Lokale sundhedstilbud

Fire caseanalyser af lokale sundhedsnetværk

Rapport udarbejdet for Amtsrådsforeningen

Marie Lund Nielsen
Sidsel Vinge

Maj 2004

DSI Institut for Sundhedsvæsen
ISBN 87 7488 394 1

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse ... 2
Lokale Sundhedstilbud ... 3
Genoptræning ... 5
Skagen Træningscenter og Gero-team fra Skagen Sygehus ... 5
Genoptræning ... 5
Skagen Træningscenter ... 7
GERO-teamet ... 16
Perspektiver på genoptrænings- og ældreområdet ... 28
Datagrundlag, litteratur og noter ... 30
Forebyggelsesområdet ... 32
”Motion på recept” og Diabetesundervisning i Ribe Amt ... 32
Forebyggelse, diabetes og motion ... 32
Motion på recept ... 34
Diabetes undervisning ... 40
Perspektiver på forebyggelsesområdet ... 47
Datagrundlag, litteratur og noter ... 49
Sundhed på tværs ... 51
Skanderborg Sundhedscenter og Geriatrisk Team i Århus Amt ... 51
Sundhedscentre ... 51
Skanderborg Sundhedscenter - et bygningsfællesskab i udvikling ... 53
Geriatrisk Team - den udgående sygehusfunktion i Århus Amt ... 58
Afsluttende bemærkning ... 63
Datagrundlag, litteratur og noter ... 63
Ældreområdet ... 66
Akutstue og Palliativt Team i Hillerød ... 66
Akutstue - fra projekt til permanent tilbud ... 66
Palliativt Team ... 71
Sammenfatning - Behandling og pleje af ældre borgere ... 73
Datagrundlag, litteratur og noter ... 73
Afrunding: Lokal Tilpasning og Sundhedsvæsenets Entreprenører ... 76

Lokale Sundhedstilbud

Debatten omkring sundhedsvæsenet er ofte centreret omkring sygehusene. Både fordi sygehussektoren er stor og omkostningstung, men også fordi der her er sket store og synlige ændringer i forbindelse med lukninger, sammenlægninger mv. Udviklingen indenfor væsenet går således generelt mod færre og større enheder.

Men dette billede er ikke entydigt. Samtidig sker der en differentiering og lokal tilpasning af lokale sundhedstilbud. Denne parallelle udvikling har Amtsrådsforeningen ønsket at sætte fokus på, og har derfor foretaget en spørgeskemaundersøgelse i alle amter om lokale sundhedstilbud. Undersøgelsen resulterede i en eksempelsamling, som er publiceret på foreningens hjemmeside[1].

Samlingen rummer eksempler på omkring 250 lokale tilbud, som blandt andet tæller udgående teams, patientskoler, genoptræningsinitiativer, sundhedstilbud til ældre borgere samt forebyggelses- og sundhedsfremmende ordninger.

Denne rapport er udarbejdet af DSI i forlængelse af Amtsrådsforeningens spørgeskemaundersøgelse. Spørgeskemaundersøgelsen kommer hele raden rundt, og dækker således bredt og giver svar på mange faktaspørgsmål om lokale sundhedstilbud. Men for også at komme i dybden har DSI udarbejdet denne rapport, som fokuserer på udvalgte lokale sundhedstilbud i 4 forskellige lokalområder. Denne rapport indeholder således 4 separate analyser med fokus på hver sit område. Udvælgelsen af cases er foretaget af Amtsrådsforeningen. Al datagenerering og analyser er foretaget af DSI. Kriterierne for udvælgelse af cases har blandt andet været geografisk spredning med fokus på temaområder, der er til stadig diskussion i den løbende debat om sundhedsvæsenets udformning og struktur. De fire cases er:

1. Genoptræning i Skagen Kommune i samarbejde med Nordjyllands Amt. De lokale sundhedstilbud i denne case er Træningscenter Skagen og gero-teamet ved Skagen/Frederikshavn Sygehus.
2. Forebyggelse i Grindsted Kommune og Ribe Amt. De lokale sundhedstilbud i denne case er Motion på recept og diabetesundervisning på Diabetescenter Øst ved Grindsted Sygehus.
3. "Sundhed på tværs" i Skanderborg Kommune og Århus Amt. De lokale sundhedstilbud i denne case er Skanderborg Sundhedscenter og et udgående geriatrisk sygehusteam.
4. Ældre omsorg og behandling i Hillerød Kommune og Frederiksborg Amt. De lokale sundhedstilbud i denne case er Akutstue på Kirsebærbakken plejehjem og udgående geri-team samt palliationsteam.

Analyserne er fortrinsvis baseret på interviews med centrale aktører og sekundært på tilgængelige dokumenter (jf. litteraturliste samt beskrivelse af datagrundlag efter hver case). Formålet med denne type caseundersøgelse[1] er at skaffe mere nuanceret og detaljeret viden om konkrete lokale sundhedstilbud. Formålet er ikke at lave sammenligninger eller statistisk generaliseringer, for det egner denne type analysedesign sig ikke til (hertil egner den brede surveymetode sig bedre). Derimod er caseunderssøgelsens styrke blandt andet metodens velegnethed til analytisk generalisering: Via metodens fokus på dybde og empirisk præcision på feltet præmisser (ikke på spørgeskemaets præmisser og prædefindrede kategorier) er den egnet til at fremkomme ned nye vinkler på gammelkendte problemstillinger og områder præget af be

[1] www.arf.dk/Strukturkommissionen/Sundhed/Analyser/UdgaaendeTeamsOgLokaleSundhedstilbud.

stemte diskurser eller teorier[2]. Caseundersøgelsen, der går tæt på konkrete aktører og lokale forhold, kan således via detaljerigdomme og de åbne spørgsmål – begge dele står i kontrast til spørgeskemaundersøgelser – generere nye perspektiver, nye idéer og dermed åbne nye veje at gå. Målet er således, via analyser af hvordan bestemte områder håndteres i konkret lokal praksis, at generere nye idéer, perspektiver og handlemuligheder, der kan berige og nuancere debatten.

En stor tak til alle de medarbejdere i sundhedsvæsenet, som har deltaget. Tak for jeres tid, åbenhed og engagement. Uden jeres samarbejde havde denne type praksisnære analyser ikke været mulige at gennemføre.

---

[1] Om casestudiet, dets anvendelsesmuligheder og generaliseringsperspektiver (fx statistisk versus analytisk generalisering), se Erik Maaløe *"Case-Studier"* s.71ff (Akademisk forlag 1996), Bent Flyvbjerg *"Rationalitet og Magt, Bind 2"* s.145ff (Akademisk forlag 1991), eller Robert Yin *"Case Study Research"*, s.38ff (Sage Publications 1989).

[2] Teorier skal her forstås bredt som værende udsagn om hvordan tingene forholder sig eller hænger sammen og påvirker hinanden. Et eksempel er debatten om forebyggelse, hvor der ofte peges på, at forebyggelse er en langsigtet investering, hvis konsekvenser (både sundhedsmæssige og økonomiske) først viser sig på langt sigt. Denne 'teori' tages op i lyset af case 2 om forebyggelse.

Genoptræning

Skagen Træningscenter og Gero-team fra Skagen Sygehus

Denne case handler om det lokale sundhedsnetværk i Skagen Kommune i Nordjyllands Amt omkring genoptræning, og en udgående funktion i form af et gero-team der (primært) tager sig af ældre borgere.

Analysen indledes med en kort beskrivelse af genoptræningsområdet, og derefter følger den mere detaljerede analyse af det lokale sundhedsnetværk i Skagen. Datagrundlaget for analyserne, herunder informanter, er beskrevet i slutningen af casen, hvor noter ligeledes befinder sig.

Genoptræning

Genoptræning kan opdeles i forskellige typer[3]:

- *Genoptræning* har som formål at generhverve tab i funktionsniveau som følge af ulykke eller sygdom, der har krævet hospitalisering.
- *Vedligeholdelsestræning* er al anden træning, som ikke er genoptræning. Dette omfatter bl.a. de aktiviteter, der søger at sikre vedligeholdelse af funktionsniveauet så længe som muligt trods den almindelige aldringsproces. Desuden indbefatter det træning af borgere med medfødte eller erhvervede kroniske lidelser. En del af vedligeholdelsestræningen kaldes undertiden *forebyggelse af funktionstab*. Vedligeholdelsestræning er således et bredt begreb.

Ifølge lov om sygehusvæsen skal amterne yde gratis behandling i sygehusvæsenet. Divergerende fortolkninger af, hvorvidt - og i hvilket omfang - genoptræning var (og er) en del af behandlingen, har gennem tiden været medvirkende til, at genoptræningsområdet er blevet anset for en gråzone.

Mellem to stole

I 1994 udgav Sundhedsministeriet et temaoplæg om genoptræning, der fastslog følgende:

> ”Der er tale om en glidende overgang fra den specialiserede genoptræning i sygehusregi til den vedligeholdelsestræning og forebyggelse af funktionstab, der normalt varetages i kommunalt eller privat regi. Der er tale om et såkaldt ”gråt område” hvor det ofte er patienten, der kommer i klemme, fordi ingen af parterne påtager sig opgaven. Patienten falder ’mellem 2 stole’.”4

Med henblik på at styrke samarbejdet mellem kommuner og amter blev der samme år indført fælles samarbejds- og planlægningsbestemmelser for alle dele af det kommunale og amtslige sundhedsvæsen. Et af de centrale samarbejdsområder var i denne sammenhæng genoptræning.5

Efter en række folkehøringer foretog regeringen i december 2000 to præciserende lovændringer på genoptræningsområdet: En tilføjelse der pålægger *amterne* at udarbejde skriftlige, individuelle genoptræningsplaner til patienter, som efter en lægelig vurdering har behov for genoptræning ved udskrivelse fra sygehuset. Og en tilføjelse der pålægger *kommunerne* at

tilbyde træning til borgere, der har fået nedsat funktionsniveau som resultat af sygdom, der ikke har været behandlet på et sygehus.[6]

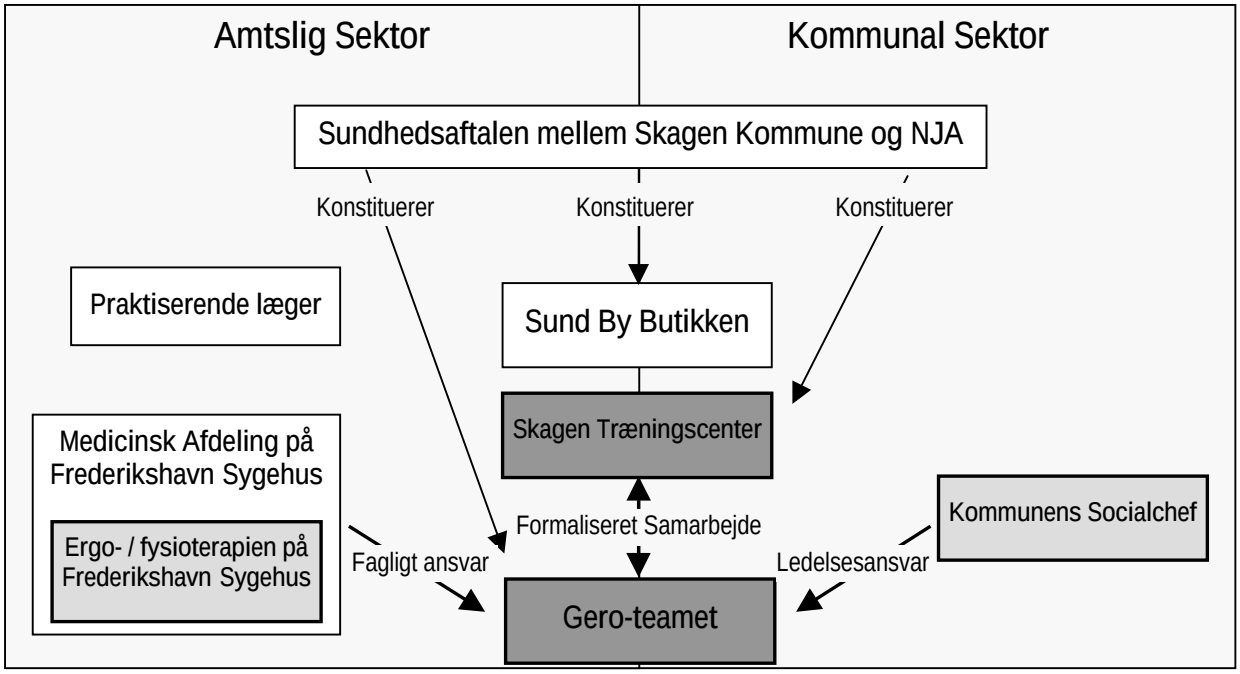
Trods lovændringen er genoptræning stadig et område, der i debatten ofte omtales som en gråzone. Et større udredningsarbejde fra Ribe Amt om genoptræning fra november 2002 peger således på at:

> ”Ansvars-afklaringen mellem sektorerne er et dilemma. Hvornår holder amtets forpligtelse op – og hvornår er det rimeligt at lade opgaverne overgå til kommunerne?”[7]

Genoptræningsområdet anses således stadig for at være en gråzone i praksis, men der er imidlertid opstået mange lokale ordninger og initiativer for at imødegå dette i de senere år. Denne case fokuserer på et sådant initiativ, nemlig Skagen Træningscenter, som er indlejret i et større lokalt sundhedsnetværk i Skagen.

Det lokale sundhedsnetværk i Skagen – på tværs af sektorer

Sundhedsaftalen mellem Skagen Kommune og Nordjyllands Amt (NJA) udgør den formelle aftalemæssige ramme om samarbejdet omkring genoptræning i Skagen. Figur 1 viser de formelle og ledelsesmæssige relationer mellem de centrale aktører på området. Som det vil fremgå beskæftiger flere af disse aktører sig selvfølgelig også med andet og mere end genoptræning snævert set.



Figur: Centrale aktører i det lokale sundhedsnetværk i Skagen i relation til genoptrænings-området. De fremhævede aktører har medvirket i dataindsamlingen via interviews. [Egen tilvirkning]

Både Skagen Træningscenter samt Gero-teamet er dele af sundhedsaftalen mellem Amtet og Kommunen. *Træningscentret* er etableret som et samarbejde mellem kommunen og amtet, og er herved et unikt forsøg på at finde en samarbejdsløsning på et område, der har vist sig problematisk at håndtere i praksis. Gråzoneproblemerne søges ofte løst ved at skabe tydeligere arbejdsdeling og grænsedragninger. I Skagen har man valgt den modsatte strategi: At skabe en fælles organisatorisk enhed for at løse et fælles problem.

Udgående gero- eller geri-teams er ikke noget særsyn i sundhedsvæsenet i dag, hvilket eksempelsamlingen[8] også bekræfter. *Gero-teamet* i Skagen er dog usædvanligt, idet det ikke er et rent sygehus (og dermed amtsligt) initiativ. I stedet er det konstitueret via sundhedsaftalen som et samarbejde mellem Kommunen og Amtet. Det betyder, at ansvaret er placeret på tværs af sektorer, som det fremgår af figur 1: Teamets sygeplejerske er ansat i den kommunale hjemmepleje. Den adm. overlæge på den medicinske afdeling på Frederikshavn Sygehus har det overordnede lægelige ansvar, og teamets læge er ansat her. Teamet har et formaliseret samarbejde med det fælleskommunale Træningscenter, hvis leder har det faglige ansvar for træningsområdet, men der indgår ikke en fast terapeut i teamet.

Skagen Træningscenter

Sundhedsaftalen mellem Skagen Kommune og Nordjyllands Amt trådte i kraft i 1996. Et af formålene med sundhedsaftalen var at eliminere – eller i hvert fald minimere – ”den grå zone” mellem det kommunale sundhedsvæsen og det amtskommunale sygehusvæsen i Skagen kommune, hvor der bor ca. 12.500 borgere.

1. januar 1999 etableredes Skagen Træningscenter som et *fælleskommunalt interessentskab*. Centrets bestyrelse udgøres af 11 personer: 6 politikere (3 fra hver kommunalbestyrelse), træningslederen, socialchefen i kommunen, sygehusdirektøren, direktør fra Sygesikring og Sundhedsfremme og en medarbejder fra centret. Træningscentret ledes af fysioterapeut Kirsten Thaisen.

I det følgende præsenteres først en kort beskrivelse af centret – herunder dets målsætninger, opgaver, organisering, normering samt økonomi. Derefter følger en tematiserede analyse.

Centrets *målsætninger* er:

- at borgerne oplever kontinuitet og sammenhæng mellem de forskellige ydelser
- at eliminere/formindske den grå zone
- at skabe mulighed for tættere dialog mellem sundhedspersoner
- at opnå en bedre udnyttelse af ressourcer
- at etablere et attraktivt fagligt og menneskeligt miljø, der vil lette rekruttering
- at smidiggøre arbejdsgange omkring indskrivninger og udskrivninger.

Det fælleskommunale udgangspunkt afspejles også tydeligt i centrets formålsbeskrivelse:

> ”Formålet med Skagen Træningscenter er at sikre borgerne i Skagen Kommune et kontinuerligt træningsforløb, både i forbindelse med indlæggelse og udskrivning fra Skagen Sygehus og andet sygehus i eller udenfor amtet og i forbindelse med forebyggende og vedligeholdende træning af pensionister i Skagen Kommune.”[9]

Træningscentret ligger i en nyopført *bygning* i nær tilknytning til Skagen Sygehus[10], hvilket gør det nemt at transportere sygehusindlagte patienter til træningscentret. Amtet ejer bygningen, men huslejen deles ligeligt mellem interessenterne.

Der udarbejdes en *årlig kontrakt* som godkendes af interessenterne. Kontrakten indeholder målsætninger, patient- og ydelsestyper, specielle indsatsområder, henvisninger, aktivitetsmål, kvalitetssikring og økonomi.

Centret har opgaver både i sygehusregi, i gråzonen og i kommunalt regi. Målgrupper for Centret er patienter/borgere med erhvervet hjerneskade, diabetes type 2, apopleksi, ryglidel

ser, knoglebrud, gigt, sklerose, alment svækkede m.fl. Centret behandler ca. 500-600 patienter i kvartalet. Patienterne registreres administrativt som værende traditionelle sygehus- eller kommunale patienter.

Organisering og normeringen. Normeringen blev ved etableringen fastlagt til 3 ergo- og 3 fysioterapeuter, en social- og sundhedsassistent samt en sekretær. Desuden ansattes en træningsleder. Udgangspunktet for normeringen var den oprindelige behandlende fysio- og ergokapacitet i kommunen og på Skagen Sygehus. Centrets terapeuter er organiseret i teams bestående af en ergo- og en fysioterapeut, som er tilknyttet bestemte geografiske områder, der følger hjemmeplejens opdeling i områder, for af den vej at kunne gøre samarbejdet lettere.

Visitation foretages af sygehuslæger, praktiserende læger og hjemmeplejen. Efter en aftale mellem sundhedspersonerne i Skagen visiterer de praktiserende læger i Skagen fortrinsvis til de praktiserende fysioterapeuter. Hensigten med etableringen af Centret var ikke at gøre de praktiserende fysioterapeuter arbejdsløse.

Økonomien i træningscentret er baseret på at amtet betaler ca. 1/3 af udgifterne og Skagen Kommune de 2/3. Den samlede økonomiske ramme er ca. 3,7 mio. kr. Den økonomiske byrde skulle fordeles efter andele af patientmassen. Imidlertid er det særdeles vanskeligt entydigt at opgøre alle patienternes tilhørsforhold. Træningscentrets måler dog på hvor meget det yder til hhv. amtslig og kommunal side. Lederen[11] forklarer:

> Nu kan vi se, at vi yder mere end 50% til kommunen og under 50% til amtet. Men ellers har det ligget og vippet lige omkring de 50.
>
> *Interviewer: Skal det helst det?*
>
> Det kommer sandelig an på hvem du spørger! For amtet yder ikke helt så meget i puljen som kommunen gør. Og når det er lige omkring 50% så er kommunen ikke så tilfreds men amtet er vældigt godt tilpas. Men jeg er jo ikke herre over hvem der har brug for behandling og hvem der kommer på sygehuset.

Ud over den offentlige finansiering, er der en begrænset brugerbetaling på enkelte ydelser (forebyggende ryg- og bækkenbundstræning).

Kontinuitet og sammenhæng – den professionelle følger patienten

Centret bygger på det sammenhængende genoptræningsforløb. I praksis er arbejdet organiseret således at terapeuterne hver især følger patientforløb på tværs af sektorer: den samme terapeut, der træner en patient under indlæggelsen træner patienten efter udskrivning ambulant. Centrets leder beskriver baggrunden for etableringen samt arbejdsorganiseringen således:

> Den grå zone har eksisteret i årevis, og det har vist sig at det er vældig svært at få den udraderet. Den grå zone er, at folk bliver udskrevet fra sygehus, kommer hjem, og helt andet personale træder til. Det har de [amtet og kommunen, red.] fundet en god løsning på i Skagen. Der aftaler man i stedet, at det træningspersonale der er på sygehuset, og dem der er i kommunen, dem samler man og bygger et nyt hus til dem, og så sagde man: *'Så er det jer, der laver al den træning der er behov for, for de borgere der bor i Skagen. Og I sørger for, at det hænger sammen! Hvis Petersen kommer ind på sygehuset, så er det jer der træner, og når han kommer hjem igen, så er det jer, og hvis han kommer ind igen, så er det stadigvæk jer.'* Så det personale her, det har været de eneste gennemgående, kontinuerlige personer for mange patienter.

Træningen kan således – alt efter behov og faglig vurdering – foregå på sygehuset, i træningscentret, på et plejehjem, på et dagcenter eller i borgerens eget hjem. Den konstruktion man har

valgt i Skagen muliggør således i praksis, at selvom patienten formelt set modtager træning i forskellige sektorer (sekundær og primær) og ofte også i forskelligt regi (amtsligt og kommunalt), så oplever patienten, at det er den samme terapeut, der følger forløbet og får det til at hænge sammen.

Kontinuitet og sammenhæng – på tværs af organisatoriske grænser

Træningscentret har som beskrevet samlet enheder, der tidligere var adskilt, og på den måde løst gråzoneproblemerne ved overgangen fra sygehus- til kommunaltræning. Men alle problemstillinger relateret til organisatoriske eller administrative grænser kan selvfølgelig ikke løses ved at slå enheder sammen. Derfor er der stadig andre overdragelser af patienter fra forskellige institutioner til træningscentret, som kræver en aktiv indsats, hvis patienterne skal opleve den grad af kontinuitet og sammenhæng, som det er centrets opgave at skabe.

Her fortæller lederen, hvordan de helt konkret gør, for at det skal kunne lykkes. Hun bruger en institution som eksempel: ”Nordjysk Center for Erhvervet Hjerneskade” i Sindal, hvor træningscentret overtager patienter med mere langvarige og komplicerede forløb fra:

> Når en person skal hjem fra Sindal så tager vi derhen på besøg og overværer træningen. Oveni tager personalet fra behandlingsstedet så vidt muligt med hjem og overleverer til os for at sikre at de nye færdigheder bliver overført til hjemmet. Så kunne man spørge: *”Kan I ikke klare det over EDB?”* Måske er jeg oppe imod mine egne traditioner, men jeg tænker nej, for man kan se meget meget mere, end man kan læse. Det kliniske blik man har, når man er på besøg, hvor man kan begynde at danne sig sin egen mening om hvad man vil gøre, når patienten kommer hjem, det er vigtigt. Og hvis der er noget, som jeg ikke kan forstå, har jeg muligheden for at spørge ind til det – her og nu. Det er godt at få dialogen med det afleverende personale. De kan måske sige ’nu har vi her arbejdet med dét og dét, men vi tror det ville være en god idé hvis I skifter til dét og dét, for det har vi ikke nået.’ Det kan jo godt skrives, men at se det selv, er <u>så</u> vigtigt.

