændret (kontrolplejecentre). Samtlige af de udvalgte kommuner har i fællesskab med interventions- og kontrolplejecentre forud for forsøgsprojektets opstart besvaret et spørgeskema til screening af deres forsøgsprojektparathed. Spørgeskemaet er udarbejdet af SFI og Socialstyrelsen i fællesskab.¹⁰ På baggrund af spørgeskemaet afdækkede vi bl.a. plejecentrenes dokumentationspraksis, personalegrupper, nuværende procedurer i forhold til samarbejde med praktiserende læger, samt hvorvidt plejecentrene har deltaget eller deltager i lignende ordninger. Det viste sig desværre, at selvom vi havde lavet en omfattende undersøgelse af plejecentrenes deltagelsesparathed, så opstod følgende problemer:

- Den gruppe af interventions- og kontrolplejecentre, som kommunen kunne tilbyde, viste sig ikke at matche perfekt på antallet af borgere
- Der var plejecentre, der sprang fra, da de ikke blev udtrukket som interventionsplejecentre
- Det var ikke muligt at finde fast tilknyttede læger til alle interventionsplejecentre.

Tabel 2.1. viser de oprindelige interventions- og kontrolplejecentre. De endelige og et enkelt nyt interventionsplejecenter er markeret med mørkeblåt, og kontrolplejecentrene er markeret med lyseblåt. Tabellen viser, at ni plejecentre er faldet fra, de fire i Kalundborg Kommune, da man ikke kunne rekruttere læger til plejecentrene. Der er desuden kommet et nyt interventionsplejecenter til på Lolland efter forundersøgelsen, hvilket skyldes, at de kunne rekruttere en læge, som allerede i større omfang var tilknyttet plejecentret.

Der er stor variation i størrelsen af plejecentrene, hvad angår antallet af borgere, både inden for og på tværs af kommunerne. Antallet af borgere varierer fra 20 til 110 borgere ved forundersøgelsen. De i tabel

9. I en kort periode var Socialstyrelsen også i dialog med Odense kommune, men her var det ikke muligt at rekruttere læger til ordningen.

10. Denne screening af forsøgsprojektparatheden er ikke blevet foretaget på Horslunde på Lolland, da dette plejecenter først blev omfattet af forsøgsprojektet lige ved opstarten.

2.1 markerede interventions- og kontrolplejcentre har fået at vide, at de deltager som enten interventions- eller kontrolplejcenter i foråret 2012.

TABEL 2.1

Oversigt over plejcentre. Blå er de endelige interventionsplejcentre, og de lyseblå er de endelige kontrolplejcentre.

	København	Furesø	Kalundborg	Lolland	Viborg	Horsens
Ny intervention				Horslunde		
Oprindelige Interventionscentre	Slottet	Lillevang	Jernholtparken	Møllecentret	Skovvænget	Orions Hus
Oprindelige Kontrolcentre	Solterrasserne	Ryetbo	Raklev	Margrethecentret	Klostertof-ten	Gefionshave
	Bomi-Parken	Søndersø	Enggården	Skovcentret	Klosterhaven	Skovly
	Kastanjehusene	Solbjerghaven	Bregninge	Blomsterparken	Kildehaven	Ceres

Kilde: SFI data.

DATA OG METODE

Til den endelige evaluering af forsøgsprojektet ”fast tilknyttede læger på plejcentre” anvender vi både registerdata, spørgeskema og forskellige former for kvalitative interview. Formålet med dette implementeringsnotat er som sagt at lave en erfaringsopsamling af implementering af interventionen. Da der er mange aktører involveret i implementering- og opstartsfasen i forsøgsprojektet, har vi valgt at anvende flere forskellige kvalitative analysemetoder til dataindsamlingen for derved at få så mange nuancer af implementering med. Målet er at indsamle viden om så mange dimensioner og problematikker af implementeringen som muligt og ikke nødvendigvis at indsamle viden, der umiddelbart er generel kvantificerbar. Vi har derfor gjort brug af spørgeskemaer, fokusgruppeinterview og semi-struktureret enkeltpersonsinterview til at afdække plejcentrenes parathed og implementeringen af interventionen, herunder problematikker i forbindelse med implementeringen.

SFI foretog en før-måling i marts og april 2012, da man oprindeligt forventede, at interventionen skulle starte ultimo april 2012. Grundet forsinkelser i opstarten af forsøgsprojektet ender før-målingen dog med at være knap et halvt år før den egentlige opstart i august og september 2012, hvor de fast tilknyttede læger starter på plejcentrene. SFI vurderer

efter samtale med plejecentrene, at før-målingen i marts og april 2012 stemmer overens med plejecentrenes situation i juli 2012, og der foretages derfor ingen ny før-måling. Før-målingen bestod af et elektronisk spørgeskema, som hvert plejecenter skulle besvare. Spørgeskemaet skulle besvares af 1-4 relevante medarbejdere med kendskab til de pleje- og behandlingsmæssige forløb samt samarbejdet med de praktiserende læger. Af ressourcemæssige hensyn til plejepersonalets øvrige opgaver tillod vi, at udfyldelsen kunne foretages af ned til en medarbejder. Da der kun bliver udfyldt ét skema for hvert plejecenter (på enkelte plejecentre ét per afdeling), opstår der en risiko for bias i svarmønstrene på holdnings-spørgsmålene og risiko for, at spørgsmålene ikke besvares tilstrækkeligt grundet manglende kendskab til de adspurgte forhold blandt de medarbejdere, som udfylder skemaet. I forhold til førstnævnte forhold omkring bias i svarmønstrene har vi igennem den løbende dialog med personalet og ledelsen på de enkelte plejecentre i forbindelse med opstartsfasen fået et indtryk af en generel meget fælles holdning til de forhold, vi spørger om i skemaet. Derudover har vi tilstræbt, at spørgeskemaet, der anvendes til midtvejsmålingen, i det omfang det er muligt, bliver udfyldt af de samme personer, hvorved en given bias således kan betragtes som værende systematisk, så vi stadig har mulighed for at se på udviklingen i holdningsspørgsmålene. Med hensyn til det andet forhold (manglende kendskab til de adspurgte forhold) har vi forsøgt at imødekomme denne risiko ved, at det alene er medarbejdere, som dels varetager den sundhedsfaglige kontakt med lægen, og dels har et indgående kendskab til borgernes generelle sundhedstilstand og indsigt i pleje- og behandlingsbehov, der er blevet bedt om at udfylde spørgeskemaet.¹¹

I forbindelse med midtvejsmålingen i 2012 blev de fast tilknyttede læger bedt om at besvare et kort spørgeskema indeholdende 14 spørgsmål, der udelukkende handler om samarbejdet lægen og plejepersonalet imellem.