Grundlæggende set har lederen af træningscentret en klar holdning til spørgsmålet om kontinuitet i patientforløb, og hvordan den skabes i praksis, nemlig at det kræver andet og mere end skriftlig kommunikation i form af generelle genoptræningsplaner:

> Når Petersen skal fra sygehus og hjem, og det han er blevet behandlet for på sygehuset kræver fortsat opfølgning, er det kolossalt vigtigt, at der i den overførsel er aktører involveret på begge sider. Det er vildt underprioriteret, det der med at skabe samarbejde på tværs.

Blandt andet udskrivnignskonferencer, hvor hjemmesygeplejen deltager, og praksiskonsulentordningen er forsøg på at forbedre overgangen fra sekundær- til primærsektoren.

Genoptræning vs. hjemmehjælp

Genoptræning er én ting, som ydes af uddannede terapeuter, mens hjemmehjælp er noget helt andet. Den opfattelse kommer ofte til udtryk i debatten omkring opgavefordelingen mellem aktører og sektorer: Det ene betragtes oftest som en sundhedsydelse, der ydes af sundhedsfagligt personale – det andet er et spørgsmål om praktisk hjælp i hverdagen, og betegnes som en social service.

Men fordi de to ting rent administrativt er adskilt, så betyder det ikke nødvendigvis, at det hænger sådan sammen i praksis. Ifølge lederen af træningscentret hænger de to ydelser nøje sammen – uagtet om man vælger at se denne sammenhæng eller ej. Hun illustrerer sammen

hængen ved et konkret patientforløb: Der er tale om en mand, der er blevet hjerneskadet af en ulykke. Har været på Neurocentret i Hammel, på Brønderslev Sygehus og sendes så hjem. Han får først tildelt 3 måneders vedligeholdelsestræning, men ønsker ikke at holde op, og får derfor yderligere 3 måneders træning. Derefter får han at vide, at han skal holde en pause fra træningen, for nu er tiden kommet til, at han også skal lære at leve som hjerneskadet. Så gik patienten til praktiserende fysioterapeut. Men efter han havde holdt pause fra træningen på centret, kunne han godt få et træningstilbud igen, og først i det tredje 3-månedersforløb i træningscenterregi (hvilket reelt var det fjerde 3-månders træningsforløb, idet han gik til privat fysioterapi i pausen) gjorde han enorme fremskridt. Lederen forklarer:

> Han har en stærk familie, og de siger: *"Vi kan godt se, at det går godt, men vi vil have ham til Sindal"* ["Center for Erhvervet Hjerneskade", en amtsligt genoptræningsinstitution, red.]. Og så siger vi, *"Det plejer vi da ikke!"* Når de først er kommet hjem, så går de ikke tilbage i noget amtsligt – slet ikke en amtslig bofunktion. Normalt er det sådan at sekundærsektoren, det er der man kommer ind først, og så går man over i primærsektoren. Hvis man skal tilbage til sekundærsektoren, så skal der ske et nyt uheld eller opstå ny sygdom. Vi tænker ikke i de andre baner. Og normalt er det også sådan, det går. Og det koster jo penge for kommunen at sende en mand derhen: 25.000 om måneden med amtslig medfinansiering. Så jeg blev bedt om at vurdere, om vi kunne få noget ud af at sende ham derhen, om han virkelig kunne blive bedre? Og så kom jeg til at tænke på, at det kunne være interessant at finde ud af, hvor meget hjemmehjælp han egentlig fik nu, og hvad det kostede. Og jeg fandt ud af, at det kostede fuldstændig det samme, som vi skulle give om måneden, for at have ham på Sindal. Og så var det i første omgang omkostningsneutralt, og i anden omfang formodentlig en investering, for det var jo virkelig interessant at se, hvor meget mindre hjemmehjælp han skulle have, når han kom tilbage. Han fik i alt bevilget et år på Sindal. Han havde faktisk 19 timer om ugen før og gik ned til 1½ time. Selvom han stadig ikke er rask og aldrig bliver det, har han fået et betydeligt højere funktionsniveau. Alle vinder på det her: Manden vinder, familien vinder, kommunen vinder og amtet vinder.

At en patient via genoptræning kan gå fra 19 til 1½ times ugentlig hjemmehjælp er et særtilfælde, pointerer lederen. Men casen illustrerer sammenhængen. Når en (ofte ældre) borger har brug for hjælp, så kan man gribe til to overordnede strategier: Den første er at yde praktisk hjælp til det, som det vurderes, at borgeren ikke kan selv – den anden er at vurdere om borgeren, via en professionel indsats, kunne blive (mere) selvhjulpen igen, og således beholde et højere funktionsniveau i længere tid. Lederen af træningscentret er ikke i tvivl om, hvilken strategi, hun mener, er den rigtige, og forklarer her hvorfor hun mener, at hjemmehjælp ikke bare er en service, men også kan være et problem:

> Det er kolossalt vigtigt, at man ikke giver mere hjemmehjælp, end det er nødvendigt. Af hensyn til det fortsatte vedligehold og måske forbedring. Og hvis man ikke har indsigt i, hvad det er folk kan, så er man meget tilbøjelig til at give dem for meget hjælp. Men hvis man ikke har indsigten, hvad skal man så gøre? Så hjælper man! Hvis det ser usikkert ud, så hjælper man, for man vil jo ikke have ansvaret for at folk falder. Men hvis de bare ved en rigtig teknik eller ved et langsommere tempo godt kan, så er det faktisk livsvigtigt for den person, at han får lov. Det kan være næsten være 'livsfarligt' at give hjemmehjælp, for hvis ikke tempo og teknik er tilpasset nøje efter de kræfter, som modtagerne har, går det bare ned ad bakke, funktionsniveauet falder og der bliver brug for mere og mere hjemmehjælp. Det er den erfaring jeg har fået ved at være i primærsystemet i så lang tid.

Set fra lederens perspektiv er et at hovedproblemerne, at denne sammenhæng, og omfanget af muligheden for substitution ikke helt er anerkendt, hvilket kan ses af den nominelle personalesammensætning på ældreområdet i kommunerne, som hun her forklarer:

> Der er for lidt ressourcer på træningsområdet generelt, selvom genoptræning giver så meget til livskvalitet og til mindre hjælp. Kommunens personalesammensætning er helt forkert: De har SÅ mange plejere og så få trænere og aktiveringsmennesker. Men jeg er sikker på, at hvis vi havde nogen flere terapeutressourcer, så vi kunne følges mere med de der social- og sundhedsassistenter, og så kunne vi også minimere hjælpen, og få dem til at se, at 'i dag kan han mere end han kunne i går' eller 'i dag er han i bedre humør, og så tager vi ikke bare liften, fordi det er besluttet, at vi tager liften'. Vi kunne gøre dem i stand til at se: 'I dag kan han godt!'
>
> Det handler om egenomsorg. Men egenomsorg er ikke bare at sige: 'Det kan du selv gøre!' Man skal også vide, hvordan man kan motivere, og man skal have de metoder, der gør én i stand til at stille de krav, der lige akkurat kan honoreres, så der bagefter kan stilles lidt større krav. Det er jo ingen kunst at stille for store krav. Så det jeg taler om er ikke bare flere terapeuter på dagcentre osv. Det er ergo- og fysioterapeuter, der går ud i hjemmet. Det handler om efter en lungebetændelse at gøre patienten i stand til igen at kunne komme op på det soveværelse, der ligger på første sal. Der er måske en anden måde at rejse eller sætte sig på, og som er indirekte trappetræning. Sådan nogle småting, dem skal man kunne se.

Lederen peger videre på, at rammerne for at ændre personalesammensætningen i kommunerne er til stede i dag, idet der i øjeblikket er overproduktion af terapeuter, og at en måde at implementere det på i praksis, kunne være at lave fælles visitation, når en borger har brug for hjælp, således at terapeuter deltager i kommunens visitation, så hjemmehjælp ikke altid er det første, som man griber til.

Sammenhæng via arbejdsdeling eller samarbejde?

Samordning og kontinuitet har været på dagsordnen lige så længe som det specialiserede sundhedsvæsen[12], og det kan dårligt undre: Specialisering og arbejdsdeling er fænomener, der på den ene side producerer specialiseringsfordele, men så på den anden side også skaber et øget behov for koordination og samordning – et velbeskrevet og kendt dilemma i organisationsforskningen[13].

Der findes ikke én enkelt løsning på, hvordan kontinuitets- og gråzoneproblemer kan løses. Og lokalt anvendes mange forskellige strategier og metoder – med større og mindre succes. Imidlertid kan der i disse mange lokale løsninger skelnes helt overordnet mellem to diametralt modsatrettede strategier:

- Arbejdsdelingsstrategien: Eliminering af gråzonen via detaljering af arbejdsdeling. Denne strategi indebærer, at der produceres aftaler, specifikationer, og så præcise retningslinjer som muligt for hvor den enes ansvar holder op, og hvor den andens begynder.
- Samarbejdsstrategien: Eliminering af gråzonen via fjernelse af arbejdsdeling. Denne strategi indebærer, at arbejdsdelingen, som producerer en gråzone, fjernes. Dette er den strategi, som man har benyttet i Skagen.

Ingen af de to strategier kan siges at være bedst i nogen absolut forstand. Begge har styrker og svagheder. Her diskuteres disse styrker og svagheder kort. Lederen af træningscentret har ikke været ansat siden etableringen af centret, men kom fra en lignende stilling i et andet amt, hvorfra hun som interesseret praktiker med mange års erfaring fra primærsektoren iagttog

projektet i Skagen. Hun vurderer de to strategier således mht. genoptræningsområdet specifikt:

> Jeg kiggede meget på det, da træningscentret blev bygget heroppe i Skagen og tænkte: Der har de virkelig fundet ud af, hvordan man kan eliminere den grå zone. Ellers har vi det med at lave sådan nogen store samarbejdsaftaler om, 'hvad gør vi, når folk skal udskrives?' – og så skal det formidles i detaljer ned i de laveste led. Og hvis der ikke bliver holdt fast i det i toppen, fx fra kommunerne: 'Det er sådan vi har aftalt med sygehusene' eller fra amtet: 'Det er sådan vi har aftalt med kommunerne' – så skrider sådan nogen aftaler lynhurtigt. Men her i Skagen havde de jo lavet et koncept, hvor det ikke kunne ske.

Lederen peger her på flere svagheder ved arbejdsdelingsstrategien: Detaljering af arbejdsdeling betyder formalisering og bureaukratisering – i betydningen nedskrivelse af generelle regler og etablering af systemer, som de enkelte unikke tilfælde skal administreres via. Udarbejdelsen af en sådan detaljeret arbejdsdeling – fx via det lederen her kalder "*store samarbejdsaftaler*" – er ikke omkostningsneutral. Det er implementeringen heller ikke i form af "*formidlingen i detaljer ned i de laveste led*", som er der, hvor beslutningerne om patienterne konkret træffes. Desuden har lederen oplevet en tendens til, at denne type aftaler nemt "*skrider*", altså at fastholdelse af aftalerne er svær i praksis, og at dette også kræver ledelsesmæssige ressourcer.

Ud fra et mere generelt perspektiv kan der peges på, at bureaukratiseringsstrategien og den medfølgende formalisering ikke har tendens til at fremme mere fleksible samarbejdsformer så som gensidig tilpasning. Desuden producerer formaliseringen og eksistensen af detaljerede aftaler nemmere en 'regelryttermentalitet' – idet der således naturligt nok sættes fokus på grænsedragningen mellem enheder – hvilket ikke er det sammen som patientforløb, og desuden muliggøres regelrytteri selvfølgelig også af, at der produceres mere detaljerede regler at håndhæve. Selvom detaljering, eksplicitering og bureaukratisering af samarbejde kan være med til at mindske gråzoner, er det således ikke sikkert, at en sådan formalisering reelt er i borgernes interesse.

Der kan imidlertid også peges på svagheder ved samarbejdsstrategien: Helt overordnet set, så løser samarbejdsstrategien problemet ved at fjerne grænser, altså fjerne arbejdsdeling. Men det siger sig selv, at man ikke i længden kan løse *alle* gråzoneproblemer ved at fjerne grænser og lægge enheder sammen. For at kunne bevare en lokal tilknytning og et decentraliseret sundhedsvæsen, der lever op til kravet om nærhed til borgerne, må der nødvendigvis være en vis uddifferentiering i forskellige enheder. Således er en bagside ved sammenlægningen, som lederen gør opmærksom på, at den kommunale del af træningen nu "*ikke længere er lige så tæt på hjemmeplejen, som vi var før*", og den amtslige del er "*ikke lige så tæt på hospitalets læger og sygeplejersker, som vi var før*". Til gengæld betyder samlingen af alle terapeuter, at der er bedre mulighed for at skabe en faglig udvikling både indenfor fysio- og ergoterapi, og dette er selvfølgelig en styrke ved samarbejdsstrategien**.**

Den strategi man har valgt i Skagen – at slå al træning sammen – eliminerer ret beset ikke gråzonen i praksis. Men den gør den betydeligt lettere at håndtere i hverdagen, og som lederen her pointerer, så *flytter* den også gråzoneproblematikken et andet sted hen:

> Det er ikke altid helt nemt at finde ud af, om det nu er ambulant [amtsligt, red.] eller om det er kommunalt. Den gråzone eksisterer jo stadigvæk. Det er bare os, der bærer den – nu er det ikke patienterne.

Og det er måske det mest centrale i denne sammenhæng: Nu er det træningscentret, dets leder og dets ansatte, som skal håndtere problemerne med at klassificere træningen som værende af

den ene eller den anden type, og det er træningscentret, som skal stå til regnskab overfor både kommunen og amtet. Gråzoneproblemet er der stadig, og kræver stadig arbejde for at blive håndteret. Men det er nu blevet de professionelles problem – ikke patienternes.

Centralisering og liberalisering versus kontinuitet og sammenhæng

Hele sundhedsvæsenet er under forandring, og har været det længe. Mange forskellige tendenser kan spores i de politikker og styringsambitioner, der søges implementeret i sektoren, men samlet betegnes tendensen ofte som New Public Management (NPM)[14]. Ser man nærmere på hovedtendenserne i den førte politik i praksis, viser det sig imidlertid, at der er modsatrettede tendenser, som trækker i hver sin retning. Skagen Træningscenter er meget fokuseret på at "*få tingene til at hænge sammen for Skagboerne*", som centrets leder formulerer det. Det har været et af hovedformålene med sammenlægningen, og denne intention om at skabe sammenhængende patientforløb er helt i tråd med en mere generel politisk ambition. Men andre politiske ambitioner leder til politikker, som ikke nødvendigvis gør det nemmere at skabe kontinuitet på tværs. Her nævnes to eksempler: Liberaliseringen af hjemmehjælpen og centraliseringen af sygehusstrukturen.

Kontinuitet i sammenhængende patientforløb og liberalisering af hjemmehjælpen

Liberaliseringen af hjemmehjælpen er helt i tråd med NPM, og den er et led i indførslen af markedsmekanismer i sundhedssektoren ud fra en overbevisning om, at markedsmekanismer indebærer nogle fordele, som gør løsningen af opgaver i den offentlige sektor mere effektiv.

En forudsætning for at kunne indføre markedslignende mekanismer er, at der skabes et marked, og et sådan er karakteriseret ved købere og sælgere. I praksis sker dette ved en adskillelse af den enhed, der vurderer behovet og den enhed, der fylder behovet. Det er blevet til den såkaldte Bestiller-Udfører Model (BUM). Den betyder i praksis, at der kommer et led mere ind i produktionsfasen, nemlig en visitation. Inden nogen går i gang med at levere en given ydelse – hjemmehjælp eller genoptræning – så skal nogen andre (en visitator) have vurderet modtagerens behov. Denne visitator 'bestiller' så i teorien ydelsen hos en 'udfører'. Bestiller og udfører kan i praksis godt befinde sig i samme organisation. Men adskillelsen af de to led er første skridt og en nødvendig forudsætning for at kunne skabe markedslignende vilkår.

Bag indførslen af visitatorordningen ligger imidlertid den antagelse, at en fagperson – i praksis ofte en sygeplejerske eller en terapeut – relativt hurtigt kan bedømme, hvad modtageren har brug for, så hun kan afgive en 'bestilling' i form af at sætte et rigtigt niveau for hjemmehjælp, eller lægge en rigtig plan for genoptræning.

Med hensyn til vurderingen af behovet for hjemmehjælp, så har lederen af centret tidligere påpeget, at dette er en meget relativ størrelse, som for det første kræver flere fagligheder, og for det andet bør ændres løbende og substitueres eller suppleres med træning. Både for borgernes skyld – men også for at undgå at yde alt for megen hjemmehjælp og i stedet muliggøre mere egenomsorg og mindske funktionstab. Hvis adskillelsen af bestiller og udfører skal opretholdes kræver det, at visitator hele tiden skal involveres og orienteres af udfører mht. patientens aktuelle situation frem- eller tilbageskridt, for at kunne justere sin bestilling. Således gør BUM-modellen systemet mindre fleksibelt – og hvis en BUM-model skal fungere fleksibelt, så kræver det involvering af dobbelt så mange professionelle som før (både en bestiller og en udfører). Min i så fald er det tvivlsomt, om systemet alt i alt også fungerer som en effektivisering.

I praksis viser det sig ofte, at praktikere er praktiske mennesker, som får hverdagen til at fungere – uanset de givne forhold. På træningscentret er der en visitatorordning for den kommu

nale del af træningen, og den følges. Problemet for terapeuterne er imidlertid det lederen formulerer her:

> Ved mange patienter kan man ikke altid på en time i begyndelsen af forløbet se, hvad der i virkeligheden er behov for: ”*Det kan vi da ikke vide, før vi har haft dem i hænderne!*” siger de [terapeuterne, red.].

Visitatorordningen anvendes, men i praksis laver hver professionel – på baggrund af den viden de løbende erhverver om patienterne – den træning, som de mener er rigtig, jf. de faglige principper og metoder, de har lært, og som er med til overhovedet at konstituere dem som professionelle.

Anskues visitatorordninger generelt ud fra et perspektiv, der fokuserer på sammenhæng og kontinuitet i patientforløbene, så skaber ordningen en situation, hvor den person, som foretager visitationen (taler med borgeren og får udlagt hele deres historie og situation, og som for terapeuternes vedkommende også undersøger borgeren), ikke er en person, som borgeren kommer til at se igen. I stedet kommer en helt ny person – udføreren – og skal samle trådene og udføre den behandling eller service, som borgeren har talt med en helt anden person om (visitator og bestiller).

Et grundelement i markedsmodellen er således adskillelse af bestiller og udfører, som i praksis kan gøres via visitatorordninger. Anskuet ud fra et kontinuitetsperspektiv betyder det imidlertid involvering af en ekstra person i forløbet, som udfylder en central rolle, men som ikke er en kontinuerlig person i forløbet. Denne form for forsøg på markedsgørelse trækker således i modsat retning af intentionerne om at skabe kontinuitet og sammenhængende patientforløb. Dermed ikke sagt, at hverken markedsmodeller eller visitatorordninger generelt er problematiske. Det kan denne undersøgelse intet sige om. Den kan kun pege på, at visitatorordninger og kontinuitet ikke umiddelbart er direkte forenelige størrelser. Det kræver yderligere arbejde at skabe kontinuitet i et patientforløb – hen over det brud, som en visitatorordning indebærer.

Liberalisering af hjemmehjælpen: Koordination versus konkurrence

På hjemmehjælpssiden er man i Skagen kommet længere med markedsgørelsen. Der findes private udbydere af hjemmehjælp, som borgerne i Skagen kan vælge. Filosofien bag dette er, at borgerne frit kan vælge den bedste ydelse, og således vil kun de bedste udbydere overleve i markedet. En antagelse bag denne del af økonomisk teori er selvfølgelig, at den vare, som vælges, er uafhængig af andre varer. Dette kan synes lidt kryptisk, men i praksis har det stor betydning.

Varen hjemmehjælp indgår nemlig i det man kunne kalde et lokalt sundhedsnetværk, og således er den – i dens nuværende kvalitet – ikke uafhængig. Dette lokale sundhedsnetværk består af de aktører fra sundhedsvæsenet, som borgerne er i berøring med. I Skagen tæller det blandt de centrale aktører hjemmehjælpen, hjemmesygepleje, træningscentret, de praktiserende læger og gero-teamet (som analyseres efterfølgende). For at skabe aktivt samarbejde, sammenhæng i indsatsen overfor den enkelte borger og vidensdeling mellem aktørerne, holdes der jævnlige møder mellem aktørerne, eller man indfører ordninger, der skal skabe sammenhæng (fx praksiskonsulenter). Således holder terapeuterne på træningscentret hver anden uge en fælles konference med gero-teamet, og de enkelte teams af terapeuter holder konferencer med hjemmeplejen (indtil for nylig deltog også hjemmesygeplejen i disse konferencer). På sådanne tværgående møder diskuteres patienter, og der lægges planer, udveksles synspunkter og indsatser koordineres.

Kvaliteten af varen hjemmehjælp er således afhængig af den koordination, det samarbejde og den vidensdeling, som foregår i det lokale sundhedsnetværk. Lederen af træningscentret beskriver her, hvad indførelsen af flere udbydere blandt andet betyder for det lokale sundhedsnetværk:

> Nu er der kommet privat hjemmehjælp heroppe. Der er et privat firma, der hedder Blæksprutten. Vi kan se, at de gør tingene på en anden måde, og de kender ikke vores kultur. Det vil sige, at de handler ligesom de kommunale medarbejdere gjorde, inden vi fik dem opdraget lidt bedre. De bestiller en løsning – typisk et hjælpemiddel – i stedet for bare at beskrive problematikken. Men det er meget vigtigt at problematikken bliver beskrevet, så vores faglighed kan få indflydelse på løsningen. Kunne der være en anden måde at give hjælp på, kunne det være træning, der skulle tilbydes, kunne det være et andet hjælpemiddel og så videre? Men de bliver også en, vi skal til at samarbejde med, hvis det skal hænge sammen, og så begynder det jo.

Det, der begynder, er kort sagt kompleksitet. Jo flere udbydere, jo mere konkurrence. Men for hver ny aktør der introduceres i sundhedsnetværket, introduceres også et antal nye relationer, som kræver tid og arbejde, hvis samarbejdet skal foregå koordineret. Det vil sige sig, at liberaliseringen på den ene siden introducerer konkurrence ved at skabe mulighed for flere udbydere af den samme ydelse, men samtidig skaber dette en mangedobling af de eksterne relationer i det samlede sundhedsnetværk – et sundhedsnetværk, som der samtidig stilles krav til om at kunne levere sammenhængende ydelser og koordinerede patientforløb.

Kontinuitet, sammenhængende patientforløb og centralisering af sygehusstrukturen

Når det kommer til sygehusstrukturen, så er konkurrence og markedsgørelse ikke den politiske strategi, som dominerer sygehuspolitikken i praksis. Her satses i stedet på den diametrale modsætning, nemlig planlægning. Der foretages skøn og beregninger, der estimerer størrelse, fordeling og struktur på det ideelle produktionsapparat, som så søges implementeret administrativt. Dette i modsætning til en markedsmodel hvor man lader flere udbydere af det samme konkurrere og ad den vej søger at drive kvalitet og effektivitet frem. Den fremherskende strategi i dag er, at hver enhed (amt) planlægger en struktur, hvor kvalitet og effektivitet i stedet søges skabt via planlægning, og hvor værktøjerne er stordrift og specialisering. Funktionsbærende enheder på tværs af matrikler, lukningen af mindre sygehuse samt koncentrationen af akutberedskaber og forsøg på samling af specialer er alle led i denne overordnede strategi. Denne strategi følges også i Nordjyllands Amt, hvilket har betydet, at Skagen Sygehus lukker, og sygehusene i Frederikshavn, Hjørring og Brønderslev er slået sammen til det nye Sygehus Vendsyssel, hvilket igen har betydet en redistribution af specialer mellem de enkelte matrikler. Hvad betyder denne udvikling for arbejdet med at skabe sammenhængende og kontinuerlige patientforløb? Lederen af træningscentret forklarer:

> Der står [i aftalegrundlaget for træningscentret, red.], at vi skal få træningen til at hænge sammen for Skagboerne. Og den metode, vi skal bruge, er for mig at se den, vi bruger i Sindal [”Nordjysk Center for Erhvervet Hjerneskade”, overdragelsesmetoden er beskrevet tidligere i denne case, red.], når der er tale om komplicerede udskrivninger frasygehus. Det er ressourcekrævende. Men hvis vi skal holde fast i en god overlevering og dermed bevare kontinuiteten skal vi bruge tid på sygehuset. Hvis nu det bliver sådan, at terapeuterne skal til Hjørring eller Frederikshavn for at se og høre og forstå, så kommer den centralisering til at koste noget. Så hvis vi skal beholde kontinuiteten, kommer en del mere af den tid til at gå med transport. [Grundet lukningen af Skagen Sygehus og den interne fordeling af spe

cialer ved sammenlægningen af Frederikshavn og Hjørring sygehuse til Sygehus Vendsyssel, red.]