Endvidere sendte vi et spørgeskema til en mindre stikprøve af 12 pårørende til borgere på et udvalgt plejecenter i forbindelse med midtvejsmålingen. Spørgeskemaet består af otte spørgsmål, hvor de på-

11. Spørgeskemaet er inddelt i en række emner og består af ca. 40 spørgsmål, der primært afdækker samarbejdsrelationerne mellem plejepersonalet og borgernes læger, herunder tilfredsheden og tilfiden imellem parterne samt medicinbehandlingen. Derudover er der spurgt om kontakten til lægevagten. I forbindelse med midtvejsmålingen blev et tilsvarende spørgeskema sendt ud til hvert plejecenter, dog suppleret med en række spørgsmål omkring samarbejdet mellem personalet og den fast tilknyttede læge.

rørende giver deres bud på årsagen til, at borgeren foretog et lægeskift til den fast tilknyttede læge på plejecentret. Samtidig svarer de pårørende på, hvor tilfredse de selv er med, at borgeren har fået den fast tilknyttede læge. Det ville naturligvis være optimalt, at det er borgerne selv, vi spørger om deres egen vurdering af og tilfredshed med forsøgsprojektet. Dog har vi igennem en dialog med forskellige fagpersoner, herunder personalet på de enkelte plejecentre, vurderet, at det ikke er hensigtsmæssigt at stille spørgsmålene til borgerne. Det hænger sammen med, at en betydelig del af borgerne er demente, og dermed ikke vil være i stand til at svare. Ifølge personalet på interventionsplejecentrene har mellem 31-79 pct. af borgerne en demenssygdom, og samlet set er 51 pct. af alle borgerne på tværs af interventionsplejecentrene demente.¹² Det er dermed ikke muligt at få et repræsentativt udsnit af borgerne til at besvare spørgeskemaet, hvorfor vi risikerer en bias i besvarelsene ved at spørge dem. Derfor har vi i stedet valgt at lade de pårørende svare på borgernes vegne, da vi antager, at de i høj grad har kendskab til borgernes tilfredshed med forsøgsprojektet.

Som tabel 2.2 viser, har vi en generel høj svarprocent i alle spørgeskemarunderne.

TABEL 2.2

Svarprocent for spørgeskemaer anvendt ved før- og midtvejsmåling.

Spørgeskema	Periode	Svarprocent
Plejepersonale	Før-måling	100
Plejepersonale ¹³	Midtvejsmåling	94
Fast tilknyttede læger ¹⁴	Midtvejsmåling	71
Pårørende	Midtvejsmåling	80

Kilde: SFI's elektroniske spørgeskema.

Som supplement til spørgeskemaet foretog SFI i forbindelse med før-målingen fokusgruppeinterview med plejepersonalet på samtlige plejecentre (kontrol- og intervention). Størrelsen af disse fokusgrupper afhængt dels af de enkelte plejecentres størrelse og dels af antallet af afdelinger. Dog skulle gruppen som minimum udgøres af tre personer og maksimalt

12. Disse opgørelser er i overensstemmelse med Danmarks Statistiks tal, som har opgjort andelen af demente borgere på plejecentre til at ligge mellem 50-80 pct.

13. Vi mangler besvarelsen for et enkelt plejecenter, som vi dog forventer at modtage inden den endelige evaluering.

14. Vi forventer at modtage besvarelsene fra de to fast tilknyttede læger inden den endelige evaluering.

af otte personer fra plejepersonalet¹⁵, som alle besidder en relevant viden vedrørende lægesamarbejdet og borgernes helbredsmæssige tilstand. Halvdelen af disse interview foregik ved, at SFI tog ud til plejecentrene og snakkede med personalet, mens den anden halvdel af fokusgruppeinterviewene blev foretaget over telefonen.

SFI foretog også ved før-målingen telefoninterview med plejecenterlederne for at afdække et mere overordnet synspunkt på samarbejdsrelationerne mellem plejepersonalet og lægen. Af ressourcemæssige hensyn gentager SFI ikke interviewene med personalet på plejecentrene ved midtvejsmålingen. Derimod har SFI, i det omfang det har været nødvendigt, kontaktet plejecentrene telefonisk for en uddybning af spørgeskemabesvareelserne.

Ved selve opstarten deltog SFI ligeledes i Socialstyrelsens opstartworkshop på hvert af de fem interventionsplejecentre.¹⁶ På disse workshops deltog såvel den kommunale forsøgsprojektleder, plejecenterlederen, den lokale tovholder, plejepersonale samt den fast tilknyttede læge, og det blev drøftet, dels hvordan den lægefaglige sparring på de ugentlige møder tænkes tilrettelagt, og dels hvordan forsøgsprojektet bedst muligt forankres på det enkelte plejecenter.

Efter opstarten af forsøgsprojektet har SFI gennemført en monitorering af implementeringsfasen. SFI har gennemført telefoninterview med de lokale tovholdere på plejecentrene, hvor der specifikt er spurgt om, hvordan implementeringen af forsøgsprojektet er forløbet, herunder hvilke problemstillinger der har været undervejs. SFI har ligeledes gennemført korte telefoninterview med de fast tilknyttede læger for at afdække deres opfattelse af opstarten af forsøgsprojektet og implementeringsforløbet.

SFI har ved at deltage på diverse møder, herunder netværksmøderne og de løbende forsøgsprojektledermøder, indsamlet en overordnet viden omkring implementeringen og de første erfaringer omkring forsøgsprojektet. En oversigt over samtlige interview- og mødeaktiviteter ses i tabel 2.3. Interviewene og møderne skal også betragtes som en kvalificering af de besvarelser, vi får gennem spørgeskemaerne, da plejere-

15. For de plejecentre, der er organiseret i flere enheder/afdelinger, blev det tilstræbt, at hver enhed/afdeling blev repræsenteret med to medarbejdere i fokusgruppen. Dette var dog i enkelte tilfælde ikke muligt, hvor centret er organiseret i 5-6 enheder/afdelinger.

16. Disse opstartworkshops blev afholdt med plejecentrene i august og september 2012. Dog blev der først afholdt workshop i oktober på Lolland.

sonalet, lægen mv. her får mulighed for at uddybe deres besvarelser fra spørgeskemaerne.