Centraliseringen har således den bivirkning, at hvis kontinuiteten i patientforløbene skal sikres, sådan som man har gjort på træningscentret, så bliver det nu mere omkostningstungt at gennemføre det i en mere centraliseret struktur.

Det skal igen understreges, at denne type analyse ikke på nogen måde er en evaluering af hverken markedsmekanismer, BUM-modeller, liberaliseringer eller centraliseringer. Den kan udelukkende påpege, at ikke alle politikker går lige i spænd, og at nogle af disse tendenser ikke direkte understøtter intentionen om at skabe kontinuitet og sammenhæng i praksis. Desuden skal det tilføjes, at de nævnte tiltag og politikker på ingen måde er unikke for Nordjyllands Amt, men kan genfindes mange andre steder.

GERO-teamet

Gero-teamet er ligesom træningscentret et lokalt sundhedstilbud, som er blevet etableret via Sundhedsaftalen mellem Skagen Kommune og Nordjyllands Amt. Teamet blev etableret 1/1 1999.

Betegnelsen 'gero' er en forkortelse af gerontologi, som er læren om aldring. Ifølge Gerontologisk Institut er aldring "de komplekse sociale, kulturelle, psykologiske og biologiske forandringer, der sker med det enkelte individ gennem livet. Selv hos friske og raske mennesker indebærer aldringen en potentiel skrøbelighed, når man bliver gammel, samtidig med at også syge og svækkede gamle oftest har uudnyttede ressourcer." Denne definition er meget bred – måske ligefrem tværfaglig i den forstand, at fx det sociale og det kulturelle ofte ikke er det, der forbindes med medicinske fagområder. Ofte bruges udtrykket geri-team, der kommer af geriatri, som er læren om alderdommens komplekse sygdomme, deres årsager og behandling, forebyggelse og rehabilitering af syge gamle mennesker.

Valget af navnet 'gero' til det udgående team i Skagen – i stedet for 'geri', som er mere almindeligt – er helt tilfældigt ifølge den læge og sygeplejerske, der udgør kernen i teamet. De har taget navnet fra den model, de har haft et samarbejde med, nemlig gero-team ved Aalborg Sygehus. Som lægen udtrykker det: *"Gero går bare på, at det er noget med ældre menneskers problemer primært."* Men selvom navnet er tilfældigt, er det alligevel værd at lægge mærke til den meget brede definition af gerontologien. Denne helhedstankegang, der ikke trækker skarpe grænser ved, hvad der er medicinsk/biologisk eller af mere social eller psykologisk karakter, præger i høj grad gero-teamets virke i Skagen.

Først præsenteres en kort beskrivelse af teamets opgaver, struktur & økonomi, visitation & patientgrupper samt organiseringen af teamets arbejde i hverdagen. Derefter følger en tematiserede analyse.

Opgaver: Projektbeskrivelsen for teamet definerer opgaven til, at et geriatrisk kyndigt team[15] varetager diagnostiske, behandlingsmæssige, plejemæssige og sociale opgaver vedrørende ældre i Skagen Kommune, hvor de helbredsmæssige og sociale forhold er komplicerede. Nogle af formålene med teamet er:

- at medvirke til den bedst mulige koordination og udbytte af kommunens servicetilbud samt sygehusets behandlingstilbud for den enkelte patient.
- at medvirke til at undgå unødige indlæggelser.
- at medvirke til optimale og individuelt tilpassede optrænings- og plejetilbud.

- at forestå og indgå i forebyggelsesprojekter målrettet til ældre, medvirke til overordnet sundhedsplanlægning for ældre og til udvikling af nye behandlings- og plejetilbud.

Særlige indsatsområder er demensudregning, opfølgning på apoplexipatienter, terminale i eget hjem, funktionstab og kostudredning.

Struktur & økonomi: Teamets kerne er en læge og en sygeplejerske. *Lægen* er ansat ved medicinsk afdeling på Skagen/Frederikshavn Sygehus, som efter lukningen af Skagen Sygehus 1/1 2004 nu i stedet indgår i Sygehus Vendsyssel. *Sygeplejersken* er ansat af Skagen Kommune. Ved teamets etablering havde sygeplejersken fælles ledelse med den øvrige kommunale hjemmesygepleje, men i dag er gero-sygeplejerskens leder kommunens socialchef. Denne konstruktion gør, at gero-teamet, ligesom træningscenteret, er et samfinansieret lokalt sundhedstilbud.

Visitation & patientgrupper: Udover Skagens to lægepraksiser kan sygehuslæger henvise patienter til gero-teamet. Inden lukningen af Skagen Sygehus var forholdet således, at ca. 60% af patienterne var eksternt henviste fra praksissektoren, mens de resterende 40% var opfølgende efter sygehusindlæggelser, altså internt henviste. Teamet har ca. 50 patientforløb ad gangen. I 2001, hvor der blev lavet en mere systematisk evaluering[16] af teamets ydelser, havde teamet 239 patienter, som tilsammen udløste 325 patientforløb i gero-teamet. Lægen anslår, at max. 10% af teamets patienter hører til i ambulatorier, og at disse typisk er diabetikere. Når en patient henvises til gero-teamet, overtager det i nogle tilfælde ambulatoriefunktionen i forhold til den pågældende patient i den periode, vedkommende også er ambulant hos gero-teamet. Det gælder ofte for diabetikere, hvor teamet overtager den læge/plejemæssige del, men selvfølgelig ikke øjenlægekontroller eller fodterapeut.

Organisering i hverdagen: Sygeplejersken arbejder som udgående på fuld tid, mens lægen kun har 14 ugentlige timer til gero-teamet – den resterende tid dækker han andre funktioner på afdelingen. De 14 timer er delt ud således, at teamet har to hele arbejdsdage sammen, og sygeplejersken har de andre dage alene. Helt så skarpt er arbejdet dog ikke opdelt. Lægen forklarer:

> Men i og med, at vi overvejende har det samme arbejdssted [Skagen Sygehus, red.], så snakker vi jo meget, også de andre dage. Det er mere løst organiseret end det, du læser der [i den officielle projektbeskrivelse, red.]. 5 år og en praktisk hverdag gør jo meget!

Sygeplejersken bruger max. 1-2 timer dagligt på administrative oprager, og resten af arbejdstiden er hun på besøg hjemme hos patienterne. Besøgsfrekvensen hos patienterne er ikke fast, men afhænger af teamets vurdering af patienterne.

Etablering

Idéen til etablering af gero-teamet kom fra den læge, som i dag arbejder i teamet. Han havde tidligere været på en geriatrisk afdeling i Varde, hvor der var et udgående geriatrisk team, ligesom han havde erfaring fra andre geriatriske afdelinger. De personlige erfaringer gjorde, at lægen satte sig ind i området. Han forklarer:

> Da der så blev lavet nogen arbejdsgrupper heroppe om forskellige ting, vi kunne supplere vores lokale behandlingstilbud med, og som skulle indbygges i sundhedsaftalen, så var det mit forslag, at vi overvejede, om man kunne lave et gero-team eller et geriatrisk orienteret team.

Han er som sagt selv almen mediciner og forklarer her, hvorfor teamet ikke er bemandet med en – formelt set – specialist i ældresygdomme, dvs. en geriater:

> Der var på det tidspunkt 54 geriatere i Danmark, og hvis vi skulle vente på, at der kom en geriater til Skagen, så kunne vi vente i det uendelige. I forvejen var det sådan, at når noget går galt på den front [med de ældre ofte komplicerede patienter, red.], så kom de jo ind til os [på Skagen Sygehus, red], og det blev alligevel mig eller en af mine kollegaer, der kommer til at behandle de problemer. Så kunne vi lige så godt se, om vi kunne gøre det på en model, der lignede det, de gør andre steder, og som tilsyneladende virker godt. Det virker godt, fordi det er patientvenligt; det virker godt, fordi det er delvist forebyggende; det virker også godt på den måde, at det sparer nogen sengedage. Det er godt hele vejen rundt, havde jeg en tese om.

Gero-teamet blev vedtaget som en del af Sundhedsaftalen mellem amtet og kommunen og har fungeret siden. Normeringen har været justeret, og andre forhold er blevet tilpasset, men teamet fungerer efter de samme grundtanker. Med lukningen af Sygehus Skagen var det på interviewtidspunktet – 27. november 2003 – endnu uafklaret, om teamet skulle fortsætte sit virke efter sygehuslukningen.

Hvorfor skal de professionelle komme til patienterne?

”Eksternt henviste udredes som hovedregel i eget hjem” står der i projektbeskrivelsen for gero-teamet. Dette er hjørnestenen i de mange former for udgående teams, som er etableret gennem de sidste år. Det som umiddelbart kan undre en udenforstående er, hvorfor de sundhedsprofessionelle skal bruge tid på at tage hjem til patienterne, når patienterne ikke nødvendigvis er forhindret i at komme til lægen, kan gå til praktiserende læge eller møde op i et ambulatorium. Dette fordi det tager tid for de sundhedsprofessionelle at farte rundt, samtidig med at den teknologiske udvikling gør, at lægefaget er blevet og fortsætter med at blive mere afhængigt af apparatur til udredning.

På den baggrund kunne man spørge: Hvorfor er det en fordel at lave udredning i hjemmet? Er det ikke lettere at få patienterne ind ambulant? Gero-teamet svarede:

> *Sygeplejersken*: Man ser jo mange ting, når man kommer hjem til folk. Og patienterne siger da også meget mere. Især – tror jeg – til dig [lægen, red.]. Det er lidt noget andet, når jeg kommer ud som sygeplejerske i deres eget hjem. Men der er ikke den der store autoritet overfor dig, som der er, hvis de er indlagt.
>
> *Lægen*: Nej. Nu er der også en del af dem, som jeg har kendt længe – og de er ganske anderledes, når de har det rimeligt i egne omgivelser i forhold til, når jeg er vant til at se de samme patienter herinde med kittel på og en hyler. Bare det signal jeg ikke kan undgå at udsende af stress. Og vedkommende er meget mere tryg derhjemme og kan meget bedre gøre rede for, hvad han synes, det handler om. Men det handler også om de ting, vi ser omkring os. Det siger meget. Fx nu snakker vi om ham der [XX], som er en tynd radmager mand, som spiser flødeboller, drikker kaffe og drikker rød sodavand. Du har et helt helt andet udgangspunkt og billede af ham, hvis du får ham indlagt og ser ham i hospitalets seng og hospitalets tøj og kommer for at skrive journal og finde ud af, hvad det her handler om, end du har, når du ser ham derhjemme. Der er en verden til forskel på det, når du ser hans lejlighed og den stol, han sidder i, og sidder og sover i – og også tisser i hvis hjemmeplejen ikke fungerer ordentligt – det var jo uværdigt! Så der var også et plejeproblem i denne sag. Det ville du ikke vide, hvis du får ham ind og skal rette ham op - fordi han er faldet eller ikke får væske nok – og så sende ham hjem en dag. (…) Det er den type eksempler, jeg mener, og de er ikke så

> sjældne. Det er måske ikke altid, det er så sølle som det her. Men det handler om, at vi får nogen andre oplysninger og et helt andet billede af ham.
>
> Så spørger du også til det med grej. Vi har det, du kan have i en taske. Vi har et ekg-apparat med, vi har et puls-oxymeter, vi kan måle ilt, og vi tager blodprøver i hjemmet. Dem, hvor der skal en større udredning til, og hvor vi måske alligevel vil have et røntgenbillede af hjerte og lunger – det hører tit med i en udredning af den ene eller den anden art – de skal selvfølgelig op til et røntgenapparat alligevel. Men stadigvæk: Alle de anamnestiske oplysninger, vi fik hjemme hos patienten, hele den situation det kunne vi ikke have fået – selvom du siger, så kunne de bare have kommet i ambulatoriet den dag. Det kan godt være, at det her koster os et kvarter mere, men det betaler sig i den sidste ende. Det er den oplevelse vi har af det. For vi bliver meget bedre til at løse de problemer, vi er sat til at løse, med de oplysninger vi får i patientens eget hjem.

Argumentet for, at de professionelle skal komme i patientens hjem, er således grundlæggende set, at den rigtige behandling og pleje kræver andet og mere end en udelukkende biomedicinsk diagnose. Man skulle måske tro, at sundhedsfagligt uddannede ville argumentere for, at et journaloptag burde foregå enten stationært eller ambulant på et hospital, hvor de teknologiske rammer er til stede, men teamets oplevelse er den stik modsatte: At journaloptaget af flere årsager bliver langt mere præcist i hjemmet. For det første fordi kvaliteten af de oplysninger, som lægen kan få om patientens sygehistorie(r) – anamnesen eller de anamnestiske oplysninger – bliver højere af, at patienten er i egne omgivelser og i eget tøj. For det andet fordi de professionelle får andre og direkte kilder til oplysninger om levevis, sociale forhold mv., idet de selv kan observere. Dette giver en mere nuanceret og præcis forståelse af den gerontologiske problemstilling i sin helhed og dermed et bedre grundlag for pleje og behandling.

Et andet element i det udgående er også, at teamet får et andet og mere konkret indblik i, hvordan hjemmeplejen fungerer i forhold til disse komplicerede tilfælde, som er teamets målgruppe. Her fortæller de om sygeplejerskens rolle i forhold til at få de praktiske strukturer omkring patienterne til at fungere. Patientforløbet er det samme som før:

> *Sygeplejersken*: Nu fik vi så også plejen til at fungere. Hvis han nu var blevet indlagt, så var han blevet udskrevet til den samme elendighed og en hjemmepleje, der ikke fungerede. Nu er alting blevet struktureret omkring ham.
>
> *Lægen*: På den måde fungerer Trine [sygeplejersken, red.] også som en hjælp til hjemmeplejen, som i vores verden er en stor organisation, og som ikke kan være optimal altid. Og der står vi alligevel så meget ved siden af, at vi godt kan tillade os at gå ind og påpege på en sober og ordentlig måde, når tingene ikke fungerer ordentligt. Og så er de også gode til at korrigere det. Og det er jo ikke, fordi det ikke fungerer godt i hjemmeplejen. Det gør det generelt.
> *Sygeplejersken*: Altså jeg kan fx møde op sammen med dem, når jeg ved, at hjemmehjælperen, hun er til stede, og så give hende lidt vejledning. Det gør jeg jo tit.
>
> *Lægen:* Trine går tit ind direkte i plejesituationen og siger: ”Det kan løses på den og den måde”.
> *Sygeplejersken:* Det er tit det, hjemmehjælperne mangler, for hjemmesygeplejerskerne de har jo ikke tid til at gå med hjemmehjælperne i de enkelte sager. Det kan jeg så gøre, for jeg kan afsætte tiden til at gøre det.

Som teamet gør opmærksom på, så fungerer hjemmeplejen generelt udmærket efter deres vurdering. Men i de komplicerede tilfælde, som er teamets målgruppe, kan der opstå proble

mer, bl.a. fordi disse patienter sjældent er blandt de mest velfungerende. Så for at kunne undgå unødige indlæggelser er det ikke tilstrækkeligt, at patienten rent medicinsk bliver stabiliseret. Hvis ikke hverdagen – med alt hvad dertil hører – fungerer omkring patienten, så bliver resultatet endnu en dyr hospitalsindlæggelse.

Men det er ikke bare hjemmeplejen, som teamet forholder sig til. Det handler også om at få hjemmet til at fungere – indretninger der skal ændres eller i nogle tilfælde en boligsituation, der skal løses. Betragtet ud fra en mere traditionel forståelse af, hvad der er lægefagligt og sygeplejefagligt arbejde, kan gero-teamet nævne mange eksempler på opgaver, som de tager sig af og løser, men ikke ud fra et mere traditionelt perspektiv er lægelige eller sygeplejefaglige opgaver. Gero-teamet skelner dog ikke så skarpt selv, og således er det ikke bare på papiret, at teamet varetager ”sociale opgaver vedrørende ældre i Skagen Kommune” – det er også praksis. Klassifikation af problemer er ikke det, man bruger mest energi på. Løsning af problemer er snarere teamets fokus.

Selvfølgelig tager teamet sig ikke af alt. Fx er det ikke teamet, der behandler en urinvejsinfektion hos en patient, de har i forbindelse med en demensudredning. Teamets læge overtager ikke den praktiserende læges rolle. Det teamets læger kalder ”dagen og vejen”, det er stadig den praktiserende læges opgave.

Køretid og effektivitet

Et minus ved, at de professionelle skal komme til patienterne, er tidsspild i forbindelse med transport. En del af arbejdsdagen kommer til at foregå i en bil. Her forklarer lægen både, hvad tiden bruges til, og hvor lang tid der er tale om:

> En stor del af tiden bruger vi jo på at snakke om patienterne. Men så er det jo også nogle specielle forhold her. Af de 50 vi har på listen lige nu, der er der kun en 2-3 fra Ålbæk [20 km fra Skagen, red.]. Og Skagen Kommune er altså ikke større end Skagen by, og så der lidt i Ålbæk, og lidt i Hulsig [12 km fra Skagen], men der er der næsten ingenting. Det vil sige, at vi kører stort set kun indenbys. Vi kan besøge 8 patienter på en dag og så aflæser vi kilometertælleren, og så har den kørt 23 km. Så vi har ikke ret meget landevejstid. Det er meget minimalt, for de ligger næsten alle sammen indenfor en radius af 6 km. Det er jo også exceptionelt, at det er sådan – vand på tre sider. Og det eneste er, at vi en gang i mellem tager de 20 km til Ålbæk. Vi har jævnligt sygeplejestuderende eller andre med rundt, og så bruger vi den køretur til lige at bruge 2 minutter på at snakke om: *”Hvad fik du ud af det her, og er der noget, der lige skal spørges om?”* Og så giver vi lige et kort oplæg til den næste. Så kan de meget bedre huske det.

For det første gør de specifikke lokale forhold i Skagen en forskel. For selvom der er tale om en lille kommune, så er befolkningen koncentreret på et ret lille område. Det samme ville kunne findes i større byer, men her ville trafikforholdene også være vanskeligere, og det ville sandsynligvis smitte af på køretiden. I denne sammenhæng er Skagen således i en ret unik situation. Selvfølgelig går noget af tiden dog i bilen – om det så er en dag i Skagen på 23 km eller en tur ned omkring Hulsig/Ålbæk på ekstra 40 km. Denne transporttid bruges på enten at diskutere patienterne internt i teamet eller give undervisning til sygeplejestuderende eller andre.

Udredning, behandling, forebyggelse og udvikling – i prioriteret rækkefølge

Det var meningen, at gero-teamet både skulle indgå i udviklingen af nye behandlings- og plejetilbud samt forebyggelsesprojekter målrettet de ældre. Sådan er det ikke helt gået i prak

sis. Som nævnt blev teamet etableret 1/1 1999, og allerede i år 2000 blev der henvist omtrent dobbelt så mange patienter som forventet. Det fik ifølge evalueringen af teamet den konsekvens, at teamet koncentrerede sig om udredning og behandling. Konsekvenserne blev bl.a., at kommunikationen med samarbejdspartnerne ofte kun blev sporadisk samt at teamet ofte ikke deltog i udskrivningskonferencer og forebyggende arbejde. Siden har situationen ændret sig, og i 2001 faldt antallet af henvisninger. En mulig årsag til udsvinget er, at der har været en pukkel af patienter hos de praktiserede læger, som blev henvist under mistanke om demens, og at denne pukkel nu er afviklet.[17]

Men selvom der nu ikke er helt så meget pres på som i 2000, så synes teamet stadig ikke, at de når det, de gerne vil, specielt mht. forebyggelse. Lægen beskriver situationen:

> Forebyggelse er blevet til, at vi spørger os selv, når vi er derude, om de dummernikkel-ting, som enhver hjemmeplejer også ville spørge sig selv om: Er der løse tæpper eller ting, der på anden vis er upraktisk? Og hvad med hoftebeskyttere? Og får de tilstrækkeligt med væske? Det gør vi individuelt. Også selvom det, vi egentlig er der for, det er en demensudredning. Men vi vil gerne lave noget mere struktureret forebyggelse og for større grupper. (...) Vi har jo på et tidspunkt søgt om en 3. lægedag, men fået afslag. Og det var bl.a., fordi vi også gerne ville kunne gøre noget mere forebyggende. Desværre er det endt med, at vi i høj grad laver udredning og behandling. Vi gør selvfølgelig meget ud af individuel forebyggelse, men vi ville gerne på en eller anden måde – i samarbejde med Sund By butikken og hjemmeplejen – lave noget mere generel forebyggelse. Der er jo masser, man kunne lade sig inspirere af. Vi ville gerne have haft det element mere ind i det, for det har vi altså ikke haft tid til overhovedet.

Som vi skal se i den efterfølgende case om forebyggelse, så er det ikke nødvendigvis sådan, at behandling og forebyggelse altid er to fundamentalt forskellige og konkurrerende ydelser. Men i dette tilfælde, hvor der henvises patienter, fordi de har behov for udredning, behandling og pleje, der kommer disse ydelser i forreste række. Når forebyggelsesopgaven i dette tilfælde hænger lidt, så handler det således ikke om, at amtet eller kommunen ikke tager sig af opgaven, eller om at det sundhedsfaglige personale egentlig ikke interesserer sig for det eller ser det som deres opgave. Det handler om, at de medarbejdere, som er allokeret til forebyggelsesopgaven, står i en situation, hvor de også har udrednings-, pleje- og behandlingsopgaver i forhold til henviste patienter, og ikke selv kan styre eller fordele antallet af henvisninger.

Relationer i det lokale sundhedsnetværk

Både træningscentret og gero-teamet har koordination og sammenhængende og helhedsorienterede forløb som et centralt element i deres raison d'être, hvorfor relationerne i det lokale sundhedsnetværk er centrale at belyse. Tidligere i analysen har relationen til fx andre institutioner i forbindelse med overdragelse også været behandlet. I det følgende belyses relationen mellem teamet og træningscentret, relationen til hjemmeplejen og til de praktiserende læger.

Relationen til træningscentret

Teamet holder en fælles konference med træningscentrets terapeuter hver anden uge. Her medbringes en liste over aktive patientforløb, og ved de forløb, hvor én af parterne har spørgsmål eller oplever problemer, som kræver afklaring, tages dette op til diskussion. Mange af diskussionerne har karakter af koordination og vidensdeling; andre af mere decideret problemløsning: "Hvad gør vi ved det her?"

Alle terapeuter deltager, fordi hverken bestemte terapeuter eller teams af terapeuter er særligt allokeret til at tage sig af gero-teamets patienter. Det var ellers den løsning, teamet ønskede i starten, idet det var det, de kendte fra deres inspirationskilde: geri-team ved Aalborg Sygehus:

> Vi ønskede en navngiven fys eller ergo, som var tilknyttet os. Men det ønskede centret ikke grundet deres struktur. Men det har også vist sig at fungere. Jytte – visitatoren – er den, vi har mest at gøre med. Så deler hun det ud efter nogen regler, som vi ikke blander os i. Det føler vi selv fungerer udmærket, fordi flokken trods alt ikke er større, og fordi vi har den der halve time hver 14. dag. Så det, at det ikke er en bestemt fys eller ergo, som er tilknyttet os, det betyder ikke noget, synes vi selv, funktionsmæssigt i hverdagen.