Som en løbende del af monitoreringen af implementeringsfasen og forsøgsprojektet udfylder hvert interventionsplejecenter en såkaldt logbog i forbindelse med de ugentlige møder med den fast tilknyttede læge. I disse logbøger skal der bl.a. udfyldes, hvilke forventninger der er til møderne, hvilke ting der bliver drøftet, udbyttet af møderne mv. At interventionsplejecentrene skal fortsætte med at udfylde disse logbøger hænger dels sammen med, at SFI dermed får et indblik i, på hvilke områder der foregår lægefaglig sparring, og dels at SFI fortsat har mulighed for at monitorere forsøgsprojektet og selve interventionens forløb på plejecentrene.

TABEL 2.3

Interview og øvrige datakilder opdelt efter periode og type.

Interview	Periode	Type
Plejepersonale, lokal tovholder og kommunal forsøgsprojektleder	Før-måling (forsøgsprojekt-parathed)	Telefonisk fokusgruppeinterview
Plejepersonale	Før-måling	Personligt og telefonisk fokusgruppeinterview
Plejecenterleder	Før-måling	Telefonisk interview
Lokal tovholder	Implementering	Telefonisk interview
Fast tilknyttede læger	Implementering	Telefonisk interview
<i>Øvrige datakilder</i>		
Logbøger	Ugentligt	Lokal tovholder udfylder logbogen efter hvert møde med den fast tilknyttede læge
Forsøgsprojektledermøder	Løbende (indtil videre fem møder)	Møder med Socialstyrelsen, kommunale forsøgsprojektledere og lokale tovholdere
Opstartsworkshops	Opstart	Møder med Socialstyrelsen, kommunale forsøgsprojektledere, ledere og plejepersonale og de fast tilknyttede læger
Netværksmøder	Opstart/implementering	Møder med Socialstyrelsen, kommunale forsøgsprojektledere, lokale tovholdere og de fast tilknyttede læger

Kilde: SFI opgørelse.

IMPLEMENTERINGEN AF "FAST TILKNYTTED E LÆGER PÅ PLEJECENTRE"

Da der ved sociale interventioner ofte kan være forskel på det tankesæt, der ligger bag en intervention og den praktiske indføring ude i de involverede kommuner, afdækker vi her implementeringen af interventionen "fast tilknyttede læger på plejecentre". Derved dokumenterer vi, i hvilken grad interventionen implementeres efter hensigten, og hvilke udfordringer der gør sig gældende i forhold til implementeringen af "fast tilknyttede læger på plejecentre".

ENKEL INTERVENTION

Eventuelle udfordringer eller barrierer i forbindelse med implementeringen af den fast tilknyttede læge kan forårsage ændringer i interventionen og derved en risiko for, at man ikke får en intervention, som den var tænkt (Rønnov & Marckmann, 2010).¹⁷ Selve implementeringen af forsøgsprojektet "fast tilknyttede læger på plejecentre" har fundet sted med støtte fra Socialstyrelsen og via en række opstarts- og netværksmøder.

Interventionen "fast tilknyttede læger på plejecentre" består, som beskrevet i kapitel 2, dels af, at der etableres et ugentligt samar-

17. Den ændrede intervention kan godt være gavnlige, men det er vigtigt at tage højde for i evalueringen, hvis interventionen har ændret sig.

bejds møde mellem den fast tilknyttede læge og plejepersonalet, hvor de skal vidensdele, og dels består interventionen af, at mange af borgerne på plejecentrene overgår til den fast tilknyttede læge. Selve interventionen ”fast tilknyttede læger på plejecentre” er altså relativt afgrænset og kræver umiddelbart ikke en længere oplæring eller tilpasningsperiode som nogle andre sociale interventioner, hvor specifikke metoder skal tillæres. Alligevel forløber implementeringen af en social intervention sjældent som en enkeltstående begivenhed. Der er fx ofte rutiner, der skal indarbejdes, samarbejdsudfordringer, opstartsvanskeligheder eller kontekstuelle rammer, som kræver tilpasning. Det kan yderligere være udfordrende at vurdere, hvornår interventionen er færdigimplementeret, og i hvilken grad den følger de opstillede krav.

LANG IMPLEMENTERINGSOPSTART

Forsøgsprojektet ”fast tilknyttede læger på plejecentre” strækker sig over en treårig periode fra foråret 2011 til marts 2014.¹⁸ Hvor selve interventionen starter ved ansættelsen af de fast tilknyttede læger i august og september 2012. I tabel 3.1 skitseres planen for forsøgsprojektet samt udførselsdatoerne. Tabel 3.1 viser, at implementeringen af interventionen i forsøgsprojektkommunerne oprindeligt var planlagt til at skulle finde sted i første halvår af 2012. Før stillingsopslagene kunne sendes ud, blev der udarbejdet en rammeaftale med Praktiserende Lægers Organisation (PLO), som ligeledes omfattede kontrakt og stillingsopslag til lægerne. Herefter kunne stillingsopslag sendes ud i april. Det var herudfra tiltænkt, at den faste læge skulle starte i maj 2012. Dog opstod der uforudsete problemer i form af meget få eller manglende ansøgninger fra lægerne i kommunerne, og opstarten måtte rykkes til august/september 2012.

Som nævnt i kapitel 2 indgik oprindeligt seks kommuner i forsøgsprojektet; København, Horsens, Viborg, Lolland, Furesø og Kalundborg.¹⁹ Kun København havde dog et reelt udvalg af ansøgninger, mens de resterende kommuner modtog én eller ingen ansøgninger. Dette medførte endnu en ansøgningsrunde, der grundet sommerferie blev fastsat med deadline i juni 2012 og med ansættelse i august 2012. Her mod-

18. Den endelige evaluering i 2014 vil på nogle punkter være afgrænset af data til og med december 2013.

19. Som tidligere nævnt var Socialstyrelsen i en kort periode også i dialog med Odense kommune, men her var det ikke muligt at rekruttere læger til ordningen.

tog Kalundborg endnu engang ingen ansøgninger, og det blev besluttet, at kommunen måtte udgå af forsøgsprojektet, da opstarten ikke kunne skubbes yderligere. De resterende kommuner, udover København, modtog i den anden ansøgningsrunde blot 1-2 ansøgninger. Det resulterede i, at et interventionsplejecenter i Furesø og Horsens måtte udgå samtidig med, at Lolland skiftede deres oprindelige interventionsplejecenter ud med et plejecenter, hvor det var muligt at finde en læge til stillingen. På dette plejecenter var langt størstedelen af alle borgere allerede tilknyttet den pågældende læge inden forsøgsprojektets opstart, hvilket kan have haft betydning for plejecentret som helhed. De øvrige plejecentre har ansat en læge på baggrund af de ansøgninger, som de modtog. De endelige inkluderede kommuner er derfor København, Furesø, Lolland, Horsens og Viborg.

Lægerne blev hovedsageligt ansat med opstart medio august 2012, hvor opstartsmøderne fandt sted. Tabel 3.2 viser, at der er syv interventionsplejecentre, som har fået tildelt en fast tilknyttet læge og med et givent antal timer til møde og faglig sparring med lægen, mens der er ni kontrolplejecentre, som fortsætter uændret uden en fast tilknyttet lægeordning og samarbejdstimer. Timerne tildelt interventionsplejecentrene er fordelt efter størrelse. Det vil sige, at de største plejecentre med flest borgere har fået tildelt 3 timer, de mellemstore plejecentre 2 timer og de små plejecentre 1,5 time.

TABEL 3.1

Planen for forsøgsprojektet og de efterfølgende udførelsesdatoer.

	Plan	Udførsel
Beslutning om forsøgsprojekt	Forår 2011	
Forarbejdet slut	Maj 2012	August 2012
Opstart	Maj 2012	August 2012
Implementeret	December 2012	Februar 2013
Slut	December 2013	Marts 2014

Kilde: SFI's mødereferater

TABEL 3.2

Tildelingen af samarbejdstimer mellem den fast tilknyttede læge og plejepersonalet, fordelt på plejecentrene.

Kommune	Plejecentre	Intervention/kontrol	Timer til møde pr. uge
Viborg	Kildehaven	Intervention	2
	Klostertoften	Intervention	1,5
	Klosterhaven	Kontrol	0
	Skovvænget	Kontrol	0
Horsens	Gefionshave	Intervention	2
	Skovly	Kontrol	0
	Ceres 1. sal	Kontrol	0
København	Slottet	Intervention	3
	Solterrasserne	Intervention	3
	Kastanjehusene	Kontrol	0
	Bomi-parken	Kontrol	0
	Ryetbo	Intervention	3
Furesø	Solbjerghaven	Kontrol	0
	Søndersø	Kontrol	0
	Horslunde/Bøgelunden	Intervention	2
Lolland	Skovcentret	Kontrol	0

Kilde: Socialstyrelsens opgørelse.

IMPLEMENTERET PÅ PLEJECENTRENE

Implementeringen af ”fast tilknyttede læger på plejecentre” har fundet sted på vidt forskellige plejecentre i forskellige kommuner, både hvad angår størrelse, borgersammensætning, organisatorisk opbygning og strukturelle forhold. Alle disse forhold har haft betydning for implementeringen i nærværende forsøgsprojekt. For eksempel har plejecentrenes størrelse betydning for, hvordan der videndeles, ligesom at ledelsesform og -struktur har betydning for mødernes form og personalets deltagelsesmønstre.

Der har helt overordnet været velvillighed blandt alle involverede parter til at deltage i forsøgsprojektet og få samarbejdet etableret. Både PLO, de kommunale forsøgsprojektledere, de lokale tovholdere og plejepersonalet på plejecentrene har støttet interventionen. SFI vurderer på baggrund af interview med plejepersonale, tovholdere og læger, at interventionen overordnet set er implementeret, da samarbejds møderne, hvor der videndeles mellem læger og personale er etableret, og en stor andel af borgerne på plejecentrene har valgt den fast tilknyttede læge.

BORGERNE ER OVERGÅET TIL DEN FAST TILKNYTTET LÆGE

Forsøgsprojektet ”fast tilknyttede læger på plejecentre” har været afhængig af, at der på plejecentrene var et reelt ønske blandt borgerne om at skifte læge. Det var først uvist, hvor mange borgere der fra interventionsstart ville vælge at skifte til den fast tilknyttede læge. Det skyldtes, at borgere, jf. sundhedslovens § 59, har ret til selv at vælge deres praktiserende læge. På interventionsplejecentrene, har samtlige borgere fået et tilbud om at skifte til den fast tilknyttede læge, og det har vist sig, at majoriteten af borgerne på interventionsplejecentrene har skiftet til den fast tilknyttede læge. Tabel 3.3 viser andelen af borgere, der ved ansættelsen af den fast tilknyttede læge allerede havde skiftet til denne læge.

TABEL 3.3

Borgere, der havde eller overgik til den fast tilknyttede læge inden starten af forsøgsprojektet i august/september 2012 og i marts/april 2013.

Kommune	Plejecenter	Procent tilknyttet fast læge (august/september 2012)	Procent tilknyttet fast læge (marts/april 2013)
Horsens	Gefionshave	90	95
	Kildehaven	23	34
Viborg	Klostertoften	41	53
Lolland	Horslunde/Bøgelunden	97	98
	Slottet	33	63
København	Solterrasserne	39	60
Furesø	Ryetbo	64	78

Kilde: Månedlige oplysninger fra plejecentre sendt til SFI.

Der er stor variation i andelen af borgere, der allerede ved lægens ansættelse valgte at overgå til den faste læge. Lolland skiller sig særligt ud med 97 pct. borgertilgang. Denne høje andel skyldes dog, at plejecentret Horslunde/Bøgelunden allerede inden deltagelse i forsøgsprojektet havde et samarbejde med en læge, som havde næsten alle plejecentrets borgere som patienter. For de øvrige plejecentre varierer tallene fra 23 pct. og helt op til 90 pct. Dog viser tallene overordnet, at der fra borgerens side har været en stor interesse i at skifte læge. Derudover ser vi på de fleste af plejecentrene, at flere og flere borgere løbende har skiftet til den fast tilknyttede læge i løbet af forsøgsprojektets første otte måneder. Ligesom at nogle plejecentre beretter om, at de nye borgere, der flytter ind, er mere tilbøjelige til at skifte samtidig med indflytningen.

Som det ses af tabel 3.3. er en væsentlig større andel af borgere overgået til den fast tilknyttede læge i foråret 2013. På Kildehaven er 34

pct. overgået mod 23 pct. ved opstart, og antallet af borgere er også steget for de øvrige plejecentre.

Den store andel borgere, der har skiftet til den fast tilknyttede læge, viser, at der blandt en del af borgerne er stor interesse for lægeskift. Forsøgsprojektet imødegår således en efterspørgsel blandt borgerne på plejecentrene. Årsagerne til lægeskiftet og fravalget heraf har vi endnu ikke afdækket fuldstændigt, men på baggrund af interview med plejepersonalet og information fra møder med personale og forsøgsprojektledere fremgår det, at flere har skiftet grundet et ønske om mere kontinuerlig pleje og opfølgning fra lægens side samt tættere kontakt til lægen. De, der ikke har skiftet, har primært været borgere, der har været glade for deres læge eller føler en trykthed ved at beholde samme læge, som de har haft i mange år.