Grunden til at træningscentret ikke allokerer et bestemt team af terapeuter til gero-teamet er, at man i stedet har valgt at lade sine teams følge hjemmeplejens inddeling i områder. Set ud fra træningscentrets perspektiv er hjemmeplejen er en langt større organisation at samarbejde med end gero-teamet, og derfor er der større behov for at følge hjemmeplejens struktur – hvilket muliggør koordinationsmøder mellem færre professionelle – end at følge gero-teamets. Og som lægen i teamet gør opmærksom på, så fungerer det også fint, uden teamet fik deres løsning igennem, fordi flokken trods alt ikke er større, end at alle kan sidde om samme bord i træningscentrets frokoststue og kan nå at gennemgå hele patientlisten på en halv time.

Relationen til hjemmesygeplejen

Det første spørgsmål, der melder sig i forhold til hjemmesygeplejen, er ikke så meget relationen til hjemmesygeplejen, men snarere hvad forskellen mellem teamets sygeplejerske og hjemmesygeplejerskerne egentlig er de 3 dage om ugen, hvor sygeplejersken kører rundt til patienterne alene:

> *Interviewer*: Hvad er forskellen på dig og en hjemmesygeplejerske, når du kører alene?
>
> *Sygeplejerske:* Den er egentlig ikke så stor. Andet end at jeg jo skal følge op på alt det Poul [lægen, red.] ordinerer derude. Og hvis ikke de har hjemmesygeplejerske, så fungerer jeg som hende, indtil patienten er afsluttet. Og overgår til hjemmeplejen.
> *Interviewer:* Hvordan laver man den arbejdsdeling mellem dig og hjemmesygeplejen? Er du også en slags buffer i de tilfælde, hvor en patient endnu ikke har været igennem visitationssystemet og har fået tildelt hjemmesygepleje?
>
> *Sygeplejerske:* Ja, den rolle har jeg også. Og så har vi så godt et samarbejde med hjemmesygeplejen, at det er ikke noget problem.

Trods det store overlap i funktionerne fungerer samarbejdet i hverdagen med hjemmesygeplejen noget anderledes end samarbejdet med træningscentret. Teamet forklarer:

> *Interviewer*: Hvornår ser I hjemmesygeplejen?
> *Sygeplejersken:* Dem ser vi ikke så tit. Vi har ikke nogen strukturerede møder med dem. Når der er behov for det, så aftaler vi møder derude. Vi har jævnligt møder ude i hjemmene, men det er så om den specifikke patient og det specifikke problemkompleks. Men vi render jo jævnligt på dem. Det er jo en lille by og et lille sted. Der er meget korridorsnak. Og vi møder dem også via de aftalebøger, der ligger ude hos patienterne. Så skriver vi sammen. Og når vi har været på be

> søg, så skriver jeg et notat til hjemmesygeplejersken og faxer ned til dem, så de ved, hvad der er sket på hvert eneste besøg, vi har været på. Så de er altid holdt ajour.
>
> *Lægen:* Men det er jo også jævnligt at de skriver til dig. Der ligger jo noget til dig i faxen hver-hveranden dag om deres små observationer. På den måde bruger de også os. De ringer jo også tit. Men det er ikke formaliseret eller struktureret. Vi gør det, når der er behov for det. Og det har egentlig vist sig at være nok. Der er jo ikke så mange lægetimer i det her, og vi har jo fået flere patienter, end vi havde forestillet os. Så det er også for at spare på nogen lægetimer, for dem har vi ikke så mange af. De er noget af flaskehalsen i det her. Og vi har også lidt mere behov for at tale med træningscentret, end vi har for hele flokken af hjemmesygeplejersker.
>
> *Interviewer*: Hvorfor er det vigtigt at have kontakt med ergo- og fysioterapeuter? Du er jo læge, og du er sygeplejerske?
>
> *Sygeplejersken:* Det er ikke vigtigere, men kontakten til hjemmesygeplejen foregår på en anden måde. Jeg tror, jeg snakker med en af dem hver dag. Det kan være medicinændringer eller måske demente, der har fået en underlig adfærd. Der er mange ting.

Samarbejdet med hjemmesygeplejen er således ikke struktureret på samme måde som med træningscentret. Alligevel lader det til, at teamet hverken finder det problematisk, eller at den ene model generelt er at foretrække frem for den anden. I en praktisk hverdag skal mange hensyn afvejes – og ét af dem er hensynet til de 14 ugentlige lægetimer. Koordinationen foregår således ad hoc ude hos patienterne og er fokuseret på de individuelle forløb, hvor problemerne opstår.

Relationen til de praktiserende læger

Ligesom relationen til hjemmesygeplejerskerne foregår ad hoc er der heller intet struktureret eller formaliseret koordinationssamarbejde med de praktiserende læger i byen. Som svar på spørgsmålet, hvorfor der ikke er fælles konferencer med hjemmesygeplejen, kommer lægen i teamet selv ind på relationen til de praktiserende på denne måde:

> Man kunne lige så godt sige: Hvorfor sætter I jer ikke ned og snakker med de praktiserende læger en gang i mellem? Vi har i øjeblikket 50 patienter på listen, og der er kun 2 praksiser her i byen. Burde vi ikke sætte os ned en gang i mellem med dem? Jo, der ville sikkert komme noget frem. Jeg tror da nok, at det ville gøre samarbejdet endnu bedre. Og det ville det også gøre, hvis vi så hele flokken af hjemmesygeplejersker eller bare nogen, der var repræsentative. Men altså der har ikke været noget tvingende behov for det, og der er også nogen tidsmæssige aspekter.

Ræsonnementet er nært beslægtet med den problematik, som træningscentrets leder tidligere var inde på omkring liberaliseringen af hjemmeplejen: Jo flere lokale sundhedstilbud, jo mere lokal tilpasning. Men jo flere aktører netværket tæller, jo større koordinations- og samordningsopgave. Dette trade-off vil altid eksistere. I praksis handler det ikke om at eliminere det; det handler om at have blik for både forsiden og bagsiden af lokal tilpasning og finde en fornuftig måde at håndtere dette dilemma på. I citatet er lægen inde på, at flere møder ganske givet ville gøre samarbejdet endnu bedre, men som situationen er lige nu med antallet af henviste patienter og samarbejdsrelationen til de praktiserende læger, vurderer de praktikere, der

arbejder i feltet, at det ud fra en helhedsbetragtning ikke er en god idé at formalisere en mødefrekvens med de praktiserende læger.

Som vi så i relation til hjemmesygeplejen, så foregår koordination og samordning dog også på andre måder end ved formaliserede møder. Lægen forklarer:

> Vi forklarer patienten, at alt det, jeg dikterer, det går til egen læge. Hvor meget af det, de læser, det ved jeg ikke, og det er deres problem. Men alt går til dem. Vi laver ingen ordinationsændringer, som de ikke kan se samme dag og senest dagen efter. Så på den måde der synes jeg egentlig, at spillereglerne i forhold til praksissektoren fungerer udmærket.

Anvendelsen af IT betyder således, at de praktiserende læger kan følge med i de enkelte patientforløb og dermed har et informationsgrundlag, der gør dem i stand til at klare ”dagen og vejen” i forhold til patienter, som også behandles i regi af gero-team.

Alt i alt er samarbejdet og relationerne i det lokale sundhedsnetværk i Skagen karakteriseret ved forskellighed, altså ved lokal tilpasning – ikke bare af sundhedstilbud, men også af koordination og samordning. Risikoen er, at perioder som år 2000, hvor gero-teamet ifølge evalueringen havde mange henviste patienter, betyder, at koordination og samordning bliver nedprioriteret i forhold til udredning, pleje og behandling. Fordelen er, at der er fleksibilitet og dermed plads til at finde samarbejdsformer, hvor man på kortest mulig tid (idet gero-teamet er meget bevidst om at udnytte lægetimerne optimalt) får løst så mange direkte patientrelaterede problemstillinger som muligt.

Igen er det værd at bemærke, at der gør sig nogle særlige forhold gældende i forhold til Skagen, og de kan bedst summeres op på følgende vis:

> Det er jo fordelen ved at være et lille sted. Vi er ikke flere folk [i sundhedsnetværket i Skagen, red.], end at vi alle sammen godt ved, at dét der, det får ikke lov til at løbe af banen!

Det lokale sundhedsnetværk i Skagen er selvfølgelig ikke perfekt, og omorganiseringer det ene sted kan skabe problemer for andre enheder, som har brug for at koordinere i forhold til disse. Og med en nylig samling af hjemmesygeplejerskerne i en enhed for sig giver træningscentret fx udtryk for, at de *”mangler kontakten til hjemmesygeplejerskerne”*, idet de ikke længere deltager i de ugentlige møder på et kvarter, som træningscentrets teams har med hjemmehjælperne. Koordination og samordning er ikke en opgave, der løses en gang for alle. Det er et stykke kontinuert arbejde, som kræver opmærksomhed, fleksibilitet og tilpasning.

Det lokale sundhedsnetværk i Skagen viser nogle af de klare fordele ved mindre enheder. Ofte er der megen fokus på fordelene ved store enheder generelt, det være sig både stordriftsfordele, muligheden for specialisering (som antages at lede til kvalitet), og det der ofte benævnes ’faglig bæredygtighed’. Der er ingen tvivl om, at disse argumenter også er relevante i debatten om indretningen af sundhedsvæsenet. Denne case peger dog på, at netop på de områder, hvor der er store problemer med at skabe sammenhæng og koordination i patientforløbene – både for patienternes og ressourceudnyttelsens skyld, er der også klare fordele ved mindre enheder, der muliggør ad hoc koordinering, og hvor det er sværere for patienterne at blive væk, overset eller tabt i systemet.

Kampen mod gråzonerne

I Sygehus Vendsyssel’s beskrivelse af gero-teamet pointeres det, at et af formålene med teamet er at afhjælpe gråzoneproblematikker. Hvilke gråzoneproblematikker drejer det sig om, og er teamets praktikere overhovedet enige i, at det er det, de gør?

> *Lægen:* Det er jeg meget enig i! Gråzoneproblematikken den består i, at her har du en praktiserende læge, som tager sig af nogen hjørner af noget, fordi han har meget travlt. Han må jo stort set ikke være opsøgende i forhold til alt muligt andet. Her har du en hjemmepleje, der tager sig af det, de skal tage sig af. Så bliver patienten måske opereret eller indlagt af anden årsag, og så tager sygehussektoren sig af det, de skal. Og måske er der tale om noget genoptræning, og så henviser de til træningscentret, og alle de der klodser, de gør alle sammen det, de skal i situationen. Og den situation kan så godt vare en måned eller 2, hvis det er en indlæggelse og et efterfølgende forløb. Alle gør de det helt efter bogen. Der kan ikke sættes en finger rent fagligt på det, de har gjort. Der er bare ikke noget sammenhæng i det. Og folk de lander et eller andet sted imellem de der klumper, som hver for sig arbejder godt nok. Der synes jeg i al beskedenhed, at vi er gode til at gå ind og strukturere det og sige: Jamen nu går vi ind i en periode, og så trækker vi på sammen hammel eller finder ud af, hvad det her handler om, og hvor det skal hen. Og det er jo ikke bare os, der finder ud af det. Vi hjælper patienten og de pårørende med at finde ud af det. (...) Hvert hjørne løser deres. Og det er der, gråzonerne ligger, hvis du ikke får det struktureret, så cykler folk rundt. Og så går det måske godt en måned eller 2 eller 4. Og så vakler det lidt igen – men måske lidt på en anden front. Havde du så taget den anden front, den gang vi alligevel have fat, i forbindelse med en sygehusindlæggelse eller i forbindelse med et eller andet fx, så kunne det have været løst tværfagligt. Men nu er det jo heller ikke sådan, at vi sidder og trækker i alle tråde. Når du spørger til gråzoner, så gør jeg det lidt skematisk op. For selvfølgelig kan vi ikke styre alle de der sektorer. Men vi kan forsøge at sige, at nu samarbejder vi om det så godt vi kan.

Det første, som er værd at bemærke omkring gråzoneproblematikker generelt, det er, at de forskellige praktikere, administratorer og politikere anvender begrebet om noget forskelligt. Mht. genoptræningsområdet handler gråzonen om, at der før den yderligere lovgivning på området simpelthen ikke eksisterende nogen klar arbejdsdeling mellem amter og kommuner, som var specificeret i loven. Men som det fremgår af analysen af træningscentret, så bruges gråzonebegrebet også om den mængde af koordinations- og overleveringsopgaver, som skal løses i forbindelse med overgangen fra sekundær- til primærsektoren. I ovenstående anvender lægen i gero-teamet begrebet som betegnelse for de koordinations- og samordningsproblemer, der eksisterer både i sundhedssektoren generelt (inkl. hjemmehjælpen) og er en konsekvens af en vidtstrakt arbejdsdeling uden nogen tovholder eller overordnet koordinator udover patienten selv. Er patienten ressourcestærk, har denne både mindre at koordinere og bedre forudsætninger for at gøre det. Er patienten derimod mindre stærk, fx mere påvirket af sygdom eller alder og måske også demens, så er opgaven væsentligt større, og patientens forudsætninger for selv at løse den tilsvarende mindre. (Eventuelt stærke pårørende kan i nogen tilfælde fungere som ressourceperson og støtte for denne gruppe patienter.) Det er denne problematik, som lægen omtaler som en gråzoneproblematisk.

Alle de forskellige problemområder, som forskellige aktører omtaler som gråzoneproblemet, er centrale i dagens sundhedsvæsen. Skal de løses, er det helt centralt, at debatten om gråzoner skelner mellem de forskellige typer af problemstillinger, som begrebet kan dække over (og der er ganske givet flere end de her nævnte). Selvom nogle af disse problemkomplekser kan være relaterede og delvist overlappende, er det vigtigt at være præcis med de helt konkrete problemer for at finde løsninger, der virker i praksis.[18]

Helhedsløsninger kræver tid og ro

Som det fremgår, så er gero-teamets selvforståelse præget af rollen som koordinatorer og tovholdere. Teamet opfatter deres opgave som at 'finde ud af hvad, det her handler om, og hvor det skal hen' som lægen har udtrykt det. Det sker ud fra et bredt perspektiv, som ikke slutter ved traditionel medicin eller sygepleje, men søger at rumme hele patientens livssituation. Denne indstilling til arbejdet og formålet hermed har konsekvenser for den valgte arbejdsform, hvilket lægen forklarer således:

> Det med det uforklarede funktionstab [et af de områder gero-teamet skal tage sig af, red.], det går mere på, at det går ned ad bakke generelt i deres liv, at nogen ting vælter omkring dem eller for dem. Og der er det godt med den der brede arbejdsmetode at se på hvor meget af det her, der er helbred? Hvor meget af det er ensomhed? Hvor meget af det kunne klares via noget pleje? Hvor meget kunne klares via noget optræning? Man skal stille alle de der spørgsmål i rækkefølge, og du spørger jo i blinde, indtil du har været ude og kigge på patienten. Og det har den praktiserende læge ikke tid til. Han har ikke tid til at tage derud, hvis der ringer en datter og siger, min mor har det sådan og sådan, hvis det går ned ad bakke og der kommer nogen eksempler på, hvad et handler om. Jamen han har ikke tid til at tage derud og sige OK: Så tager vi det systematisk. For du skal først sætte dig ind i, hvordan har det fungeret før osv. Den slags patienter vil vi gerne have, for det kan vi ofte få sat skik på, inden det kommer så langt, at det vælter og fører til en indlæggelse. (...) Noget af det, der er vores berettigelse, det er, at vi kan og vil sætte tid af. Så må vi hellere komme noget sjældnere. Vi kommer ikke valsende ud og ind. Vi sætter som regel 45 minutter af til hvert besøg. Og til nybesøg, der sætter vi et sted mellem en time og halvanden af. Og det er heller ikke altid, vi når det på det første besøg, selvom vi har sat halvanden time af. Så må vi derud en gang mere, og så starter vi derfra, hvor vi nåede til. For der skal også være tid nok til, at vi kan signalere, at vi har tid til at høre på dem. Ellers kan det være det samme med det klientel, vi har!

Gero-teamet har således en klar holdning til prioriteringen af deres arbejde og dermed også til, hvordan de må organisere sig i hverdagen, for at det helhedsorienterede tovholderperspektiv kan realiseres i praksis. Og her er både tid og det at komme hjem til patienten centrale parametre. Det har så til gengæld konsekvenser for besøgsfrekvensen, som bliver underordnet prioriteringen af at have god tid til hvert besøg – specielt i begyndelsen.

Et praktiker-perpektiv møder regler

Moderne organisationer er karakteriseret ved formalisering via standarder, procedurer, systemer – ja kort sagt via forskellige typer af regler.[19] Regler får ofte skyld for meget, bl.a. i udtryk som "stive regler", "regelrytteri" og "regler er til for reglernes skyld". Regler kan betegnes som sluser, der muliggør bestemte typer af handlinger og forhindrer andre. De er noget, vi oftest støder ind i, når de irriterer os, og vi gerne ville have mulighed for at gøre noget andet. Men kunne vi så ikke bare afskaffe dem? Hvad godt gør de? Reglers vigtigste funktion er, at de giver en tempofordel: Vi behøver ikke altid at overveje, hvad vi skal gøre i en given situation og dernæst tage beslutning. Vi skal i stedet kende og følge regler og procedurer. Beslutningstagning er ikke en gratis affære i organiseret liv. Der skal undersøges, findes muligheder, overvejes og besluttes. Derfor kan regler give en tempofordel.

Én type regler er dem, vi lægger til grund for arbejdsdeling (også kaldet specialisering), og som analysen af træningscentret bl.a. handler om. Her bliver fremdraget, at det også tager tid

at etablere og vedligeholde regler for arbejdsdeling, og at disse skal være meget detaljerede for at undgå gråzoner.

Udgangspunktet i denne analyse er, at regler i sig selv hverken er af det gode eller af det onde. Regler er fænomener, som udgør et grundvilkår i moderne organisationer og giver anledning til bestemte former for dilemmaer i og omkring organisationer, der skal håndteres i praksis.

Som led i den formaliserede arbejdsdeling i sundhedsvæsenet er der lavet regler for, hvem gero-teamet skal behandle, og grænsen er trukket ved ældre over 65 år. Men som lægen pointerede i indledningen, så handler gero-teamets virke for ham at se om ældres problemer *primært*. Gero-teamets indstilling til deres virke er nemlig funderet i et lidt andet perspektiv. Nedenstående illustrerer de dilemmaer og perspektivforskelle, som aldersreglen giver anledning til i praksis. Først præsenteres et uddrag om gero-teamet fra Årsberetning 2000 for Sundhedsaftalen og dernæst en udtalelse fra teamets læge:

> ”Det er faldet nogen for brystet, at teamet har behandlet en enkelt meget ung terminalpatient, som havde et udtalt ønske om terminalpleje i hjemmet. Det fandt vi relevant, da ønsket fra patient og samlever herom var stort, og da alternativet utvivlsomt havde været et ikke ubetydeligt antal indlæggelsesdage”.
>
> *Lægen*: Vi snyder lidt en gang imellem aldersmæssigt. Hvis vi er dem, der har de bedste værktøjer til det – så gør vi det. Jeg ved ikke, om du hørte det eksempel nede til konferencen [med træningscentrets terapeuter, red.], hvor vi bliver spurgt om en 50-årig kvinde, som vi kender løseligt. Hun er egentlig ikke vores aldersgruppe, men hvis man mener, at den måde vi går ind og arbejder meget koordinerende og tværfagligt er den bedste måde at forsøge at løse det på, så tager vi også nogen ind, som er lidt yngre end folkepensionsalderen

Der er ingen tvivl om, at teamet er helt bevidst om, at de så at sige ”snyder lidt på vægten”, men det sker, fordi de finder, at reglen kolliderer med, hvad der i et større perspektiv er den mest fornuftige løsning i et givent patientforløb. I det ene tilfælde blev alternativet skønnet til et ”ikke ubetydeligt antal indlæggelsesdage” samt en yngre patient med samlever, der ikke ville få opfyldt sit ønske om at dø hjemme. I det andet tilfælde en kompliceret 50-årig, som nogen i det lokale sundhedsnetværk var nødt til at tage sig af – og hvis hjemmeplejen, træningscentret og gero-teamet er enige om, at opgaven løses bedst af gero-teamet, så kommer dette synspunkt i praksis til at vægte højere end reglen om aldersafgrænsning. Således laver aktørerne i det lokale sundhedsnetværk deres egne fortolkninger af, hvornår reglerne virker fornuftigt og som tempofordele, og hvornår de virker blokerende for det, de i fællesskab mener er den mest fornuftige løsning set ud fra et bredere perspektiv. Dette giver netværket en vis fleksibilitet med hensyn til opgaveløsningen. Denne form for fleksibilitet er efter al sandsynlighed afhængig af netværkets størrelse: Regler er nemmere at bryde, og en konkret situationsbestemt fornuft har lettere ved at komme i spil i små systemer, hvor aktørerne kender hinanden, end i store hvor det personlige kendskab bliver svært overkommeligt og man derfor i højere grad må holde sig til mere abstrakte og generelle regler.

Gero-team sparer indlæggelser – men det er ikke formålet

Som før nævnt er gero-teamet blevet evalueret[20] Her sammenlignes forbruget af hospitalsydelser på gero-teams for 239 patienter i 2001 for 4 perioder af 6 måneder hhv. før og efter kontakten til teamet. Evalueringen viser, at det totale antal dage, som teamets patienter tilbragte på sygehus, næsten er halveret i det første år efter kontakten med gero-teamet. Sammenlignes perioden 13-24 måneder *efter* kontakten med gero-teamet med perioden 13-24 måneder *før* kontakten, forsvinder den effekt, som blev opnået det første år efter kontakten med

gero-teamet. Imidlertid peger evalueringen på, at patienterne i den sidste periode er blevet gennemsnitligt 3 år ældre fra *før* til *efter*-perioden, og at stigende alder i sig selv er én af de allerstærkeste risikofaktorer for at blive indlagt på sygehus. Den aftagende effekt er således ikke overraskende.

Gero-teamet sparer indlæggelser, som koster penge, ligesom det ikke er i patienternes interesse at blive indlagt, hvis det kan undgås. Teamet er fuldt ud klar over, at det er en vigtig parameter mht. at skabe opbakning til teamet i form af ekstern legitimitet. Men derfra og til at betragte denne besparelse som et mål i sig selv er langt. Lægen forklarer, hvordan han anskuer sagen:

> Vi er meget opmærksomme på, at vi skal forsøge at undgå unødige indlæggelser, men vi skal ikke undgå at indlægge. Og det sker da jævnligt, at vi selv vælger at indlægge, for mange af dem vi har, de er dårlige. Rigtigt dårlige! Vores primære tanke i hverdagen er ikke at spare sengedage. Hvis de skal indlægges, så skal de indlægges. Hvis de er bedre tjent med det, så skal de det. Men det er én af de positive effekter, at gero-teamet sparer sengedage. Og det er én af de effekter, vi kan sælge det på.

Formålet for gero-teamet kan dermed opsummeres til at finde de bedste helhedsløsninger under de givne rammer. Helheden skal ses både i relation til forskellige perspektiver: Det medicinske, det plejemæssige samt sociale og psykologiske forhold, men også i forhold til andre aktører og muligheder i det lokale sundhedsnetværk. De givne rammer handler hovedsagelig om de tidsmæssige ressourcer, som teamet har til rådighed. At dette helhedsperspektiv i praksis viser sig at halvere forbruget af sengedage det første år efter gero-team kontakt må betragtes som en yderst heldig ”bivirkning” for alle implicerede parter og interessenter.