DE UGENTLIGE SAMARBEJDSMØDER ER ETABLERET

Vi vurderer, at selve samarbejdet og møderne er etableret, og rammerne for at afholde møderne efter hensigten er til stede. Dog er der forskel på selve formen på møderne, tilgangen til undervisningsformen, samt i hvilken grad personalet formår at vidensdele på plejecentrene.

Hvert plejecenter har i forbindelse med implementeringen deltaget i opstartsmøder med Socialstyrelsen. Herefter har de sammen med den fast tilknyttede læge fastsat en passende dato for opstart og i samråd besluttet sig for, hvilken form møderne skal have, herunder hvor ofte og hvornår møderne skal afholdes. Det har stået parterne frit for, i hvilket tidsrum møderne skal foregå, og der har desuden været plads til at kunne samle timerne fra tid til anden til fx længere temadage.

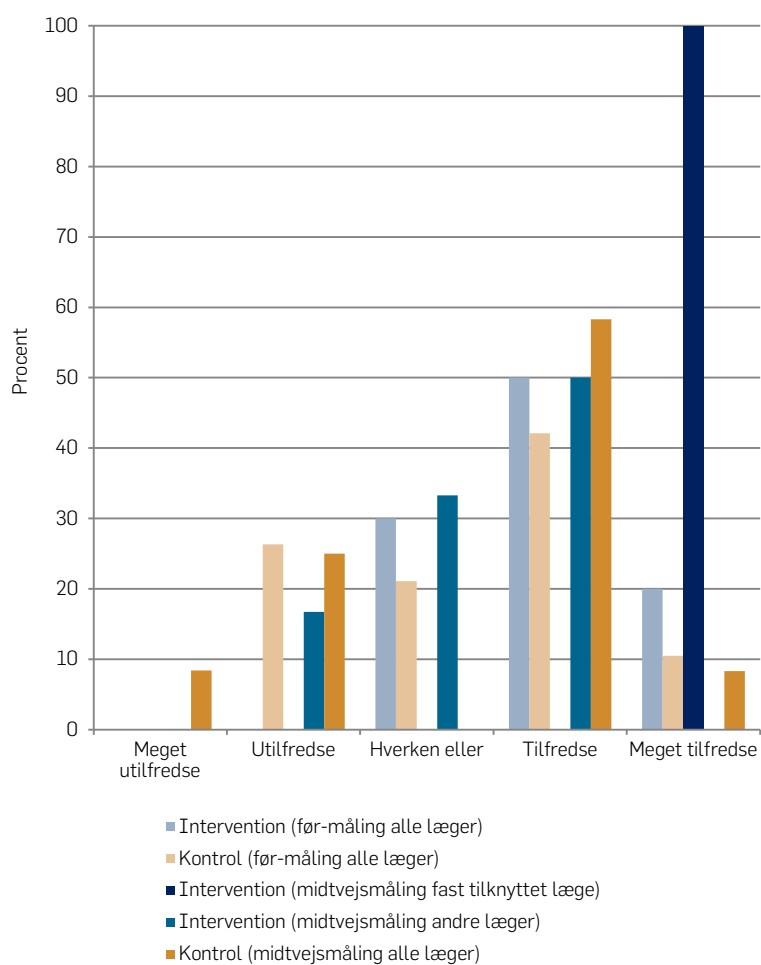
På baggrund af information via interview med både plejepersonale og læger samt logbøger kan vi konstatere, at møderne som udgangspunkt afholdes minimum en gang om ugen på alle plejecentre. Dog har enkelte læger indgået en aftale om at dele mødetiden op og afholde møder flere gange, for at en større gruppe personaler kan få gavn af samarbejdet. De fleste læger har desuden valgt at lægge eventuelle konsultationer i forlængelse af møderne, når de alligevel er på plejecentret.

Både plejepersonale og læger fortæller, at de overordnet oplever samarbejdet som meget positivt og velkørende. En læge omtaler etableringen af samarbejdet som meget let, idet plejepersonalet har været meget positivt indstillet over for forsøgsprojektet. Det går igen i interviewe-

ne, at alle aktører i forsøgsprojektet har været glade for deltagelsen og har haft let ved at se fordele ved samarbejdet.

FIGUR 3.1

Plejepersonalets tilfredshed med samarbejdet med de praktiserende læger.



Kilde: SFI spørgeskema.

Flere fortæller således, at de allerede fra opstartsfasen har kunnet udlede positive virkninger af samarbejdet, såsom lægens større tilgængelighed og

tillidsopbygningen mellem personale og læger. Plejepersonalet nævner i interviewene, at de er glade for ordningen og at samarbejde med en læge, der interesserer sig for de ældre. Den positive holdning underbygger figur 3.1, som viser tilfredsheden blandt personalet før og efter tilknytningen af den faste læge. Figur 3.1 viser, at der er tydelig tilfredshed med den fast tilknyttede læge, men understøtter også billedet af, at der er stor forskel på samarbejdet med de øvrige praktiserende læger.

En afgørende faktor i måden, hvorpå interventionen er implementeret, har været de lokale tovholdere ude på plejecentrene. Disse tovholdere har plejecentrene selv udvalgt i forhold til, hvad de syntes var optimalt og havde ressourcer til i deres dagligdag. Tovholderne har haft ansvaret for at etablere samarbejdet sørge for, at personalet deltager, og at der videndes på plejecentret. Der er dog stor forskel på tovholdernes engagement. Derudover er nogle af plejecentre mere udfordret end andre vedrørende vidensdeling, grundet bl.a. et højt medarbejderantal og større mødebelastning.

Samtidig understreger enkelte plejecentre, at de også har haft udfordringer fx med at håndtere pårørende, der har svært ved at vænne sig til de medicinske ændringer, som samarbejdet medfører. En enkelt læge nævner desuden, at det har taget tid at lære hinanden at kende og etablere en tillid, der gør samarbejdet optimalt.

Med hensyn til mødeindholdet kan vi se af logbøgerne og udlede af interviewene med læger og plejepersonale, at de gennemgåede temaer er meget varierede. Der er stor forskel plejecentrene imellem på, i hvilken grad de gennemgår generelle temaer (fx palliation og urinvejsinfektion) på møderne. Nogle plejecentre går systematisk til værks og har derfor nået at gennemgå mange forskellige temaer, mens andre har brugt en stor del af tiden på borgergennemgang og/eller akutte problematikker, hvorfor disse ikke har afdækket en ligeså bred vifte af temaer. Fra både lægers og plejepersonalets side har en gennemgående tilgang til mødeindholdet desuden været, at det skulle være vedkommende og relatere sig til personalets dagligdag. Enkelte læger og plejepersonalerepræsentanter påpeger, at de kun finder forsøgsprojektet vedkommende, hvis de kan gennemgå specifikke borgere på møderne. Nogle plejecentre gør meget ud af, at borgergennemgangen bliver case-orienteret og brugt til at tale om generelle temaer, mens andre centre i mindre grad formår at gøre borgergennemgangen case-orienteret. Undersøgelser af blandt andet kompetenceløft blandt plejepersonale har vist, at plejepersonale i høj

grad ønsker case-orienteret undervisning i forhold til kompetenceudvikling inden for generelle problemstillinger (fx Rossing m.fl., 2010).

Alle plejecentrene er bevidste om, at hensigten med møderne er at diskutere generelle problematikker, men påpeger, at det er en balancegang at skulle varetage generaliserbare temaer samtidig med, at de bliver gjort aktuelle og vedkommende for personalet. Nogle af de gennemgående temaer på møderne er opstillet i tabel 3.4.

De primære temaer i tabel 3.4 går igen som aktuelle og dominerende problematikker på alle plejecentrene. Mødeindholdet har desuden været defineret på baggrund af en blanding af de enkelte lægers interesse og aktuelle problemstillinger i plejepersonalets dagligdag. Vi hører fra alle plejecentrene, at temaerne primært besluttet i samråd mellem den ledende sygeplejerske og lægen og oftest fra gang til gang. Nogle af disse temaer er vist under de andre temaer i tabel 3.4. Enkelte plejecentre har ud over møderne valgt at afholde særlige temadage med fokus på undervisning, hvor lægen gennemgår et tema i dybden.

TABEL 3.4

Mødetemaer ud fra logbogsoplysninger.

Primære temaer	Andre temaer
KOL	Patientsikkerhed
Urinvejsinfektion	Kredsløb og forstoppelse
Demens	Motion ind i hverdagen
Kommunikation	
Palliativ behandling	
Kommunikation ud fra ISBAR-princippet	

Kilde: SFI data.

IMPLEMENTERINGSUDFORDRINGER

Selvom rammerne for interventionen er implementeret, ser vi, at der har været visse udfordringer. Disse drejer sig særligt om adskillelsen af borgergennemgang og mødetid samt vidensdeling blandt plejepersonalet. Derudover har en del af lægerne oplevet det udfordrende at overtage et så stort antal nye patienter. Yderligere udtrykker flere aktører, at det er ekstra ressourcerelevende at deltage i et forsøgsprojekt, der skal evalueres, da dokumentation, indsamling af informationer og datamateriale ikke nødvendigvis er let tilgængelig.

BORGERGENNEMGANG OG KONSULTATIONER

Fælles for alle plejecentrene er, at de ugentlige møder udelukkende er beregnet til vidensdeling, sparing, faglig undervisning og gennemgang af tematikker, der kan generaliseres, da det er et vigtigt mål med interventionen, at den får indvirkning på hele plejecentret og ikke kun de borgere, der er tilknyttet den faste læge. Dette har alle plejecentrene fået at vide på både opstarts- og netværksmøderne af Socialstyrelsen.

Både plejepersonale og de fast tilknyttede læger fortæller, at de grundet borgernes ofte tunge og komplicerede sygdomstilstande har fundet det nødvendigt at foretage borgergennemgang på møderne i en stor del af forsøgsprojektets første halve år. Dette har de gjort med Socialstyrelsens accept.²⁰ Kun enkelte plejecentre fortæller, at de har foretaget al borgergennemgang uden for mødetiden. Borgergennemgangen har bestået af en gennemgang af borgernes sygdoms- og helbredshistorie, herunder pleje- og behandlingsmæssige behov og medicinering.

Den tidskrævende borgergennemgang har været nødvendig hos samtlige fast tilknyttede læger for at kunne vurdere, i hvilket omfang borgernes helbredstilstande og sygdomme kræver deres særlige opmærksomhed. De fleste af lægerne har valgt at gennemgå borgere på de ugentlige møder, da de har fundet det fordelagtigt at diskutere borgerne med plejepersonalet. Det er således vigtigt at være opmærksom på dette tidskrævende aspekt i forbindelse med implementeringen, da det har betydet, at den reelle undervisning først er påbegyndt et halvt år inde i forsøgsprojektet for flere af plejecentrenes vedkommende. Det er således også først der, at interventionen kan siges at være implementeret. Via logbøgerne og interview angiver nogle af plejecentrene stadig, at de bruger møderne på at gennemgå specifikke borgere, som har behov for tilsyn eller akutte tilfælde af helbredsforværring eller sygdom.

To af de fast tilknyttede læger har angivet, at forsøgsprojektet for dem ikke er meningsfuldt, hvis de ikke kan varetage specifikke borgers situationer på møderne. En udfordring har i den forbindelse været at adskille gennemgang af borgere som cases, der kan generaliseres, og gennemgang af specifikke borgers helbredstilstande med dertilhørende konsultation.

20. Socialstyrelsen gav plejecentrene og lægerne lov til at foretage borgergennemgang i forsøgsprojektets første halvår frem til udgangen af 2012, grundet et stort behov herfor.

VIDENSDELING

Hensigten med forsøgsprojektets intervention er, som tidligere nævnt, at samarbejdet mellem den fast tilknyttede læge og plejepersonale skal komme alle på plejecentret til gavn. Vidensdelingen blandt personalet på plejecentrene er derfor et vigtigt element i interventionen, da det er herigennem, at udbyttet på møderne viderefremmes til alle plejepersonaler og dermed gerne skulle få en indvirkning på den generelle pleje på hele plejecentret. Det har stået plejecentrene frit for, hvordan vidensdelingen skal foregå, og det har således varieret, hvordan og i hvor høj grad dette har fundet sted.

Hovedparten af plejecentrene afholder møderne med mere eller mindre faste repræsentanter fra plejepersonalet. Nogle har et større eller mindre flow af medarbejdere, der deltager ud over de faste repræsentanter.