Taknemmelige patienter og arbejdsglæde i sundhedsvæsenet

Enhver, der har bevæget sig rundt på gulvet i nogle af sundhedsvæsenets mange frontlinjer, er klar over, at der hver eneste dag udspiller sig myriader af scener, hvor glade og taknemmelige patienter direkte giver udtryk for tilfredshed overfor et sundhedspersonale, som føler glæde ved det arbejde, de udfører. Alligevel fylder ”krævende patienter” – eller endnu værre ”patienter med besværlige pårørende”, dårligt psykisk arbejdsmiljø, manglende arbejdsglæde og engagement blandt de ansatte i sundhedssektoren – meget i debatten om væsenets tilstand.[21] Disse caseundersøgelser kan selvfølgelig intet generelt sige om hverken patienternes eller sundhedspersonalets tilstand, men det er alligevel værd at bemærke, at de interviewede frontlinjemedarbejdere, som har fået mulighed for at arbejde med et lokalt tilpasset sundhedstilbud, de virkelig tror på og ofte selv har været entreprenører i, generelt giver udtryk for stor grad af arbejdsglæde, ligesom de bliver mødt med positive reaktioner fra de patienter og borgere, de er i kontakt med. Det er derfor værd at fremhæve dette citat fra lægen i gero-teamet:

> Der er en stor arbejdsglæde i det her. Vi møder jo en enorm taknemmelighed. Jeg synes virkelig folk er meget meget flinke til spontant at fortælle os, at de er tilfredse. Vi får megen respons for nu at sige det lidt mere neutralt. Så det er nogle andre ting, vi lægger mærke til i hverdagen, end om der spares penge.

Perspektiver på genoptrænings- og ældreområdet

De perspektiver som trækkes frem her, er alle nævnt i analysen, og følgende er således opsummerende.

Den vigtigste pointe i denne analyse, har været *en massiv påpegning af sammenhænge*: Ikke bare sammenhænge i betydningen kontinuitet i patientforløb, men eksisterende sammenhænge

mellem forskellige aktørers indsats. Sammenhængen mellem indsatsen på træningsområdet og indsatsen på ældreområdet har været fremdraget, og her tænkes både på den amtslige og den kommunale del af ældreområdet. Derfor er overskriften på denne afrunding også udviddet til at inkludere ældreområdet. Ret beset burde der stå ”borgere som har brug for hjælp (evt. til selvhjælp)”. Langt størstedelen af disse er ældre. Men ikke alle, som det påpeges i analysen.

Helt konkret peger lederen af træningscentret specielt på *sammenhængen mellem praktisk hjemmehjælp og træning*, og på det uudnyttede substitueringspotentiale der ligger mellem de to typer af ydelser. At udnytte dette potentiale – til alles fordel – ville kræve en ændret sammentænkning af ydelser og en ændret personalesammensætning specielt i kommunerne.

Pointen omkring eksisterende sammenhænge gælder i vidt omfang for alle caseanalyser i denne rapport: Det er vigtigt at have for øje, at *adskillelser i ”områder”, selvfølgelig altid vil være kunstige opdelinger*. I praksis er disse såkaldte områder vævet tæt sammen. Ikke sådan at forstå, at integrationen og samarbejdet mellem aktører altid er så tæt, som patienterne kunne ønske sig. Men sådan at forstå, at områderne uundgåeligt påvirker hinanden, og at mange praktikere ikke skelner så skarpt som rapportens opdeling af områder indikerer. Dette er en styrke ved sundhedsvæsenet, og et første skridt på vejen mod sammenhængende patientforløb.

Angående det at skabe sammenhængende patientforløb og en koordineret indsats overfor borgerne peger casen på, at forskellige *markedsgørelsesmekanismer også skaber en vækst i samordningsopgaven*. Motoren i teorien om markedsmekanismer er antagelsen om virkningen af flere udbydere (konkurrence) og af autonome købere hhv. sælgere. Skabelsen af disse forudsætninger for markedsmekanismer betyder i praksis flere aktører, niveauer og led i patientforløbene, hvilket selvfølgelig skaber mere samordnings- og koordinationarbejde. I sig selv er dette ikke fremdraget af praktikerne som nogen principiel kritik af markedsmekanismer – men i stedet blot en påpegning af det *usynlige arbejde* der opstår side om side med de anslåede gevinster. Når der skal tages stilling til hvorvidt, hvor og hvordan markedsmekanismer skal anvendes i den offentlige sektor, er det vigtigt at have alle aspekter med. Specielt i en tid hvor sammenhæng, kontinuitet og samordning er så højt på dagsordnen.

Analysen peger på, at *sammenhængende patientforløb kræver et højt niveau af fokus på organisatoriske relationer og overleveringer*. Ikke blot på egne ydelser og patientforløb indenfor enkeltenheders organisatoriske grænser – det være sig hospitalsafdelinger, specialinstitutioner, centre mv. Den manglende sammenhæng er ikke blot et problem fordi patienterne ikke får en positiv oplevelse af væsenet – det handler i lige så høj grad om dårlig udnyttelse af ressourcer og tabte nuligheder for læring, hver gang en ny aktør starter forfra på egne præmisser.

Med hensyn til debatten om gråzoner har analysen af sundhedsnetværket i Skagen peget på, at *der findes mange forskellige problemstillinger, der alt efter hvem man spørger, benævnes ”gråzone-problemet”*. Dette er ikke i sig selv problematisk, men det bliver det, hvis man ikke er sig disse forskelle bevidst i en debat om ”gråzoner”. Løsning af problemer kræver en præcis diagnose. Hvis ordet gråzoner i debatten om sundhedsvæsenets indretning bliver en løs samlebetegnelse for et væld af forskellige typer af organisatoriske problemer i sundhedsvæsenet, har vi et ringe og upræcist grundlag for at løse disse problemer.

Med hensyn til debatten om udgående teams eller andre typer af udgående specialistfunktioner, peger analysen af gero-teamet på, at *udgående teams ikke ’bare’ er et spørgemål om at det er bekvemt for borgerne, at de ikke skal transportere sig til hospitalet*. Ud fra et helhedsorienteret (i dette tilfælde: gerontologisk) perspektiv, som søger at få et både realistisk og præcist billede af patientens situation, ressourcer og muligheder, er det helt centralt at journaloptag, udredning og behandling i så vidt omfang som muligt foregår i hjemmet. Udgående teams skal ikke kun løse bio-medicinske problemstillinger. Udgående teams skal finde så varige

løsninger som muligt på en kompliceret situation. Det kræver mere og bredere information end den, som kan indhentes under en hospitalsindlæggelse – der muligvis kunne have været undgået.

Datagrundlag, litteratur og noter

Dataindsamlingen om de lokale sundhedstilbud i Skagen består af følgende dokumenter samt interviews og observationer:

- Interview med leder af Skagen Træningscenter *fysioterapeut Kirsten Thaisen.*
- Interview med leder af Ergo-/Fysioterapien på Frederikshavn Sygehus *Lone Guldbæk Kristensen.*
- Observation af fælles konference mellem gero-teamet og træningscentrets terapeuter.
- Dobbeltinterview med gero-teamet bestående af *sygeplejerske Trine Sørensen og læge Poul Kristensen.*
- Interview med en kommunal områdeleder af den integrerede pleje *sygeplejerske Anette Klitgaard.*
- Interview med en *hjemmesygeplejerske Marianne Axelsen.*

Litteratur

Engberg et al. (2000 a)
Engberg L, Søgaard J, Tang K. ”Kortlægning af ressourceforbruget på kommunalt niveau til træning af ældre – en sammenligning af 1996 og 1999 med hovedvægten på genoptræning”. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2000.

Engberg et al. (2000 b)
Engberg L & Tang K. ”Genoptræning af ældre i kommunerne – baseret på seks interviews”. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2000.

Nordjyllands Amt, Aalborg Sygehus og Århus Universitet (2002)
Evaluering af Projekt Gero-team, Skagen Sygehus. Udarbejdet af afdelingen for Sygesikring og Sundhedsfremme i Nordjyllands Amt i samarbejde med Klinisk Epidemiologisk Afdeling, Aalborg Sygehus og Århus Universitet. Aalborg, 2002.

Opgavekommissionen (1998)
Fordelingen af opgaver i den offentlige sektor. København: Indenrigsministeriet, 1998. (Betænkning nr. 1366)

Pedersen (2003)
Præsentation af Træningscenter Skagen ved fuldmægtig Henrik H. Pedersen, Nordjyllands Amt *(*Socialministeriets konference om ”Samarbejde mellem amt og kommune - om genoptræning af ældre”, sept. 2003).

Ribe Amt (2000)
Genoptræning – kommune & amt. En rapport fra arbejdsgruppen i Ribe Amt, afdelingen for Sundhed, Kvalitet og Udvikling. Ribe, 2002.

Sundhedsministeriet (1994)
Mellem to stole – Temaoplæg om genoptræning og de dermed forbundne pleje- og omsorgsopgaver, København, 1994.

Skagen Sygehus og Skagen kommune (1997)
Rapport vedrørende etablering af fælles træningscenter for Skagen kommune og Skagen Sygehus. Frederikshavn: Skagen, 1997.

Skagen Sygehus (1998)
”Projektbeskrivelse vedrørende etablering af Gero-team funktion på Skagen Sygehus” (30. november 1998).

Noter

[3] Se bl.a. Engberg et al. (2000 a), Ribe Amt (2002), Sundhedsministeriet (1994).
[4] Sundhedsministeriet (1994).
[5] Opgavekommissionen (1998).
[6] Følgende er centrale lovbestemmelser for genoptræning i hhv. amtsligt og primærkommunalt regi:
Lovbekendtgørelse 534 i medfør af Lov om Sygehusvæsen §5 f:
§1. Amtskommunen eller Hovedstadens Sygehusfællesskab skal tilbyde en genoptræningsplan til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning ved udskrivning fra sygehus. Genoptræningsplanen skal være skriftlig.
§2. Genoptræningsplanen skal udarbejdes sammen med patienten. Mangler patienten evnen til at give informeret samtykke, skal sygehuset tilbyde at udarbejde genoptræningsplanen sammen med patientens pårørende.
Lov om social service:
§73 a. Kommunalbestyrelsen har pligt til at tilbyde genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse.
[7] Ribe Amt (2000).
[8] Amtsrådsforeningens spørgeskemaundersøgelse om lokale sundhedstilbud. publiceret på adressen: www.arf.dk/Strukturkommissionen/Sundhed/Analyser/UdgaaendeTeamsOgLokaleSundhedstilbud
[9] Præsentation af formålet med Skagen Træningscenter på centrets hjemmeside under /www.frederikshavn-skagen-sygehus.dk
[10] Skagen Sygehus er under lukning. De sidste 6 sengepladser blev lukket 1. januar 2004. Ved dataindsamlingens ophør var bygningernes fremtid ikke afklaret, ligesom det ikke var afklaret, om og i hvilket ambulante funktioner ville blive bibeholdt i Skagen. Geroteamets fremtid var heller ikke afklaret.
[11] Det er værd at bemærke, at træningscentrets leder har mange års erfaring fra den kommunale sektor andre steder i Danmark, og at hun søgte til Skagen *efter* etableringen af centret.
[12] Sundhedsøkonomen Kjeld Møller Petersen betegner samordning som en ”evig aktuel problemstilling”, bl.a. med reference til, at Indenrigsministeren allerede i 1995 nedsatte et Samordningsudvalg, som stod bag betænkningen ”Samordning i sundhedsvæsenet” (nr.1044).
[13] Se fx Mintzberg (1979): *“The Structuring of Organizations”*, Prentice-Hall.
[14] Se fx Karsten Vrangbæk: *”New Public Management i sygehusfeltet – udformning og konsekvenser”* og Peter Kragh Jespersen: *”New Public Management reformers betydning for den administrative og lægefaglige profession i sygehusorganisationen”*, begge i Borum (red.) ”Når styringsambitioner møder praksis”, Handelshøjskolens Forlang 1999.
[15] Teamets læge er almenmediciner med 15 års erfaring fra Skagen Sygehus og tidligere ansættelser på diverse medicinske og kirurgiske hospitalsafdelinger. Sygeplejersken har været ansat på Skagen Sygehus i 10 år, har i 5 år været afdelingssygeplejerske på et plejehjem og 1½ år på en skærmet enhed for demente i Skagen. Inden opstarten af teamet var de på et 3 måneders oplæringsforløb ved geriatrisk team på Aalborg sygehus, hvorfra de blev evalueret skriftligt. Lægen forklarer, at de derefter *”mente at det var forsvarligt at slippe sådan nogen som os løs heroppe i et geriatrisk team. Og det har vi et papir på hver især.”*
[16] Nordjyllands Amt, Aalborg Sygehus og Århus Universitet (2002).
[17] Nordjyllands Amt, Aalborg Sygehus og Århus Universitet (2002).
[18] Det bør understreges, at denne pointe på ingen måde er rettet mod de praktikere i de to cases, som bruger begrebet gråzone-problematik forskelligt. Ingen anvendelse er mere korrekt end en anden. Pointen angår en ofte diffus, generel og upræcis debat, som kræver præcisering og nuancering for, at konkrete problemer kan kobles til konkrete løsninger. De interviewede praktikerne er særdeles præcise omkring hvilke problemstillinger, de ser, og hvilke løsninger de mener er rigtige.
[19] Se fx Max Weber (1922) *“Makt og byråkrati“* kapitel 5, denne udgave 2000, Gyldendal Norsk Forlag, og Charles Perrow (1993) *”Complex Organizations”* kapitel 1, 3rd. edition, McGraw Hill.
[20] Nordjyllands Amt, Aalborg Sygehus og Århus Universitet (2002).
[21] Der kan blandt andet findes hjemmel for disse synspunkter i Lægeforeningens ”Arbejdsvilkårsundersøgelse”, 2000.

Forebyggelsesområdet

”Motion på recept” og Diabetesundervisning i Ribe Amt

Denne case handler om forebyggelse med specielt fokus på diabetesområdet i Ribe Amt og Grindsted Kommune. To tilbud beskrives: Motion på Recept og Diabetesundervisning ved Diabetescenter Øst (Grindsted Sygehus).

Forebyggelsesområdet er generelt organiseret anderledes end de øvrige tre områder i denne rapport. Der findes ikke institutioner eller organisationer med forebyggelse som primært formål på samme måde, som man kan finde det inden for fx genoptræningsområdet, ældreplejen eller de deciderede lokale sundhedscentre.

Forebyggelse har i højere grad karakter af projekter og ordninger, der sættes i værk mere eller mindre midlertidigt, hvoraf nogle selvfølgelig bliver permanente. Oftest foregår det via de allerede eksisterende institutioner i sundhedsvæsenet (fx forebyggelsessamtaler i hospitalsregi[22], patientskoler ved sygehusambulatorier, forebyggelsessamtaler i almen praksis etc.).

Disse grundvilkår afspejles også i denne case, hvor diabetesundervisningen er opstået i tilknytning til ambulatoriet på Grindsted Sygehus, mens Motion på Recept (herefter MPR) bedst kan betegnes som et forsøgsprojekt, der i sin form bygger meget bevidst på allerede etablerede strukturer og organisationer i sundhedsvæsenet, men som indholdsmæssigt søger at introducere en ganske ny type ydelse.

Forebyggelse, diabetes og motion

Inden analysen af de to lokale sundhedstilbud præsenteres grundlæggende baggrundsviden om forebyggelsestyper, diabetes, samt om hvilken rolle motion spiller i denne sammenhæng. Datagrundlaget for analyserne, herunder informanter, er beskrevet i slutningen af casen, hvor noter ligeledes befinder sig.

Typer af forebyggelse

Der skelnes overordnet set mellem tre former for forebyggelse[23]:

- *Primær forebyggelse*: Rettet mod *raske* uden øget risiko med det formål at forhindre, at sygdom overhovedet opstår, og at sundheden bevares. *Sundhedsfremme* er en del af den primære forebyggelse.
- *Sekundær forebyggelse*: Rettet mod raske med *øget risiko* for sygdom med det formål at forhindre (fortsat) udvikling af sygdom. Indsatsen består i at opspore symptomer og sygdomme i tidlige stadier hos personer, som er i øget risiko for at blive syge.
- *Tertiær forebyggelse*: Rettet mod *syge* med det formål at mindske sygdommens omfang. Indsatsen består i at forhindre tilbagefald og forværring af sygdom samt forhindre kroniske tilstande og funktionsnedsættelse som følge af sygdom. Den tertiære forebyggelse kan i praksis være endog meget svær at skelne fra (god) behandling, rehabilitering og/eller revalidering.

Diabetes

Diabetes findes i to former; type 1 og type 2.[24] Indtil opdagelsen af insulin var diabetes *type 1* en dødelig sygdom. I dag kan de omkring 50.000 danskere, der lider af type 1, ved hjælp af insulin og regelmæssige spisevaner leve et næsten symptomfrit liv.

Den livsstilsbetingede diabetes *type 2* er til gengæld et stigende samfundsproblem, og er i dag langt mere truende end type 1. ”Gammelmandssukkersyge” eller ”livsstilsdiabetes” er i dag så udbredt, at den kaldes en folkesygdom. MTV’en om type 2-diabetes estimerer, at sygdommen bliver en af de største sundhedsmæssige udfordringer for det danske sundhedsvæsen i de kommende år. Sammenlagt anslås, at mellem 200.000 og 300.000 danskere lider af sygdommen. Af disse ved ca. 50% det ikke.

Diabetes kan i sig selv give generende symptomer, men den væsentligste årsag til, at diabetes er en stor og omkostningstung sygdom er, at den kan føre til en række diabetiske komplikationer, som kan have meget alvorlige konsekvenser for patientens sundhedstilstand på længere sigt. Blandt de alvorlige følger er fx forøget risiko for hjerte-karsygdomme, øjensygdomme med risiko for nedsat syn eller blindhed, nyresygdomme med risiko for nyresvigt samt nervesygdomme med risiko for sår og nedsat følsomhed i fødder og ben – i værste fald koldbrand og amputation.

Forekomsten af type 2-diabetes er stigende, og denne udvikling ser ud til at fortsætte. Den øgede forekomst af diabetes forklares primært ved ændret livsstil præget af nedsat fysisk aktivitet og øget forekomst af fedme. Fedme forklarer formentlig omkring 75% af al type 2-diabetes.[25] Når der i det følgende skrives ’diabetes’. menes type 2-diabetes.

Forebyggelse af diabetes

Den *primære forebyggelse* af diabetes retter sig mod opretholdelse eller opnåelse af normal vægt gennem fysisk aktivitet og indtagelse af hensigtsmæssig kost.

Sekundær forebyggelse af diabetes handler om at mindske antallet af personer i risikogruppen, som er der pga. livsstil (altså fx ikke pga. arv). Det vil i praksis oftest være overvægtige, som får for lidt motion.

Tertiær forebyggelse af diabetes sigter mod at undgå udviklingen af følgesygdomme. Dette kan ske ved, at patienter undervises i egenomsorg, så de kender deres sygdom og ved, hvilken gavn de kan have af rygestop, vægttab, kostomlægning, motion samt medicin og kender betydningen af regelmæssig undersøgelse for forekomsten af sendiabetiske komplikationer.

Motion virker forebyggende på diabetes. Den mulige fysiske gevinst kan blive meget stor, idet motion kan hjælpe til at nedbringe overvægt, forhøjet blodtryk og øget fedtindhold i blodet. Regelmæssig fysisk aktivitet kan derfor mindske risikoen for at udvikle sukkersyge (primær og sekundær forebyggelse). Og er sygdommen allerede opstået, kan fysisk aktivitet bruges som led i behandlingen af sygdommen, hvorved medicinsk behandling kan udskydes eller måske helt undgås. Årsagen hertil er, at fysisk aktivitet øger kroppens følsomhed overfor insulin. En aktiv person skal derfor bruge mindre insulin til at regulere optagelsen af sukker og fedt i cellerne[26].

Udover de fysiske gevinster er der også psykiske og sociale gevinster at hente gennem motion. Type 2 diabetes rammer oftest mennesker, der har nået en vis alder, og måske ikke tidligere har dyrket motion. Derfor er det vigtigt at finde frem til en form for motion, som passer til den enkelte.

Fordi motion er et centralt element i forebyggelse af diabetes, fokuseres der i denne case på en ordning i Ribe Amt, hvor praktiserende læger kan ordinere motion på recept. Desuden be

handles et mere traditionelt forebyggelsestiltag overfor diabetespatienter, nemlig patientundervisning foretaget af en diabetessygeplejerske ansat ved diabetesambulatoriet på Grindsted Sygehus.

Motion på recept

MPR består kort fortalt i, at praktiserende læger ved bestemte diagnoser[27] kan udstede en recept i form af en henvisning til et 3 måneders motionstilbud, der består af 2 gange ugentlig træning i hold hos en fysioterapeut. Projektet har kørt i Ribe Amt som en etårig forsøgsordning siden 2002 og forlænges nu i yderligere ét år.

Praktisk organisering

Det første år havde projektet en kapacitet på 200 patienter fordelt på 4 kommuner. Projektets faser blev startet forskudt, således at det startede i Ribe Kommune i november 2002, i Varde januar 2003, i Grindsted marts 2003 og i Esbjerg Kommune i april 2003. I disse kommuner har ca. 60 læger udskrevet MPR (ca. 50% af amtets læger). Én fysioterapiklinik i hver kommune er valgt til at yde selve træningsydelsen.

MPR er et behandlingsforløb, der udover patienten involverer forskellige andre aktører i sundhedsvæsnet. Nedenstående er en illustration af forløbets centrale elementer og aktører: Patienten (PT), praktiserende læge (PL), fysioterapeuten (FYS) og diætisten (DT).

1) Første konsultation hos PL
- PL vurderer om motion er relevant.
- PL udleverer materiale og orienterer PT om tilbuddet.

2) Anden konsultation hos PL
- PL drøfter tilbuddet med PT.
- Hvis PT siger ja, tages prøver, som sendes i kopi til FYS.

3) PT går til FYS
- I samarbejde laves en "*Sundhedsprofil*" om motions- og kostvaner, og der foretages målinger af bl.a. kondition.
- I samarbejde laves 3 mdr.s *træningsforløb* og *handleplan*.

4) DT
- Mindre forløb med fokus på kostvaner.

5) PT træner hos FYS
- PT træner på hold hos FYS.
- PT dyrker i løbet af de 3 mdr. mere og mere motion udenfor fysioterapiklinikken .
- FYS formidler kontakt til motionstilbud i nærmiljøet.
- PT laver en handleplan, der sikrer min. 30 minutters daglig fysisk aktivitet fremover.

6) Kontrol hos PL
- PL vurderer resultat og medicinsk behandling.

7) PT træner alene
- PT træner selv og er gået fra fysisk inaktiv til fysisk aktiv.

Figur: Oversigt over faserne i Motion på recept i Ribe Amt.28 [Egen tilvirkning]

Når MPR i Ribe endte med at blive et decideret koncept, der involverer flere typer af professionelle og løber over længere tid, som figur 1 illustrerer, så skyldes det ifølge lederen af amtets afdeling for Sundhed, Kvalitet og Udvikling, Lars Iversen[29] følgende ræsonnement:

> Mit ræsonnement var, at skal vi i gang med det her, så gør vi det business class: Altså i stor skala omfattende tilbud byggende på etablerede strukturer – ikke noget med en lille folder i et venteværelse, hvor man bliver opfordret til at motionere. Men virkelig prøve at tænke igennem, hvad skal der egentlig til, og så opbygge et patientforløb, som også opfylder de såkaldte træningsfysiologiske krav, altså i træningsintensitet og omfang: Hvornår kan vi forvente, at de forbedrer sig osv. Der var et stort ambitionsniveau, om at få koblet det til lokalområdet: lokale idrætsforeninger og klubber osv., så patienterne så at sige kom til tre måneders træning med henblik på at kunne træne videre selv.

Det var således helt fra starten ambitionen at slå det stort op. Filosofien var, at skulle det gøre en reel forskel, så krævede det en vis størrelse og et vist niveau – som Iversen udtrykker det. Enten business class eller ingenting!

Som citatet indikerer, så er lederen af amtets afdeling for Sundhed, Kvalitet og Udvikling, Lars Iversen, idémanden bag MPR og derfor den praktiker, som har udtænkt både konceptet og dets konkrete udformning og implementering. Iversen er den centrale amtslige aktør i forhold til MPR, og når der i det følgende refereres til 'amtet', er der tale om Iversen, som i denne sammenhæng repræsenterer amtet.

Inspirationen

Idéen til MPR i Ribe kom ifølge Iversen fra Malmø, hvor der findes en ordning med 16 såkaldte "fysioteker" i Malmø og den omkringliggende region. På fysiotekerne mødes patienterne af fysioterapeuter og sygeplejersker, som vejleder dem og etablerer kontakt til træningstilbud i nærheden, hvor særligt uddannede instruktører tager sig af det videre forløb.

Helt konkret var den direkte anledning en artikel i Ugeskrift for Læger, som amtets sundhedsudvalgsformand præsenterede for Iversen. Hermed var projektet i gang. Men også andre lokale forhold gjorde projektet interessant, nemlig en kraftig stigning i de medicinudgifter, som amtet yder tilskud til.

Har vi råd? – til at lade være?

Et ofte fremført og generelt problem omkring forebyggelse er, at det på kort sigt kun anses for at være en udgift, og at de besparelser, der eventuelt måtte komme, først viser sig på lang sigt. Det der derfor vanskeligt at få løftet forebyggelsesopgaven, fordi det antages, at forebyggelse udelukkende er en langsigtet strategi, som på kort sigt kun vil kunne registreres som en udgift. Og det er ikke opskriften på et populært politisk satsningsområde. Dette afsnit ser derfor nærmere på økonomien bag projektet i Ribe og de økonomiske ræsonnementer bag.[30]

Den praktiserende læges ydelser afholdes i henhold til overenskomsten. Fysioterapeutklinikken bemandes med fysioterapeuter og klinisk diætist. Den seneste overenskomst for fysioterapi åbner mulighed for at betale for ydelser vedrørende sundhedsfremme og livsstil. Således udgør budgettet for MPR (udgifter pr. patient):

Første konsultation hos fysioterapeut samt første sundhedsprofil:	614 kr.
Optagelse af opfølgende sundhedsprofil: 4 x 45 min. (à 420 kr./ time)	1.260 kr.
Træning i hold, 24 timer	2.800 kr.
Kostrådgivning	300 kr.
I alt	**4.974 kr.**

Af den samlede udgift kan sygesikringen afholde udgiften til første konsultation hos fysioterapeut;, patienten yder 750 kr. i brugerbetaling, og amtet yder 4.250 kr. i tilskud. Det samlede budget for de 200 patienter i forsøgsperiodens første år er således 850.000 kr. – ekskl. udgifter afholdt via praktiserende læger.

I Ribe ses MPR ikke udelukkende som en langsigtet strategi. Det er klart, at MPR *også* har effekter, som først viser sig på længere sigt, men en væsentlig del af motivationen bag MPR er imidlertid, at motionen skaber en umiddelbar nedsættelse i medicinforbruget, som mærkes

på endog meget kort sigt. Og ses på fordelingen af udgifter til de forskellige typer af ydelser under sygesikringen i 2002, så tegner udgifterne til medicin sig for 38%.[31] Hertil kommer, at Ribe Amt ifølge Iversen har oplevet en kraftig vækst i medicinudgifterne.

Der er findes endnu ingen opgørelse over, i hvilket omfang det i praksis er lykkedes at spare medicinudgifter som følge af MPR, men en større evaluering er undervejs i et 3-årigt ph.d.-forløb i regi af Syddansk Universitet, og den vil bl.a. afklare dette spørgsmål.

Et andet område, hvor der er kontante fordele for amtet, er besparelser på indlæggelser, specielt blandt kronikerne. Iversen forklarer:

> I øjeblikket har vi her i Ribe 50% flere indlæggelser på lungeområdet end vores naboamt. Vi bruger 8-9 mio. kr. på lungepatienter. Så vores tilbud til lungepatienter, det er en akut indlæggelse på en dyr afdeling. Den rationelle måde ville jo være at vende det om og lære de mennesker at leve med den lungesygdom, så de kan undgå indlæggelser. Det er irrationelt at have et højt specialiseret og dyr teknologisk tilbud som det eneste og ikke have hele den brede vifte af tilbud hele vejen op. Vi har ikke tid til at fortsætte, som vi gør. Og vi har ikke råd til det. Vi skal indtænke de her ting på en helt anden måde, og det kræver, at vi udvikler nogen ydelser, som ikke er der i øjeblikket.

Det interessante i det perspektiv, der anlægges i citatet er, at en forebyggelsesydelse som MPR ses som *et alternativ* til akut behandling (for den nævnte patientgruppe). I debatten omkring forebyggelse versus behandling kan ofte spores en underliggende antagelse om, at forebyggelse og akut behandling er rettet mod vidt forskellige målgrupper, og at akut behandling altid vil komme først i en konkret prioriteringsdebat. Men citatet rummer en anden opfattelse, nemlig at et sundhedssystem, der ikke har andre ydelser at tilbyde end dyre akutte indlæggelser, er irrationelt, og at *forebyggelses*ydelser – som fx MPR – kan være med til at gøre *behandlings*systemet mere rationelt ved at skabe et bredere udbud af tilbud, som både er billigere og mindre specialiserede. Det vil betyde, at specielt den voksende medicinske kronikergruppe kan tilbydes en mere differentieret og tilpasset vifte af ydelser. En forebyggelsesydelse som MPR er således også i nogle tilfælde en ydelse, der på mere rationel vis kan fungere substituerende for akut og dyr behandling.

Når de umiddelbare og kortsigtede besparelser – på fx medicinudgifter og akutte indlæggelser – drages frem her, er det udelukkende for at pointere, at det ikke nødvendigvis forholder sig sådan, at *al* forebyggelse *kun* har effekter på langt sigt. Dette er i modsætning til gængse argumenter i forebyggelsesdebatten. Forebyggelse har selvfølgelig også effekter på langt sigt, men det er værd at bemærke, at nogle typer af forebyggelse tillige har helt kortsigtede positive økonomiske effekter. Omfanget af disse kan der på grundlag af denne undersøgelses datamateriale ikke siges noget generelt om, men den peger i retning af, at det er en fejlopfattelse at afskrive forebyggelse bredt og over én kam som værende en ren udgift på kort sigt. Hermed ikke være sagt, at der ikke findes andet end kortsigtede økonomiske argumenter for at løfte forebyggelsesopgaven. Pointen er udelukkende, at disse ofte overses i debatten omkring forebyggelse.

Filosofien bag forebyggelsesindsatsen i amtet: ”Intet må være nyt!”

Det pointeres ofte, at det kræver massive ændringer i eksisterende systemer, kulturer og rutiner at løfte forebyggelsesopgaven, ja ligefrem et paradigmeskifte, for at det kan lykkes. Direkte adspurgt hvad man i amtet oplever som den største barriere for at løfte forebyggelsesopgaven i praksis, svarer Iversen:

> I bund og brud er det her jo et paradigmeskifte. Det handler om at udvikle et sundhedsvæsen, der alene fokuserer på diagnostik og behandling, til også at fokusere på sundhedsfremme og rehabilitering og patienternes handlekompetencer. Og det lyder så troskyldigt, det lille skridt, men det er i virkeligheden en ret radikalt anden måde at tænke på. Det her er en helt anden videnskabelig tankegang og tradition. Du går fra den biomedicinske model til pludselig at skulle over og se på noget socialpsykologisk og pædagogisk osv. Og du går også over til at skulle forholde dig til andre ting end kroppen, du skal også forholde dig til patientens vaner og livsstil og sociale sammenhænge.

Derfor kan det lyde paradoksalt, at dette paradigmeskifte, som forebyggelses antages at kræve, skulle være baseret på et så umiddelbart konservativt fundament som *"Intet må være nyt!"* I det følgende ser vi derfor nærmere på baggrunden for og det konkrete indhold i dette budskab, hvilket bedst beskrives som en art pragmatisk bæredygtighedsfilosofi, som er fokuseret omkring at skabe varige ændringer i sociale systemer. Men først skal vi se, hvordan filosofien om, at intet må være nyt, helt konkret kommer til udtryk. Fx forklarer Iversen om henvisningsblanketten, som lægen ordinerer MPR via:

> Det er jo ikke en recept – det er en henvisning, men vi fastholder ordet recept. Men der har lægerne sådan en blå blanket med cpr-nr., den kopierede vi fuldstændig. Så hele vejen igennem er projektet designet til at køre inden for alt det etablerede. Overenskomstmæssigt; på alle måder. Der måtte ikke være noget nyt overhovedet i det her. Det har været strategien i det. Og det har den været, fordi det signalerer, at det er en ydelse som alt andet og ikke noget specielt. Dels sikrer du dig, at det er til at have med at gøre i dagligdagen. Det her skal jo overleve 10 minutters konsultationstid i en praksis hos en praktiserende læge. Det skal du jo designe det til. Lægen skal lokalisere problemet, motivere og visitere. Og så ud af vagten! Og så skal han følge op. Det er det, der er hans normale arbejde, og det skal ikke være en pind anderledes. For ellers fungerer det ikke.

Selvom det således umiddelbart kan virke kontraintuitivt, at noget radikalt nyt skal implementeres ved meget bevidst at følge en strategi, som dikterer, at intet må være nyt, så ser det ud til at virke. Og det gør det, fordi der klart skelnes mellem form og indhold: For at systemet skal kunne optage en nyskabelse – og ikke udstøde den, så kræver det, at *formen* er velkendt, og at dens elementer umiddelbart passer ind i allerede etablerede og kendte processer og rutiner. Ellers fungerer det ikke, er påstanden. Men *indholdet* er nyt – i hvert fald til en vis grænse. Normalt er motion ikke noget, der ordineres på lige fod med fx medicinsk behandling. Men at en læge henviser en patient til en fysioterapeut, er ikke nogen nyhed. (Det ville det derimod være, hvis patienten skulle henvises til fx et fitnesscenter eller en anden form for motionstilbud.) Således er indholdet også kun i begrænset omfang nyt. Grundtanken er dermed, at nyt indhold – i form af forebyggelse – skal skabes ved aktivt at arbejde med og bygge på kendte strukturer, processer og arbejdsformer i sundhedsvæsenet.

Lokal forankring i stedet for kuvøse

Et andet centralt element i designet af MPR, som ligger i direkte forlængelse af filosofien om, at intet må være nyt, vedrører motionstankens indarbejdelse og optagelse i lokalsamfundet. Selve recepten lyder på et 3 måneders intensivt forløb i fysioterapeutens regi, men det er egentlig først, når dette systematiserede og strukturerede forløb er overstået, at den virkelige udfordring ligger, og det er her, at konceptet skal stå sin prøve: Lykkes det rent faktisk at få stillesiddende mennesker til at dyrke motion? Kan det via MPR i den udformning konceptet har fået i Ribe lykkes at gøre fysisk inaktive til fysisk aktive?

Denne caseundersøgelse kan ikke give noget entydigt svar på dette – både grundet dens design og datagrundlag, men i lige så høj grad fordi der ikke er gået lang nok tid til, at der kan gives et fyldestgørende svar på dette centrale spørgsmål. (Der må henvises til det føromtalte og kommende 3-årige evalueringsprojekt). På det foreliggende datagrundlag kan der dog gives en indikation af nogle centrale problemstillinger i forhold til at få realiseret denne målsætning, og hvordan opgaven i dette tilfælde gribes an.

I stedet for at bygge helt nye og anderledes systemer op fra bunden for at kunne løfte forebyggelsesopgaven, så søger man i Ribe af al magt at få forankret MPR i det allerede etablerede lokale idrætsforeningsliv. Igen er den grundlæggende tanke, at det bedre kan betale sig at bygge på allerede etablerede og stabile strukturer end forsøge at nedbryde disse og bygge nye. Iversen forklarer målet som værende integration af MPR på lang sigt i det lokale idrætsliv. Man søger at bygge videre på den stærke foreningstradition, som allerede findes i Vestjylland, idet det er en både velkendt og bæredygtig *struktur*, men det påpeges samtidig, at det kræver en ændring af *indholdet* i foreningernes tilbud:

> Det kræver, at vi kan udvikle mere rummelige idrætstilbud**,** men for Guds skyld: Det skal være i idrætsforenignens regi og på deres præmisser! Det er ikke et spørgsmål om, at vi skal udbyde en ny type ydelse. Vi skal ikke lave en ny kuvøse. Og det har de været fantastisk motiverede for i de lokale idrætsforeninger. Jeg tror, de har uddannet 150 instruktører i amtet, hvor de har snakket om motion på recept.

Det anses således for meget vigtigt, at grundtankerne i MPR implementeres i praksis i det allerede etablerede lokale idrætsliv. Generelt henvender motion sig primært til dem, der allerede er mere eller mindre sporty typer og dermed i relativt god fysisk form. En central grundtanke i MPR er dog også, at motion samtidig bør være specifikt målrettet til den gruppe af såkaldt stillesiddende, som absolut ikke er i god fysisk form og måske ligefrem er bange for at røre sig, fordi de har en diagnose, og for hvem det at dyrke motion i en forening er en ganske fremmed tanke. Og denne tanke ser det ud til, at man får held med at sprede i Ribe Amt. Udover uddannelsen af de 150 instruktører, som blev nævnt i ovenfor, ser Iversen også andre eksempler på, at grundtankerne i MPR spredes som ringe i vandet og er ved at rodfæste sig i det lokale idrætsliv:

> De tilbud, som patienterne [fra MPR, red.] har brug for, de er under udvikling nu. Og der er det meget skægt at se annoncer i ugeavisen i Ribe for Ribe Idrætsforening, og så står der nederst, at de har nogen introduktionshold for "Motion på Recept". Det er altså simpelthen bare et begreb, som nu er noget, man bare annoncerer med. Og der var så to hold. Og det skægge var så, at så kommer der en 10-11 patienter, og det er immervæk 20-25% af alle dem, der har været trænet [i hver kommune, red.], og så kommer der lige så mange pårørende eller andre med, som måske lige så godt kunne have gået på "Motion på recept" (…). Og så får du etableret nogle sociale strukturer, som er bæredygtige og på idrætsforeningens præmisser. Og det er helt, ligesom det skal være. Og det er de sociale processer, jeg kan se udvikle sig nu.

Målet er således at få MPR og de grundlæggende tanker omkring motion og forebyggelse, som er indlejret i konceptet, til at spredes og rodfæste sig i det etablerede system og af den vej skabe forandring af sociale strukturer og processer – ved at være bevidst om og benytte de allerede eksisterende strukturer og processer som aktive medspillere.

Kommunernes rolle

Forebyggelse er ofte blevet fremdraget i debatten om såkaldte gråzoneområder, og der argumenteres både fra primær- og fra amtskommunal side for, at den anden part ikke altid gør sit, og at forebyggelsesopgaven derfor ikke løftes tilfredsstillende, fordi den falder mellem to stole. Tesen er gerne mere eller mindre implicit, at alle parter undslår sig, fordi forebyggelse sættes lig med rene udgifter og ingen positive økonomiske gevinster på kort sigt.

MPR er et amtsligt projekt startet af amtets afdeling for Sundhed, Kvalitet og Udvikling og finansieret af Ribe Amt. Og de områder, der umiddelbart blev nævnt kortsigtede besparelser i forhold til, var ligeledes amtslige udgifter (medicin og akutte indlæggelser). For at undersøge om de generelle argumenter om gråzoner, fx undslåen og mere eller mindre bevidst manglende opgavevaretagelse, også er fremherskende i denne case, blev amtet spurgt direkte om kommunernes rolle:

> *Interviewer:* Hvor er kommunerne henne i det her?
>
> *Iversen:* De begynder også at interessere sig meget for det her. Vi har samarbejde med kommuner, der begynder at lave træningstilbud for overvægtige skolebørn, som egentlig er meget parallelt til ”Motion på recept”.
>
> *Interviewer:* Men hvad er deres motivation for det, når de ikke har sygehusudgifter at afholde i den anden ende?
>
> *Iversen:* Nej det har de ikke. Men jeg oplever altså, at der er en voksende interesse i kommunerne. Vi oplever ikke så meget kassetænkningen som at der er nogen reelle problemer, vi skal forholde os til. Kommunerne vil gerne i stigende grad gå ind i de her ting, men de står meget famlende overfor, hvilken rolle de kan spille. Men jeg oplever egentlig en voksende erkendelse af, at det her skal vi gøre noget ved: Overvægten eller den manglende motion i skolerne osv. Men en stor usikkerhed: De har ingen sundhedsfaglig tradition i kommunerne. De ved ikke rigtig, hvordan de skal gribe det an. Min egen erfaring er, at hvis du har nogen meget konkrete og velbeskrevne ting, som folk godt kan se fornuften i, så er det ikke økonomien, der tæller. Og mange af de her ting, som jeg arbejder med, det er jo noget, som ikke koster noget – eller ret meget. Ellers er det ikke bæredygtigt. Det er ikke interessant at udstyre alle i Bramming med en racercykel, som de får gratis vedligeholdt, for at se om de cykler mere af den grund. Det er fuldstændig urealistisk. Så i forhold sundhedsfremme skal man indtænke den lokale bæredygtighed hele tiden. Den skal være baseret på lokale prioriteringer, lokale strukturer, lokal økonomi. Og amtets rolle, vores rolle, det er at sætte dagsordenen. Gøre bevidst om, at her er nogen problemer. Pege på hvad man kan gøre. Der kan vi spille en meget vigtig rolle. Og det her ”Motion på recept” kan være en murbrækker for hele den her tankegang.

Kommunerne deltager ikke direkte i MPR, men de deltager i det samarbejde omkring fx skolebørn, der ligger i direkte forlængelse af MPR. De årsager, som en praktiker i amtet, der i mange år har arbejdet med forebyggelse i praksis, peger på som forklaring på kommunernes beskedne rolle omkring forebyggelse, er imidlertid ikke i tråd med den mere politisk ladede debat, hvor det antydes, at parterne undslår sig af økonomiske årsager og ikke i tilstrækkeligt omfang løfter forebyggelsesopgaven. Fra en praktikers synspunkt ser problemstillingen ganske anderledes ud: Det økonomiske argument opleves som værende sekundært, bl.a. fordi bæredygtig forebyggelse ikke er specielt dyrt. Desuden er kommunernes deltagelse under forandring og præget af en voksende interesse. Årsagen skal ifølge praktikerens perspektiv

snarere findes i det faktum, at der i kommunalt regi – grundet opgavefordelingen i den offentlige sektor – ikke har eksisteret en sundhedsfaglig tradition.

Fremtiden, udløberne, aflæggere og knopskydning

I *Ribe Amt* fortsætter MPR som forsøg, men i større målestok. For 2004 har Sundhedsudvalget afsat en kvart procent af sundhedsbudgettet til sundhedsfremme og forebyggelse. Det er meningen, at beløbet skal stige til en halv procent, dvs. der afsættes 4,1 mio. til denne type aktiviteter i 2004. Af dette beløb skal 8-900.000 kr. anvendes til MPR, hvilket svarer til omkostningerne for 400 patienter – en fordobling af kapaciteten i forhold til året før.

I øjeblikket spredes MPR rundt om i landet, ikke mindst som konsekvens af Sundhedsstyrelsens publicering af Motionsmanualen om fysisk aktivitet og forebyggelse. Af øvrige igangværende aktiviteter kan nævnes:

Vejle Amt: Over en 3-årig periode kan 600 patienter med et BMI under 35 og enten type 2-diabetes eller forhøjet blodtryk henvises fra egen læge til bestemte fysioterapiklinikker og et motionscenter. Projektet undersøger, om patienterne er fysisk aktive et år efter recepten.

Ringkjøbing Amt: Over to år vil 400 patienter blive henvist fra egen læge og få tilskud til tre måneders holdtræning under ledelse af en professionel instruktør. Egenbetalingen udgør 1.500 kr.

Københavns Kommune: Fra 1. april 2004 vil 600 patienter få motion og 1.100 kostvejledning. Det vil foregå hos praktiserende læger i udvalgte bydele og på fysioterapeutklinikker med faciliteter til holdtræning og kliniske diætister. Egenbetalingen vil være 750 kr. for et 3-måneders-forløb.

Nordjyllands Amt: I tre kommuner henviser praktiserende læger patienter med type 2-diabetes til enten Sund By eller fysioterapeut. Projektet er etårigt med et budget på 100.000 kr. Egenbetalingen er 500 kr.

Bornholms Regionskommune: Otte praktiserende læger i Neksø/Svaneke udsteder tre måneders træning for inaktive patienter med overvægt, for højt blodtryk, type 2-diabetes, lette depressioner eller hjerte- og rygproblemer. Der henvises til det første egentlige danske fysiotek på Neksø Apotek. Her arbejder to ”fysiotekere” med en særlig idrætsuddannelse. Egenbetalingen udgør 200 kr.

Flere andre amter, bl.a. *Frederiksborg, Fyns* og *Sønderjyllands amter,* er på vej med tilbud. Sundhedsstyrelsen (SST) koordinerer og samler amternes erfaringer og laver retningslinjer for kvalitetssikring i evalueringen. I starten af det nye år vil SST præsentere en litteraturgennemgang på hjemmesiden www.sst.dk om effekter, virkninger og konsekvenser af motion på recept med særlig vægt på tilbuddenes organisering.

Diabetes undervisning

Det andet lokale sundhedstilbud omkring forebyggelse og diabetes, som beskrives i denne case, er undervisning af diabetespatienter. På Grindsted/Brørup Sygehus ligger Diabetescenter Øst. Her har diabetessygeplejerske Inge Lise Vejs (herefter: diabetessygeplejersken) siden starten i efteråret 2001 afholdt diabetesundervisning for patienterne i de to sygehuses optageområder.[32]

Opstart: Undervisning som reaktion på vrede og dysregulerede patienter

Diabetessygeplejersken er selv tidligere afdelingssygeplejerske på en medicinsk afdeling og har i sit arbejde oplevet, at de type 2 diabetikere, som kom i sygehusets ambulatorium, ofte var meget dårligt regulerede, og derfor ønskede hun at gøre noget for at få tidligere fat i denne gruppe. Hun beskriver situationen således:

> Jeg havde oplevet i min tid som afdelingssygeplejerske med diabetespatienterne på dagafsnittet, at vi ikke fik dem, når de var nyopdagede – vi fik dem, når de var blevet meget dårlige og meget dysregulerede. Det var gået dem sådan, fordi de kun havde gået hos deres egen læge, og de havde ikke været til kontrol særlig tit, og han har ikke vidst nok om, hvad han skulle sige til dem, de havde slet ikke fået nogen undervisning, så det var meget hurtigt gået dem dårligt. Og jeg syntes simpelthen ikke, at det var rimeligt, at det skulle være sådan. Viden omkring diabetes er rimelig dårlig i rigtig mange lægepraksiser. Og hjemmesygeplejerskerne ved heller ikke nok om det.

Gennem årene som afdelingssygeplejerske oplever diabetessygeplejersken ikke blot dysregulerede, men også vrede patienter. Her forklares, hvad patienternes vrede bunder i:

> Jeg havde oplevet, at folk kom ind og var rigtigt dårligt regulerede og havde fået alle mulige følgesygdomme, og de havde måske haft diabetes i 6-10 år plus den tid, der går forinden. (…) Når de så kom ind, og vi begyndte at snakke med dem og spurgte, hvad de havde gjort, og hvordan deres hverdag havde været, jamen så sagde de, at de havde da ikke gjort noget, for så havde de fået at vide næsten alle sammen ude hos deres praktiserende læge, *'jamen det er kun en gammelmandssukkersyge du har'*. Og det der 'kun', det signalerer jo, at 'det behøver du ikke at tage dig så meget af. Du kan bare lade være med at spise sukker, det skal du lige holde dig fra.' Og at de her patienter ikke har vidst mere så lang tid efter, det synes jeg var synd. Vi har alle sammen vidst i lang tid, at det er jo ikke bare sukker, de skal holde sig fra, men kosten skal jo meget gerne være fedtfattig, de skal ud og motionere osv. for at det skal gå dem godt, og de skal gå til nogen regelmæssige kontroller. Og når vi så begyndte at snakke med dem om *'du kunne jo også gøre sådan og sådan, når du nu kommer herfra'* og lærte dem nogen ting, så oplevede vi, at de blev utroligt vrede, fordi de var blevet udelukket fra at have den viden noget tidligere. En typisk kommentar var: *'Havde jeg dog bare vidst det, så kunne jeg da sagtens have gjort noget andet. Men der er jo ikke nogen, der har fortalt mig det!'*

Flere forhold faldt sammen, idet diabetessygeplejersken allerede fra 1995 var medlem af det Amtslige Diabetesudvalg, som var nedsat for at komme med respons på Sundhedsstyrelsens diabetesplan fra 1994.