Flere af de store plejecentre har valgt at dele mødetimerne op, således at lægen kan afholde møde med repræsentanter fra flere afdelinger og på den måde nå ud til flere. Dette skyldes også, at nogle af plejecentrene har særlige afdelinger, hvor borgernes helbredsmaessige tilstande skiller sig ud fra de øvrige borgere (fx demensafsnit). Den primære udfordring for plejecentrene i forhold til vidensdeling har været at nå ud til de medarbejdere, som ikke deltager på møderne. Dette drejer sig på nogle plejecentre (særligt de store plejecentre) om en stor gruppe medarbejdere, mens det på andre plejecentre er en relativt lille gruppe medarbejdere, der ikke deltager. Særligt har det været udfordrende at inddrage aften- og nattevagter i møderne, da møderne på de fleste centre er lagt i dagstimerne. Enkelte læger og plejecentre har dog gjort mødetiden fleksibel, således at lægen nogle dage kan komme senere på dagen. Ligesom det er udfordrende at inddrage medarbejdere fra alle vagter, er det ligeledes langt fra alle plejecentre, som systematisk inddrager alle faggrupper på møderne. Nogle plejecentre fortæller, at det er udfordrende at frigive tid til, at alle medarbejdere kan deltage i møderne.

Selve vidensdelingen foregår på forskellige måder ude på plejecentrene. Nogle plejecentre videregiver referater, som medarbejdere selv kan finde frem og læse, andre videregiver mødereferater på afdelingsmøder, mens enkelte centre inddrager alle personaler på selve møderne. Både de fast tilknyttede læger, plejepersonale og andre aktører har i forbindelse med vidensdeling af interventionen på møder påpeget, at det er et

ressourcespørgsmål, da tiden er knap på plejecentrene, og der i forvejen eksisterer mange møder på plejecentrene.

LÆGERNES ENGAGEMENT OG UVENTET ARBEJDSBYRDE

Forsøgsprojektet har, som tidligere omtalt, været udfordret af manglende ansøgninger fra lægerne. Flere af de fast tilknyttede læger påpeger, at manglen på interesse fra de praktiserende læger kan skyldes det store og tidskrævende arbejdspress, som stillingen indebærer. Selvom forsøgsprojektet imødegår et behov blandt en stor andel af plejecentrenes borgere, fortæller alle lægerne, at det store antal nye patienter, som de har taget ind, har været uventet og overvældende. De fleste af lægerne har på én gang måttet tage et stort antal plejecenterborgere ind som patienter (mellem 20-100 borgere), hvilket har betydet en større arbejdsbyrde end først ventet hos alle lægerne. Dette skyldes ikke alene antallet af patienter, men i høj grad, at disse borgere er tunge plejekrævende patienter, mange med komplekse medicinske problemstillinger. Enkelte læger fortæller, at de ikke ville have søgt stillingen, hvis de havde vidst, hvor tidskrævende opgaven som fast tilknyttet læge ville være.

De fast tilknyttede læger har vist sig at være læger med en særlig interesse i forsøgsprojektet og ældreområdet, ligesom at to af lægerne gav udtryk for at engagere sig særligt i kommunale tiltag, hvorfor de havde søgt stillingen. Dette betyder, at lægerne muligvis udgør en særlig engageret skare af læger, der gør en ekstra indsats for at støtte projekter som nærværende forsøgsprojekt. Vi har i den forbindelse også erfaret, at Lollands interventionsplejecenter har rekrutteret en læge, som de i forvejen havde et tæt samarbejde med, og som var særligt engageret i dette plejecenter, idet vedkommende var læge for hovedparten af plejecentrets borgere inden opstarten af forsøgsprojektet. Dette betyder, at de muligvis inden tilknytningen af den faste læge i højere grad end de øvrige plejecentre har nydt gavn af et tæt samarbejde.

DATAINDSAMLING ER TIDSKRÆVENDE

En del af implementeringen i dette forsøgsprojekt har også været, at plejecentrene skal indrapportere data til SFI's endelige evaluering. Dette drejer sig om indrapportering af CPR-numre på plejecenterborgerne, logbøger og udfyldelse af spørgeskemaer ved målingerne. Indledningsvist i forsøgsprojektets opstartsfasen havde flere kommuner problemer med at indrapportere CPR-numre, da de ikke havde lister over disse på plejecen-

trene. Dette har medført, at nogle plejecentre i opstartsmånederne ikke indrapporterede CPR-numre hver måned. Det har dog efterhånden løst sig, og plejecentrene har nu fået sat indrapporteringen mere i system og indrapporterer regelmæssigt. Udfyldelsen af spørgeskemaerne har også voldt en smule problemer, da flere plejecentre har fundet det tidskrævende grundet det forarbejde, som spørgeskemaerne kræver.

OVERLAP AF FORSØGSPROJEKTER

Tilknytningen af faste læger på plejecentre er iværksat som en forsøgsordning for at forbedre både plejepersonalets samarbejde med lægerne og de pleje- og behandlingsmæssige forløb for borgerne på plejecentrene. Ældreområdet er dog et område, der for tiden er et stort fokus på i mange kommuner, hvorfor der flere steder er iværksat andre initiativer, der skal forbedre plejen af borgere på plejecentre (jf. KL m.fl., 2013). Dette har også været aktuelt i flere af dette forsøgsprojekts kommuner, hvor nogle af plejecentrene deltager i flere forsøgsprojekter. For eksempel har to kommuner etableret akutteam, som kommer ud til plejecentrene blandt andet med det formål at reducere antallet af forebyggelige indlæggelser, mens et plejecenter i en periode har deltaget i et samarbejde med farmaceuter vedrørende medicinering. Spørgsmålet er derfor, om nærværende intervention bidrager med noget ekstra med tilstedeværelsen af andre lignende forsøgsprojekter.

Derudover har de forskellige overlap af forsøgsprojekter haft betydning for det arbejdspress, som plejecenterpersonalet oplever. Vi har således erfaret, at flere af plejecentrene til tider har meget at se til med en i forvejen stor mødebelastning.

OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER VED IMPLEMENTERING AF "FAST TILKNYTTETE LÆGER PÅ PLEJECENTRE"

Forsøgsprojektet "fast tilknyttede læger på plejecentre" er en forsøgsordning, hvilket betyder, at der undervejs i forsøgsperioden bliver gjort mange erfaringer i forhold til implementeringen af interventionen. For en eventuel fremtidig implementering af "fast tilknyttede læger på plejecentre" eller andre forsøgsprojekter kan en erfaringsopsamling fra nærværende forsøgsprojekt være yderst gavnlig. Vi opridser derfor nogle opmærksomhedspunkter, som er vigtige at forholde sig til i forbindelse med en eventuel fremtidig udrulning af interventionen.