I 2000 var Inge Lise Vejs i gang med en efteruddannelse til diabetessygeplejerske, i forbindelse med hvilken hun skulle lave et projekt. På den måde opstod en helt konkret anledning til at gøre noget ved problemet, som udmøntede sig i et praktisk initiativ: Et pilotprojekt om undervisning for type 2 diabetikere. Efter pilotprojektet kom amtets leder af afdelingen for Sundhed, Kvalitet og Udvikling rundt i amtet for at se på forebyggelsesaktiviteter; hørte via sygehusledelsen om Vejs' pilotprojekt og besluttede at forlænge ordningen ved at yde amtslig støtte til det. Det blev til en praksis hvor diabetessygeplejersken via sygehusledelsen årligt søgte amtets – og fik bevilget – de ca. 10.000 kr., som hvert hold koster. Hermed var undervisningen etableret.

Målet med projektet var at søge svar på følgende spørgsmål: Hvordan kan vi for få kroner give så mange diabetikere som muligt en information, så de kan få en bedre hverdag og måske sinke deres senfølger?

Praktisk og økonomisk organisering af diabetesundervisningen

Diabetesundervisningen varer 3 timer ugentligt i 6 uger. På hvert hold er der 12 deltagere – både patienter, som følges i sygehusets ambulatorium og hos egen læge. I øjeblikket kører det 10. hold siden projektstart for godt 2 år siden. Kurserne annonceres oftest i lokalpressen. I de tilfælde rækker de 10.000 kr. fra amtet ikke helt, og *"så giver sygehuset lidt"*, som diabetessygeplejersken formulerer det – annoncering koster 1.300 kr. pr. kursus. Amtet giver 40.000 kr. om året – altså svarende til 4 kurser. Diabetessygeplejersken mener selv, at antallet er passende at dømme på tilmeldingerne, og at hun ikke ville kunne overkomme flere.

Undervisningen leveres af diabetessygeplejersken, en diætist og i mindre omgang af en socialrådgiver. Det er bevidst fravalgt at inddrage fodterapeut og læge, da formålet er at lave basisundervisning og dernæst motivere patienterne til selv at gå videre med deres problemer, så de selv tager mere aktivt hånd om deres diabetes - også kaldet egenomsorg.

Undervisningen foregår ikke på sygehuset, men på lokale biblioteker og i skolekøkkener, idet en mindre del af kurset består i at lave diabetikervenlig mad. Madlavningen udløser en egenbetaling på 50 kr. pr. deltager, mens lokalerne stilles gratis til rådighed af kommunerne.

Hvert andet hold kører om aftenen og hvert andet i dagtimerne. De lidt yngre kommer gerne om aftenen, da de oftest er erhvervsaktive, mens de lidt ældre ofte foretrækker at deltage i dagtimerne.

Hver undervisningsgang afsluttes med ½ times gymnastik, fordi diabetessygeplejersken anser det for meget vigtigt, at diabetikerne også lærer at motionere mere.

Konkurrence som forklaring på problemet

Det spørgsmål, der melder sig, er selvfølgelig, hvorfor situationen med de dysregulerede og dårligt informerede diabetikere overhovedet opstår. Er det udelukkende et spørgsmål om vidensniveauet i primærsektoren? Nej, er diabetessygeplejersken svar. En vigtig forklaring er efter hendes mening konkurrencen mellem de praktiserende læger og sygehusambulatorierne om de samme patienter, samt om det fænomen, hun her beskriver, og som populært kaldes "ambulatoriefælden":

> Det er sådan, at nogen praktiserende læger synes, at vi [sygehusambulatorierne, red.] hugger deres patienter. De går i ambulatoriefælden. For hvis først de kommer indenfor døren [på ambulatoriet, red.], så beholder vi dem til nogen kontroller. De praktiserende læger siger, at hvis de indlægger en patient med en eller anden sygdom, så har man en tendens på sygehusene til at sige: *'Vi vil gerne lige se dig om en måned og se hvordan det går'*. Og når de så kommer en måned efter, så siger vi: *'Vi skal lige se dig om 3 måneder'*. Og så bliver man ved med at beholde de patienter i stedet for at sige *'Så, nu bliver du udskrevet, og så kan din egen læge følge dig om en måned og om 3 måneder'*. Noget af det kan også være, fordi man rent personligt er interesseret i at se, om ens behandling virker, for ved nogen der var det måske heller ikke strengt nødvendigt, at de kom til så mange kontroller. Men efterhånden tror jeg, at vi på sygehuset har fået luget ud i det, for vi har jo heller ikke ret mange ressourcer herinde. Men de har haft lidt ret, de praktiserende læger. De skelnede heller ikke mellem de forskellige ambulatorier, de synes generelt vi beholdt dem for længe."

Ambulatoriefælden betyder altså, at praktiserende læger – med rette, efter diabetessygeplejerskens opfattelse – var skeptiske overfor initiativer fra sygehuset målrettet mod det, de betragter som deres patienter. Årsagen er, at patienterne også er kunder, og går de i ambulatoriefælden, ja så mister de praktiserende læger kunder, som diabetessygeplejersken her forklarer:

> Det er jo brødnid også! Og det indrømmer de [praktiserende læger, red.] blankt, for det er jo kunder i butikken. Jeg har snakket med nogen af dem om det. Og nogen af dem har sagt det. Jeg havde jo taget kontakt til nogen af dem, jeg kender, for at få en finger i jorden, og de var ikke interesserede i det [diabetesundervisning, red.], for så ville vi jo bare tage dem ind i ambulatoriet. Så i starten var de bange for det. Så selvom jeg sendte breve ud til de praktiserende læger og opslag osv., så blev de ikke hængt op, og deres patienter fik heller ikke at vide, i hvert fald ikke ret mange steder, at det her fandtes. Så derfor blev det sådan, at jeg faktisk satte annoncer i de lokale ugeblade, når der skulle til at være et kursus, og så har folk henvendt sig selv.

Diabetessygeplejersken påpeger således, at det har været svært at overbevise de praktiserende læger om at sende deres diabetikere til forebyggelsesundervisning hos hende (der er ansat i diabetesambulatoriet på Grindsted Sygehus), uagtet at undervisningen ikke foregår på sygehuset – eller blot få de praktiserende læger til at informere diabetikerne om muligheden. Men hun påpeger samtidig, at de praktiserende lægers skepsis bunder i en problemstilling, der efter hendes opfattelse er reel nok, nemlig ambulatoriefælden.

En praktisk løsning på konkurrenceproblemet: Delekontroller

Netop fordi diabetessygeplejersken i sin analyse af situationen også forstår de praktiserende lægers situation og ikke blot afviser eller affærdiger deres reaktion som forkert eller uacceptabel, er det muligt at gå ind i problemstillingen og finde konstruktive løsninger på den, som vi feks gør på Grindsted og Brørup Sygehus.

I stedet for at patienterne – kunderne – *enten* går i sygehusets ambulatorium *eller* hos den praktiserende læge, er der i diabetesambulatoriet allerede i 1998 indført såkaldte 'delekontroller', som fungerer således:

> Dem der er på insulin – uanset om det er type 1 eller 2 – bliver indkaldt i ambulatoriet, og så får de tilbuddet om at komme 2 gange om året hos os, og så skal de gå 2 gange om året ude hos deres egen læge. Sundhedsstyrelsen anbefaler 4 årlige kontroller, hvis det hele går godt; mere hvis der er behov for det. Dem der ikke får insulin, som klarer sig på diæt alene eller suppleret med piller, de får tilbuddet om at gå én gang om året hos os og 3 gange hos praktiserende. Det kalder vi delekontrol. Delekontrollerne har resulteret i, at vi i de seneste år har fået flere henviste diabetikere. .De praktiserende læger kan også lære meget af det, det vi foreslår herindefra er jo altid baseret på de nyeste forskrifter. Patienterne bliver spurgt, om det der bliver skrevet i journalen, må sendes til egen læge, så når vores overlæge har dikteret, sender sekretæren samme tekst One Line til den praktiserende læge. For eksempel kan overlægen sige: "Skal bestille tid hos egen læge om 3 mdr, og hvis blodsukkeret ikke er i orden på den startede behandling, skal der ske det eller det" (behandlingsforslag) På den måde kan der blive en større kontinuitet i behandlingen. Det er dog desværre ikke altid, det foreslåede er blevet gjort, men det burde jo kunne fungere. På denne vis har delekontrollerne en vis relation til diabetesundervisningen. For at et sådan forebyggelsesinitiativ kan blive en succes, er det helt centralt, at det lykkes at få kontakt til de diabetikere, som følges i primær praksis, og her er relationen mellem sekundær- og primærsektoren helt afgørende.

> Hvis relationen er præget af mistillid og konkurrence, bliver det ulige meget sværere at ramme den rigtige målgruppe. Ordningen med delekontroller er med til at skabe både samarbejde og vidensdeling mellem sekundær- og primærsektoren.

En specialist der vil formidle helt basal viden – hvorfor nu det!?

Ofte er sygehusindsatsen forbundet med det højt specialiserede, mens primærsektoren er forbundet med det mere basale. Derfor kan det måske undre, at diabetessygeplejersken – med sin specialistuddannelse – lægger så meget vægt på, at det skal være *basis*undervisning, og at hendes hensigt er at levere *basal* viden om diabetes. Umiddelbart skulle man tro, at når diabetikere var dysregulerede, så var det i sig selv et argument for en mere specialiseret indsats overfor denne gruppe. Men det kommer meget an på, hvad der helt konkret menes med specialiseret. Qua sine erfaringer som afdelingssygeplejerske på diabetesafsnittet og oplevelserne i ambulatoriet konkluderer diabetessygeplejersken, at det, der virkelig er brug for, det er faktisk helt basal viden om diabetes hos en stor gruppe diabetikere, som hun ved eksisterer, men først ser, når det er for sent, og de har mere eller mindre akut brug for det dyre og højtspecialiserede tilbud, som sygehusets overlæge kan yde i ambulatoriet eller på daghospitalet. Eller helt galt: ved akut medicinsk indlæggelse.

Her er der paralleller at spore til den tidligere beskrevne grundlæggende tankegang omkring MPR. Forebyggelsesindsatsen i form af diabetesundervisning fungerer ligesom MPR også som en graduering og differentiering af tilbuddene til en gruppe patienter, så der findes flere *mindre* specialiserede tilbud, som kan benyttes uden fare for, at sygehuset så at sige hugger patienterne og indrullerer dem i den meget specialiserede ambulatoriemaskine. Det er derfor intentionen, at diabetesundervisningen skal formidle helt basal viden, skal foregå udenfor sygehusregi og ikke skal være koblet til kontroller i ambulatoriet eller på anden vis involvere en læge. Diabetessygeplejersken forklarer:

> Jeg har kaldt det 'grundlæggende viden'. Jeg havde en idé om, at jeg ikke behøvede at lære dem så meget. Der var nogen ganske få ting, og hvis bare de kunne det, så var de godt hjulpet. Men det griber jo om sig! (…) For dem der melder sig, fordi de ser et kursusopslag, de er meget videbegærlige, og de er meget entusiastiske, og de vil gerne det hele, og de sidder bestemt ikke med hænderne over kors og de stiller kritiske spørgsmål. "Og hvorfor nu det? Og du sagde sådan sidste gang?" Så det der med grundlæggende, det ved jeg ikke rigtigt med. (…) Men jeg tror, at mange diabetikere sagtens kunne klare sig med en helt grundlæggende viden. Men for at kunne give den korrekte grundlæggende viden, så bliver man også nødt til at følge med i, hvad der sker, og hvad det sidste nye er. Fx injektionsteknikken, som er lavet om for nylig. Jamen bare sådan en banal ting, som er rent håndværk – det er så svært at få spredt ud, så patienterne får ens informationer.

Tanken bag diabetesundervisningen er således at højne det generelle niveau af helt basal viden om diabetes, fordi diabetessygeplejersken qua sine erfaringer oplever, at det er her, det største problem findes mht. patienternes evne til at yde egenomsorg og således forebygge eller forhindre senfølger. Hendes holdning er dog samtidig, at det kræver megen viden og ajourføring at kunne formidle kvalificeret basisviden. Desuden holder intentionen om basisviden ikke altid stik i praksis, for niveauet lægges af de diabetikere, som går på kurserne, og hvis de er meget videbegærlige, så skal underviseren kunne svare på deres spørgsmål.

Gør det en forskel?

En ting er at diabetessygeplejersken på basis af mange års erfaring med diabetespatienter mener, at der er brug for basal viden blandt diabetikere. Men gør det også en forskel i praksis, at

diabetikerne kommer til undervisning? - også på længere sigt? Efter hvert kursus det første år blev der evalueret, og der afholdtes en multiple-choice test for at tjekke kursisternes viden før og efter diabetesundervisningen. Desuden tjekkes deres vægt og langtidsblodsukker. På spørgemålet om, hvorvidt det har nogen effekt, svarer diabetessygeplejersken:

> Jeg ved ikke, hvad der sker på længere sigt, men jeg ved, at det hjælper på kort sigt. (…) Evalueringerne viser, at det var selvfølgelig helt tydeligt, at deres viden var meget større, når de lige havde været på kursus. Men Lars Iversen ville også gerne vide fra ½-1 år efter, har de så den viden endnu, og hvordan er det gået med vægt og langtidsblodsukker. Og der viste det sig 5½-9 mdr efter, at de havde beholdt deres viden, og deres langtidsblodsukker var faktisk blevet meget bedre. Selvom det ikke er særligt videnskabeligt. Så på det tidspunkt der har det hjulpet. Men virker det så om 3 år? – det ved jeg ikke.

Hertil kommer, at hun oplever, at diabetikerne hun møder i ambulatorierne i dag, generelt er bedre.

Diabetesundervisning – for hvem?

Når der tales om diabetesundervisning eller andre former for 'sygdomsundervisning', så går man ofte helt implicit ud fra, at det er noget, der retter sig mod patienter. Diabetessygeplejersken peger imidlertid også på andre måder at bruge undervisningen på. Hendes mål er ikke diabetesundervisning *i sig selv.* Hendes mål er overordnet at sætte nogle tiltag i værk, som kan være med til at forbedre sundhedssektorens indsats over for diabetikere. Derfor laver hun også undervisning af fx andet sundhedspersonale, som har med diabetikere at gøre: Vidensdeling i praksis. Hun forklarer, at hun er ansat således, at hun har én dag om ugen til diverse former for udgående funktioner:

> Der underviser jeg hjemmesygeplejersker, eller måske er jeg på en afdeling og undervise personalet der. Det gør jeg ca. en gang om året i de kommuner, jeg samarbejder med [dem under Diabetescenter Øst, red.]. Der har jeg holdt en temaeftermiddag på et par timer, hvor jeg har taget det nye op, fx nye retningslinjer omkring injektionsteknik. Det er for alle kommunernes sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Og der kan typisk være en 25-30 stykker. (…) Jeg underviser hjemmesygeplejerskerne i alle de nye tiltag. Fx hvad skal behandlingsværdierne være og injektionsteknik, og hvad skal de kigge efter, hvis de er dårligt regulerede, hvad er det så for nogen ting, de skal gå ind og se på.

Når diabetessygeplejersken gør så meget ud af plejen i primærsektoren, er det, fordi hun påpeger, at selvom det er den praktiserende læge, som har ansvaret for diabetikernes behandling, så har hjemmeplejen i praksis en central position i hverdagen:

> I dagligdagen er det dem i hjemmeplejen, der er ude hos nogen af patienterne. Og det er dem, der laver målingerne eller ser, hvad brugeren selv har målt og skal hjælpe dem med at forholde sig til det: Passer doseringen stadig, eller skal vi have en lægekontakt? Eller ligger der nogen retningslinjer, som hjemmesygeplejersken skal følge omkring at ændre insulindoseringen? Selvfølgelig er det lægen, der har ansvaret for ordination og medicinering. Ingen tvivl om det. Men det er de andre, der går i hverdagen og skal hjælpe diabetikerne og se, hvordan går det.

Ud over en mere formaliseret undervisning af andet plejepersonale er diabetessygeplejersken ofte i kontakt med de praktiserende læger:

> Der er ret ofte nogen af dem [de praktiserende læger], der ringer ind til mig og siger *"jeg har lige glemt, hvordan er det nu lige, det er?"* – i stedet for at *sige "det*

> *ved jeg ikke en brik om"* – men det er lige meget, og jeg synes det er fint de spørger. Og så får de det at vide. (…) Men det er ikke mit område alene, hvis man siger, at man vil have udbredt mere viden til lægerne. Det er ikke en sygeplejerskeopgave – det må komme et andet sted fra.

Denne case fokuserer på diabetesundervisning af patienter, men for at få helheden med, er undervisningen af andet sundhedspersonale kort behandlet. Initiativet peger på en for ofte overset vinkel: nemlig at vidensdeling og opkvalificering af fx hjemmeplejen, som er dem, der omtales i dette tilfælde, kan ske og i dag også sker nogle steder via lokale ordninger som eksempelvis denne, hvor en sygeplejerske med specialuddannelse i diabetes og ansat i sekundærsektoren underviser plejepersonale i primærsektoren eller rådgiver praktiserende læger om specifikke forhold vedr. diabetes, som er hendes speciale, og som i sagens natur ikke kan være den praktiserende læges speciale, da han/hun skal tage sig af en langt bredere vifte af lidelser.

Undervisningen og vidensdelingen sundhedspersonalet imellem åbner nye perspektiver for, hvordan mange opgaver og samarbejdsrelationer i sundhedsvæsenet kan gribes an – ikke mindst forebyggelse, som i dette tilfælde med diabetes. Ny viden er en forudsætning for forbedring af kvaliteten. Men viden skal ikke blot produceres og nedfældes i standarder og kliniske retningslinjer. Man skal også have konkrete processer, som denne viden kan spredes, adapteres og formidles gennem, så den bliver omsat til ny praksis i hverdagen blandt sundhedssektorens mange og forskelligartede aktører.

Kommunernes rolle

Ligesom i forhold til MPR er der også omkring diabetesundervisningen spurgt til samarbejdet med kommunernes og til kommunernes rolle i projektet. Direkte adspurgt om kommunerne havde en rolle i projektet svarer diabetessygeplejersken nej, det har de ikke – men de har heller ikke sagt nej. De er bare ikke blevet spurgt. Men hun tilføjer, at *"det kunne de jo lige så godt. Det kunne lige så godt være en opgave for dem, for de kan også komme til at spare nogen penge ved det her"*. Hun forklarer:

> Kommunerne er ikke særligt synlige. Men jeg har heller ikke inddraget dem i det her. Jeg har bare sagt, at hvis jeg kommer ud for, at jeg skal betale for lokaler, så vil jeg søge om det, for det må være rimeligt, at de stiller dem til rådlighed gratis. Men det er sådan her, at de kommunale lokaler er gratis, hvis det er til arrangementer, der ikke kan tjenes penge på.

Direkte adspurgt om, hvorvidt denne type forebyggelse er en kommunal eller en amtslig opgave, svarer hun:

> Jeg synes, det er en fælles opgave. Det er kommunens borgere, der drager fordel af det. Det er også kommunen, der sparer penge hvis de skal til at give dem sygedagpenge osv., hvis det går rivende galt. Så det er da i kommunens interesse. Men jeg har ikke tænkt over det, for det var så let at få lokaler til det. Jeg tror, det er tilfældigheder, der har gjort, at de ikke er blevet inddraget i det.

Uagtet at diabetessygeplejersken mener, at *både* amt og kommune har et fælles ansvar for forebyggelsesindsatsen, så har hun i dette tilfælde ikke tænkt på at inddrage kommunen. Hun er dog også rodfæstet i sygehusregi - i amtsligt regi, og knap var pilotprojektet overstået, før aftalen med amtets leder af afdelingen for kvalitet og sundhed kom i stand, og således blev det i vidt omfang tilfældigheder, der gjorde, at kommunerne aldrig blev bedt om at deltage – udover med de lokaler, som de i forvejen stiller gratis til rådighed.

Perspektiver på forebyggelsesområdet

Analysen af de to lokale sundhedstilbud i Ribe Amt/Grindsted Kommune har peget på peget på forskellige typer af indsigt og holdninger til forebyggelsesområdet. Her opsummeres de vigtigste ræsonnementer:

Forebyggelse: Et stort og broget område

I debatten og arbejdet med forebyggelsesopgaven er det helt centralt at *skelne mellem typerne af forebyggelse*. Der er store forskelle på de opgaver samt på de kvalifikationer og den viden, der kræves for at lave hhv. landsdækkende kampagner for rygestop sammenlignet med fx sygehusambulatoriernes arbejde med at forhindre senfølger af diabetes, men begge dele er forebyggelse. En indholdsmæssigt meningsfyldt og fagligt funderet debat om forebyggelsesområdet kræver, at vi bliver mere specifikke mht. *hvilken* type forebyggelse, der er tale om. Der bør som minimum skelnes mellem primær, sekundær og tertiær forebyggelse.

Forskellene viser sig på mange områder, dog mest markant mht.:

- *Økonomi:* Bl.a. kort og langt sigte (se senere).
- *Målgrupper:* Patienter, risikogrupper eller raske.
- *Faglighed/aktører:* Store kampagner kræver kommunikations- og formidlingskyndige; andre tiltag som fx diabetesundervisning og MPR kræver sundhedsfagligt personale; andre typer forebyggelse, fx information om og undervisning i kost, sundhed, risikofaktorer mv. kan fx kræve helt andre typer af aktører så som børnehavepædagoger og folkeskolelærere.

En indholdsmæssigt meningsfyldt debat om forebyggelsesområdet – både på økonomiske, sundhedsmæssige, sociale , institutionelle og faglige aspekter – kræver således, at alt ikke skæres over én kam. Det giver derfor ingen mening at diskutere forebyggelsesområdet som ét samlet område, der kræver én type faglighed, eller bør placeres ét enkelt sted rent administrativt (fx i en bestemt sektor eller på et bestemt forvaltningsniveau), og som på kort sigt kun er at betragte som en udgift. Dette er ikke i sig selv et argument for, at forebyggelsesområdet skal forblive en gråzone. Men differentieres der ikke mere præcist mellem typer af forebyggelse, samt hvor de mest hensigtsmæssigt kan placeres, så er risikoen, at forebyggelsesområdet forbliver en uformelig og inhomogen gråzone.

Økonomi – både på kort og på lang sigte

Udover det rent sundheds- og velfærdsmæssige argument for forebyggelse bliver forebyggelse – som alt andet – også betragtet og vurderet ud fra et samfundsøkonomisk perspektiv. Det har ofte været fremført, at det set i et økonomisk perspektiv er et problem ved forebyggelsesindsatsen, at den kun sparer penge på lang sigt, hvilket i et demokratisk system også betyder: Ikke i denne valgperiode.

Her er det imidlertid igen vigtigt at skelne mellem typerne af forebyggelse: Den primære forebyggelse er den, som kan antages at være sværest at få kortsigtede økonomiske gevinster af, mens den tertiære forebyggelse – som er den, der fortrinsvis er beskrevet i denne case – også kan spare medicinudgifter, sygedagpenge og andre typer af ydelser på ganske kort sigt.