Implementeringen af forsøgsprojektets intervention har på alle plejecentrene fundet sted inden for nogle fælles rammer. Den overordnede implementering inden for disse rammer, vurderer vi, er fuldført og er foregået uden større udfordringer. Dog har graden af implementering og måden, hvorpå det er gjort, varieret mellem plejecentrene. Det er vigtigt at holde sig disse variationer for øje, da det er variationer, der højst sandsynligt vil gøre sig gældende ved en fremtidig implementering. Derudover vil det spare ressourcer, hvis man fremover kan foregribe og forhindre nogle af udfordringerne.

IMPLEMENTERING TAGER TID

En vigtig ting at være opmærksom på ved dette forsøgsprojekt er implementeringstiden. Selvom den overordnede intervention har været forholdsvis let at implementere, tager det næsten altid tid at finde sig til rette og få en intervention op at køre, også i et forsøgsprojekt som ”fast tilknyttede læger på plejecentre”.

Det har taget tid at få udarbejdet en rammeaftale til forsøgsprojektet og rekruttere kvalificerede læger. Men også tekniske detaljer som at åbne for tilgangen til lægerne for borgerne har krævet mange ressourcer. I dette forsøgsprojekt har det særligt krævet tid for lægerne at sætte sig ind i de mange nye borgere med medicinsk komplekse problemstillinger, hvorfor de egentlige samarbejds møder blev brugt på dette i starten.

Derudover tager det tid at etablere tillid mellem plejepersonale og den fast tilknyttede læge og lære hinanden at kende. Dette er også en faktor, som der om muligt bør tages højde for, da parterne sandsynligvis først får det optimale udbytte ud af samarbejdet, når tilliden er opbygget, og kendskabet til hinanden er indgående.

LOKALE TOVHOLDERE GØR EN FORSKEL

SFI har observeret, at implementeringen i høj grad har været afhængig af plejecentrenes lokale tovholdere. Disse tovholdere har plejecentrene som sagt selv udvalgt i forhold til, hvad de syntes var optimalt og havde ressourcer til i deres dagligdag. SFI har observeret, at plejecentrene med stærkt engagerede tovholdere, der afsætter ekstra tid til varetagelse af forsøgsprojektet, i højere grad har været i stand til at leve op til kravene til interventionen end de plejecentre, hvor tovholderne har været mindre engagerede eller har haft mindre tid til forsøgsprojektet. Dette, fortæller både Socialstyrelsen, plejecentrene og lægerne, hænger også sammen med, hvor mange ressourcer plejecentrene har følt det muligt at frigive til forsøgsprojektet. I en fremtidig implementering er det derfor vigtigt at være opmærksom på de ledende aktørers involvering og engagement i interventionen samt ledelsen af dette og mængden af ressource der er afsat til de lokale tovholdere på plejecentrene.

SVÆRT AT REKRUTTERE LÆGER

Som beskrevet tidligere har det i forsøgsprojektet været svært at rekruttere læger. De fast tilknyttede læger fortæller, at de bl.a. tror, dette hænger sammen med den store arbejdsbyrde, der ligger i jobbet, herunder flere patienter og mødetiden på plejecentret. Derudover var man i forsøgsprojektet ikke i første omgang opsøgende i forhold til at snakke med læger i kommunen, som man kunne tænke sig at rekruttere til stillingerne, ligesom der i visse egne af landet ikke er mange læger at rekruttere fra.

De meget få ansøgere i forsøgsprojektet har endvidere været en særlig skare af læger med interesse i ældreområdet. Skal interventionen rulles ud i fremtiden, er det vigtigt at være opmærksom på rekrutteringen af læger og fx enten afpasse interventionen, således at lægerne lettere kan tilpasse den til deres hverdag eller være mere opsøgende i forhold til at rekruttere.

INTERVENTIONENS MØDEINDHOLD VARIERER

Implementeringen af møderne har varieret plejecentrene imellem. Dette har muligvis en indflydelse på måden, hvorpå interventionen udføres på de forskellige plejecentre og graden af engagement fra de fast tilknyttede lægers side, som er forhold, vi ikke kan være sikre på ved en fremtidig implementering. Desuden påpeger flere af lægerne, at interventionen, som den er beskrevet i dette forsøgsprojekt, bør gøres mere fordelagtig, hvis ordningen skal fortsætte. De fast tilknyttede læger nævner bl.a., at de finder det nødvendigt og relevant at tage specifikke borgere op på møderne, for at plejepersonalet og lægen kan udveksle viden.

Derudover fortæller flere af de fast tilknyttede læger, at de ikke vurderer, at der vil være stof nok til at fylde ugentlige møder ud i mange år. De påpeger, at en ordning med færre mødetimer vil være at foretrække fremover. Disse faktorer vil være relevante at se på i forbindelse med en fremtidig implementering af interventionen, hvis den skal tiltrække læger og give mening i praksis.

ANDRE INITIATIVER UDFORDRER LÆGER OG PERSONALE

Helt overordnet er det vigtigt at være opmærksom på, i hvilken grad plejecentrene indgår i andre forsøgsprojekter, som kan have betydning for deres udbytte af samarbejdet med den fast tilknyttede læge. Andre initiativer end ”fast tilknyttede læger på plejecentre” kan betyde, at den fast tilknyttede læge på plejecenter måske ikke bidrager betydeligt i forhold til det ønskede formål om at reducere forebyggelige indlæggelser. Ikke mindst kan andre forsøgsprojekter øge arbejdspresset både for lægerne og plejepersonalet, så de bliver overbebyrdet i forhold til administration, kurser, rapportering m.v. Det kan dog også være, at andre initiativer støtter den fast tilknyttede læge og fremmer den positive udvikling.

LITTERATUR

- Finansministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriets og KL (2010): *"Reduktion af forebyggelige indlæggelser"*
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2006): *Bekendtgørelse om Sundhedskoordinationsudvalg og Sundhedsaftaler*. Bekendtgørelse nr. 414 af 5/5/2006.
- KL, Danske Regioner, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2013): *Effektiv kommunal forebyggelse – med fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser*.
- Regeringen (2002): *Sund hele livet – De nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Rossing C., M. El-Souri, H. Herborg, K. Pultz & L. A. Thomsen (2010): *Bedre Brug af Medicin på Plejehjem - April- 2010*, Pharmakon
- Rønnoy, L.P. & B. Marckmann (2010): *Implementeringsforskning om forebyggelse- en baggrundsrapport*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Socialministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2011): *Pilot forsøgsprojekt om plejehjemsleger – overordnet forsøgsprojektbeskrivelse*. København.
- Strukturkommissionen (2004): Bind 1, s. 653.