Andre barrierer end kassetænkning

Forebyggelse er svært! Den er svær at få op at stå, at få tilbud til at fungere osv. Èt argument for hvorfor det forholder sig således har været, at der foregår en udpræget kassetænkning, og

at hhv. kommuner og amter efterlyser, at den anden part bør spille en mere aktiv rolle eller ikke løfter sin del af byrden. Denne caseundersøgelse kan ikke bekræfte, at kassetænkning eksisterer som et reelt problem for disse praktikere. Det er dog ikke det samme som, at kassetænkning ikke er et reelt og oplevet problem mange andre steder, men det kan denne case (jf. de indledende bemærkninger om metoden) ikke sige noget om. Den kan blot pege på, at læren fra Ribe er en ganske anden. Her peger de praktikere, som rent faktisk arbejder med forebyggelse i praksis, på ganske andre årsager til, at forebyggelse er svært. Nogle af de mest centrale er:

- *Kommunen er ikke problemet*. Ingen af de involverede praktikere, som er funderet i amtsligt regi, har oplevet, at kommunerne viger udenom forebyggelsesopgaven af økonomiske årsager. Tværtimod opleves velvilje og interesse, men samtidig også en manglende tradition for at tænke sundhedsfagligt, og med den begrundelse beskrives kommunerne af amtets leder af forebyggelsesindsatsen som værende lidt famlende overfor opgaven.
- *Der mangler viden i primærsektoren om forebyggelse.* Det gælder begge typer af tilbud, dvs. både mht. at forhindre senfølger af diabetes 2 og mht. motions indvirkning på specifikke sygdomme. Problemet er ikke, at denne viden ikke er tilgængelig. Udfordringen er, at det kræver konkret lokalt arbejde at sprede den. Derfor er det vigtigt også at medtænke den dimension af forebyggelsesindsatsen, som handler om oplysning og undervisning af sundhedspersonale – ikke blot af patienter – fra primær til tertiær forebyggelse. Denne dimension åbner nye perspektiver for sygehusenes og andre specialisters mulige rolle i forhold til forebyggelsesindsatsen. Det handler ikke blot om hvem der skal løfte opgaver overfor borgerne – det handler i lige så høj grad om at skabe og sprede viden blandt det sundhedspersonale, som skal løfte disse opgaver.
- *Der mangler deciderede forebyggelsesydelser,* som kan fungere inden for det etablerede systems strukturer og præmisser. Disse skal udvikles, og det kræver klinisk viden om, hvad der virker, altså dokumentation. Denne case peger dog på, at det ikke er hovedproblemet. Både mht. motion og diabetes er dokumentationen til stede og tilgængelig. I praksis er problemet et helt andet: Det kræver praktiske, organisatoriske, logistiske og kulturelle kompetencer at få tingene til at ske! Som en af informanterne pegede på: Det er den sociologiske problemstilling omkring at skabe social forandring og nye strukturer, der er det svære ude i praksis – ikke den medicinske problemstilling. At skabe bæredygtig forebyggelse i praksis handler således om at udvikle og introducere ydelser i et system, som kan fungere så godt *i* dette system, at det kan blive *en del* af det. Uagtet at der er tale om et paradigmeskift: fra diagnostik og behandling til forebyggelse.

Hvordan får man det til at ske!?

Netop fordi forebyggelse skal introduceres i et system baseret på et behandlerparadigme, er hele processen meget sårbar. At håndtere den succesfuldt kræver i mindre grad skrivebordslogik og planlægning end vedholdende praktikere med høj grad af konkret og praktisk viden om lokale forhold, systemer, aktører og sundhedsvæsenets logikker og dynamikker, og at praktikerne kan navigere strategisk i forhold til disse.

I denne case har begge forebyggelsesinitiativer været båret frem af personer, som har været indstillet på at arbejde vedholdende i en langvarig proces, der har krævet overtalelse, tilpasning og justering – i højere grad end konfrontation med det etablerede system, dets strukturer, virkemåde og kulturer. Som lederen af amtets afdeling for Kvalitet og forebyggelse udtaler om MPR: *"Læren er, at ting tager tid. Men hvis du starter rigtigt, så kan ting vokse"*. Desuden er de to tilbud karakteriseret ved at være vokset frem lokalt – i diabetessygeplejerskens

tilfælde som reaktion på mange års erfaringer med en diabetesbehandling, hun fandt langt fra optimal.

Forandring kræver ikke bare generering af viden. Årsagen hertil er, at viden ikke spredes og anvendes *af sig selv*. Generering af viden er en forudsætning for, at den kan anvendes, mens spredning, adaptering til lokale forhold og succesfuld anvendelse i lokal praksis kræver meget arbejde, som igen kræver praktiske, organisatoriske og ledelsesmæssige kompetencer. Nogle af disse kompetencer handler i de beskrevne cases helt tydeligt om evnen og viljen til at gå konstruktivt ind i praktiske spørgsmål og lokale forhold i stedet for at udtænke store og forkromede planer og visioner for, hvordan alt kan blive anderledes. Selvom forebyggelse tænkes ud fra et nyt paradigme, så bliver visionen kun til virkelighed, hvis den kan indtænkes i den virkelighed og hverdag, som findes i lokal praksis.

Datagrundlag, litteratur og noter

Dataindsamlingen om det lokale sundhedstilbud om MPR består af dokumenter om konceptet (projektbeskrivelser o.lign.) samt interviews med:

- *Lars Iversen* (LI), dr.med., cand.soc. og leder af afdelingen for Sundhed, Kvalitet og Udvikling i Ribe Amt. LI har været initiativtager til konceptet.
- Fysioterapeut *Susanne Christensen* (SC), Grindsted, som leverer træning til MPR.
- Praktiserende læge *Charlotte Bøvig*, Varde, som 'udskriver' henvisninger til MPR.

Dataindsamlingen om diabetesundervisningen ved Diabetescenter Øst, Grindsted Sygehus, består af relevante dokumenter samt interview med:

- Diabetessygeplejerske *Inge Lise Vejs.*

Litteratur

DSI (1999)
Forebyggelse af sundhedsfremme i sundhedsvæsenet. DSI's indsats i de kommende år. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 1999.

MTV (2003)
Sundhedsstyrelsens Center for Medicinsk Teknologivurdering. Type 2-diabetes: Medicinsk teknologivurdering af screening, diagnostik og behandling. København, CEMTV, 2003. (Medicinsk Teknologivurdering 2003; 5(1))

Sundhedsstyrelsen (2003)
Klarlund Pedersen B., Saltin, B. Fysisk Aktivitet - håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, 2003

Noter

[22] Som beskrevet og analyseret af Hanne Fredslund, "Når vilde problemer tæmmes – en filosofisk-hermeneutisk fortolkning af forebyggelsessamtaler på en afdeling på Bispebjerg Hospital", ph.d. afhandling, Institut for Folkesundhedsvidenskab".
[23] Definitionerne er taget fra DSI 1999.
[24] Følgende er baseret på informationer fra Sundhedsstyrelsens hjemmeside, fra Helse nr. 7, 2002 og fra MTV 2003
[25] MTV2003 : 299
[26] Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

[27] De diagnoser som i Motionshåndbogen (Sundhedsstyrelsen, 2003), beskriver som værende velegnede til behandling med fysisk aktivitet.
[28] Egen tilvirkning på basis af projektbeskrivelse for Motion på recept, 8. udgave, 16.04.03.
[29] I slutningen af casen findes en oversigt over datagrundlaget.
[30] Informationen om økonomien i projektet stammer fra Ribe Amts projektbeskrivelse, 8.udgave, 16.04.03.
[31] FAPS, Skriftlig Beretning 2002.
[32] Ordet ”patientskole” undgås meget bevidst af diabetessygeplejersken, idet hun mener, det ikke er en god idé at kalde det ”skole”, bl.a. fordi en del af målgruppen har haft dårlige erfaringer med skolen, og at det således kan demotivere. Derfor anvendes ordet patientskole heller ikke i denne tekst.

Sundhed på tværs

Skanderborg Sundhedscenter og Geriatrisk Team i Århus Amt

Denne case handler om det lokale sundhedscenter i Skanderborg Kommune, Århus Amt, etableringen af og udviklingen af dette samt indholdet af de sundhedsydelser, der er tilgængelige i Skanderborg Sundhedscenter. Endvidere beskrives opbygningen af og opgavefordelingen i det lokale sundhedstilbud med en udgående sygehusfunktion ved det geriatriske team i Århus Amt. Først opridses debatten om sundhedscentre gennem centrale aktørers udsagn.

Sundhedscentre

Debatten om sundhedscentre har mange oprindelser - alt efter hvem der præsenterer historien. Et centralt element er centraliseringen af sygehusstrukturen afstedkommer et behov for at bevare lokale sundhedstilbud i forskellige former, og at lukninger af små sygehuse efterladt sygehusbygninger samt længere afstande mellem borger og sygehus. Bygningerne er flere steder blevet foreslået anvendt til sundhedscentre. Andre steder er sundhedscentre betegnelsen for bygningsfællesskaber i primærsektoren mellem eksisterende sundhedspersonale, og i nogen tilfælde også medarbejdere fra socialsektoren.

Synspunkter og fronter i debatten om Sundhedscentre

Hvad et sundhedscenter er, eller bør være, er der mindst lige så mange meninger om. Her refereres kort markante aktørers standpunkter:

Sygeplejerskerne (Sundhedskartellet) har været aktive mht. at udforme og udbrede konceptet, blandt andet i udgivelsen *"Sundhedscentre – nye veje til mere sundhed for pengene"*. Heri kan sundhedscentre være mange typer af konstruktioner – og de indeholder ikke nødvendigvis læger.

Lægerne har generelt været mere skeptiske overfor tanken, og et bærende argument har været at det kun gør samordning og sammenhæng i sundhedsvæsenet sværere, hvis SC kommer til at betyde, at der etableres nye aktører og institutioner, som skal koordinere patientforløbene.

Kommunernes Landsforening ser sundhedscentre som en måde at imødegå centraliseringen af sygehusstrukturen: *"Centraliseringen efterlader behov for nye decentrale tilbud tæt på borgerne i form af bl.a. sundhedscentre."*[33] KL ser SC som stedet hvor ansvaret for at skabe sammenhængende patientforløb mellem kommunen og sundhedssektoren kunne placeres ét sted. KL peger på følgende områder og funktioner, som ingredienser i SC: Genoptræning, hjemmesygepleje, sundhedspleje, socialrådgivere, vaccinationer og rådgiverfunktioner i forhold til kost, ernæring, alkohol og motion. Det kan også nogen steder være relevant at skabe integration – eventuelt i form af bofællesskab – mellem sundhedscentret og kommunale plejetilbud som akutstuer og aflastningspladser.

Amtsrådsforeningen[34] mener ikke at sundhedscentre i sig selv kan løse disse opgaver og peger således på at problemerne omkring plejesvigt, manglende træning eller den forebyggende indsats over for ældre borgere, ikke løses ved at etablere sundhedscentre i kommunalt regi. Dog tilslutter Amtsrådsforeningen sig, at der etableres lokale centre, som i kan tilse kronikerne, varetage genoptræningsopgaver og yde lettere planlagte ambulante behandlinger. I til

knytning til disse centre kan man afprøve samarbejdsstrukturer, som involverer sygehusene, privatpraktiserende speciallæger, praktiserende læger og kommunerne

Mulighederne og perspektiverne er mange, og det afspejles også i det fælles udspil[35] som Lægeforeningen, Sundhedskartellet, Sygehusbranchen i Det kommunale Kartel og Amtsrådsforeningen kom med 11/9 2003. Her slås det fast at ingen af aktørerne ønsker at praktiserende læger skal flyttes til kommunalt regi. Men derudover påpeger udspillet at sundhedscentre skal være *"præget af mangfoldighed"*, *"udformet efter lokale behov"*, ikke skal være *"et standardkoncept, der udrulles over hele landet"*, og at de *"bør udgå af den løbende debat som en 'orakelløsning' på et strukturproblem"*.

En form der er kommet for at blive – men hvad skal indholdet være?

Der synes ingen tvivl at være om at *Sundhedscentre er kommet for at blive*, som Mandag Morgen formulerede det (23/6-03). Men deres rolle og indhold er langt fra klart. Der eksisterer i dag forskellige former for organiseringer (centre, teams, koordinatorer mv.) som er blevet kædet sammen med debatten. Nogle af disse er realiserede og andre er blot forslag som kan illustrere nogle af de centrale spørgsmål i debatten omkring sundhedscentre. Følgende er eksempler på forskellige modeller:

- *Ambulantcentre.* Skal sundhedscentre aflaste hospitalernes omfattende ambulante virksomhed, og således have reelle ambulatorier og daghospitaler samt lave undersøgelse? Dette forslag placerer sundhedscentre i *grænsefladen mellem de to amtslige sektorer: den amtslige del af primærsektor og sekundærsektoren* (hospitaler og de privatpraktiserende almenmedicinere og speciallæger).
- *Udgående teams, praksiskonsulenter, forløbskoordinatorer etc.* har været ideer i debatten omkring sundhedscentre, og hvis den slags funktioner knyttes til sundhedscentre placerer det ligeledes centrene *mellem den amtslige del af primærsektor og sekundærsektoren.*
- *"Nibemodellen"* er ligeledes blevet trukket frem i debatten. I dette sundhedscenter er der både praktiserende læger, fysio- og ergoterapeuter, tandlæger, hjemmeplejere og hjælpemiddelkonsulenter. Denne model lægger sig således i langt højere grad i grænsefladen *mellem den amtslige og den kommunale del af primærsektoren,* potentielt med grænseflade til institutioner i *socialsektoren*.

Dette var blot et par modeller, men de illustrerer noget af bredden og mulighedsrummet i debatten om sundhedscentre. Overordnet kan sundhedscentre tænkes at udfylde flere typer af funktioner – eller en kombination af dem:

- Er det primært *grænseflader* (og gråzoner) mellem de nuværende institutioner og sektorer som centrene skal skabe bedre sammenhæng mellem? Og i så fald, er det mellem primær og sekundær sektor indenfor det amtskommunale, eller er det mellem det amtslige og det kommunale indenfor primærsektoren?
- Eller kan sundhedscentre være et middel til at trække noget af den efterhånden meget omfattende *ambulante virksomhed* ud af sygehusvæsenet (i hvert fald ud af sygehusenes bygninger) ved fx at lave centre, der varetager en del af denne ambulante virksomhed?
- Eller er sundhedscentre kort og godt et spørgsmål om at *samle allerede eksisterende enheder* i primærsektoren – fx i et bygningsfællesskab.

Dette var blot nogle af de centrale spørgsmål som kan tjene til at præcisere og nuancere debatten om sundhedscentre.

En sidste bemærkning om sundhedscentre i debatten er af historisk karakter: I debatten fremstår sundhedscentre som noget nyt og hidtil ukendt i det danske sundhedsvæsen. Men sundhedsøkonom Anni Ankjær-Jensen og speciallæge Majbrit Christensen påpeger, at:

> ”Ambulantcentre [også benævnt fx ”sundhedshuse” og ”sundhedscentre”] er kendt over det meste af verden. De gennemgående elementer i ambulantcentre er at behandlende og forebyggende opgaver løses tværfagligt i en enhed, der betjener borgerne i lokalområdet. I Danmark har der fra 70erne til 90erne været gennemført forskellige forsøg med sådanne centre, men mange steder har organisatoriske problemer hæmmet centrenes funktion”[36].

Set i dette lys var det en oplagt mulighed at skele til de historiske erfaringer med centre og samordningsforsøg samt de allerede eksisterende organiseringer i sundhedsvæsenet, og ikke udelukkende betragte sundhedscentre som en ren nyskabelse. Et eksempel på at sundhedscentre tanken ikke er en nyskabelse ses i nedenstående case om Skanderborg Sundhedscenter.

Skanderborg Sundhedscenter - et bygningsfællesskab i udvikling

Skanderborg Sundhedscenter har til huse i det i 1988 nedlagte Skanderborg Sygehus på Sygehusvej 7. I 1989 blev sygehusets bygninger udbudt til salg, men der blev ikke budt på hovedbygningen, som nu udgør sundhedscentret. Huset ejes stadig af Århus Amt og blev i 1991/1992 ombygget for 16 mio. kr. – ifølge en vicekontorchef i Århus Amt for at fjerne institutionspræget. Sundhedscentret fremtræder lyst, venligt og moderne. Sundhedscentret åbnede i 1992, og Århus Amt har ansat en administrator. Det rummer i dag 7.500 m^3 inkl. kælderplan. Samtlige kvadratmetre er udnyttet, da amtet har lejet næsten alle lokalerne ud til en række forskellige sundhedsfaglige profiler, som varetager mange behandlingsmæssige og sundhedsmæssige funktioner, eksempelvis til ambulante sygehusfunktioner, praktiserende læger, tandlæger, fysioterapeuter m.fl. Få lokaler benyttes til andre amtslige opgaver såsom undervisning, men amtet har planer om på sigt at leje lokalerne ud til sundhedsfaglige formål.

I 1988 blev der lavet en rapport om nærhedsservice i Skanderborg,[37] som ifølge vicekontorchef i Århus Amt og tidligere administrator og teknisk chef på Skanderborg Sygehus danner det egentlige grundlag for ideen om et sundhedscenter i Skanderborg. Amtsrådet besluttede at nedsætte en arbejdsgruppe med henblik på at etablere nærhedsservice med inspiration fra Nibe-modellen, hvor der dengang var tilknyttet praktiserende læger, jordemoderkonsultation, kiropraktorer og hjemmesygepleje. Amtet holdt et møde med alle private sundhedsprofessionelle i Skanderborg Kommune (fx læger, tandlæger og fysioterapeuter) og tilbød alle med ydernummer at kunne leje lokaler. På det tidspunkt var de private meget skeptiske over for ideen, prisen for leje m.m. Nu er der venteliste på at komme ind, og de praktiserende læger, psykiatrien og tandlægerne ønsker at udvide, da de generelt oplever mange fordele ved et bygningsfællesskab med andre sundhedsfaglige. Efterfølgende kom et værested for psykisk handicappede, høre- og talecentrene, misbrugs- og alkoholrådgivningen samt ambulante ydelser i sygehusregi, eksempelvis kirurgisk, medicinsk og røntgen ambulatorium. Dengang drev Odder Centralsygehus dette som en service for borgerne i Skanderborg. Indsatsen med ambulante funktioner og jordemoderklinik etc. skulle styrke Odder Centralsygehus. Siden er Odder Sygehus lukket, og i dag driver Silkeborg Centralsygehus de ambulante funktioner.

Ifølge vicekontorchefen og den tidligere administrator var Skanderborg Kommune i starten generelt negativt indstillet overfor ideen om et sundhedscenter, fordi Skanderborg Sygehus netop var blevet nedlagt, og ideen om et sundhedscenter kom fra amtet. Nu er kommunen meget positiv og har mange funktioner i centret. Eksempelvis lejer kommunen lokaler til et værested for ældre og et aktiveringsprojekt i Sundhedscafeen samt til den kommunale psykiatri.

Sundhedscentret kører uden tilskud og har årligt et overskud på 250.000-300.000 kr., som bruges til vedligeholdelse af bygninger, eller amtet har mulighed for at anvende til andre formål.

Amtslige/kommunale og private sundhedsprofessionelle under ét tag

Skanderborg Sundhedscenter har mange praktiserende læger, både i form af en fællespraksis med 5 læger og 3 læger i selvstændige praksis. Der er speciallæger (øre-, næse-, halslæge, neurolog), tandlæge/-kirurg, psykolog, diætist, fysioterapeut, kiropraktor, zoneterapeut og psykiatri (både amtslig og kommunal). I psykiatrien er der både tilknyttet psykiatere, sygeplejersker, psykologer, socialrådgiver og socialpædagoger. Socialpsykiatrien (den kommunale psykiatri) driver en genbrugsbutik "Dragkisten" og har et værested "Skanvær" på 2. sal i sundhedscentret. Værestedet er for sindslidende, som kan beskæftige sig med forskellige aktiviteter såsom at drive genbrugsbutikken, støbe lys m.m.

Sundhedscentrets behandlingsmæssige funktioner er blodprøvetagning, røntgen, kirurgisk- og medicinsk ambulatorium, fysioterapi, forskellige jordemodertilbud samt bloddonortapning. Disse tilbud hører alle under Silkeborg Centralsygehus' regi. De nævnte ambulante funktioner er satellitfunktioner til stamafdelingerne på Silkeborg Sygehus, og der er træffetid fra 2 til 5 dage om ugen i dagtiden afhængig af speciale. Endvidere træffes et høreinstitut, taleinstitut, alkoholrådgivning samt en naturlæge efter forudgående aftale.

Brugere/patienter kan drage nytte af, at mange undersøgelser/efterbehandlinger af sygehusmæssig karakter kan foretages i sundhedscentret, således at den enkelte kan få foretaget undersøgelserne det samme sted og tit samme dag efter henvisning fra egen læge.

> "Jo mindre patienterne skal væk fra deres hjemmeområde, jo bedre. Mange af dem er dårligt gående. Afhængige af dyre transporter. Og der kan man samle det – jeg kan se fx nogle af vores patienter, som har haft apoplexier, og som går til fast træning hos fysioterapeuterne, de bruger meget at komme hos os samtidig." (praktiserende læge).

Skanderborg Kommune har "Kernehuset Bellis" i stueetagen, der er et mødested for efterlønnere og pensionister. Kommunen driver også Sundhedscafeen med daglig åbningstid (undtagen juli måned). Cafeen fungerer som et kommunalt aktiveringsprojekt, hvor mennesker, der har svært ved at komme i arbejde, bliver rustet til arbejdsmarkedet bl.a. gennem at betjene kunder/gæster i cafeen og arbejde med mad og hygiejne i køkkenet. Yderligere findes et aktivitetsudvalg på Skanderborg Sundhedscenter, som årligt afholder 8-10 sundhedsrelaterede foredrag. Aktivitetsudvalget består af brugere og repræsentanter fra kommunen og er nedsat af Kontaktudvalget, som består af politikere fra Århus Amt og Skanderborg Kommune. Udvalget arrangerer foredrag og udarbejder årsberetning, som støttes økonomisk af både amt og kommune med et budget på 2 x 25.000 kr. årligt.

Samarbejde i sundhedscentret

En privatpraktiserende fysioterapeut fortæller om samarbejdet med de praktiserende læger i sundhedscentret. Lægerne henviser patienter til fysioterapi, men de to grupper bruger også hinandens faglige kompetencer. "Hvis jeg har problemer med nogen, eller der er noget jeg skal have belyst noget nærmere, så er det jo let lige at gå ind og snakke med lægerne. (…) Lægerne kommer også herhen, hvis der er et eller andet". "Ja, på den måde fungerer det jo godt nok. Da er det jo et smørhul som sådan, at lægerne er lige inde ved siden af" mener fysioterapeuten, som fortæller, at der også er en aftale med de praktiserende læger om, at deres

uddannelseslæger/lægestuderende må komme og følge fysioterapeuterne en hel dag. På den måde får de lægestuderende indblik i, hvad det er, de henviser til.

En praktiserende læge fortæller, at lægerne i hendes fællespraksis samarbejder med "alle her i centret så vidt vi ved de findes". "Der er mange samarbejdspartnere i umiddelbar nærhed, og det oplever jeg i det daglige som en stor fordel." Eksempelvis nævner lægen, at hun kan gå en etage længere op, hvor der er en øre-, næse-, halslæge "hvis jeg har noget, jeg synes det er vigtigt, han ser". "Eller jeg kan gå hen til fysioterapeuterne, hvis jeg er i tvivl om en patients genoptræning, og jeg ser også modsat, at fysioterapeuterne kommer til mig". Lægen samarbejder også med husets psykolog, som ofte kommer over for at drøfte en fælles patient: "Det tror jeg ikke, vi ville benytte os af, hvis vi skulle over på den anden side af gaden". Lægen er meget glad for at have praksis i sundhedscentret. Sundhedscentret har store mødelokaler, hvor husets praktiserende læger holder fællesmøder – også med de praktiserende læger udenfor huset. I den forbindelse samarbejder de også med cafeen, der leverer mad og service, som er nemt at låne og aflevere tilbage, når man "bor" i samme bygning. Lægen bruger især de ambulante funktioner i sundhedscentret til rådgivning og vejledning, når der opstår tvivlsspørgsmål. Med de ambulante funktioner som røntgen og blodprøvetagning er sundhedscentret "næsten som et lille sygehus". Lægen bruger laboratoriefunktionen meget, også som aflastning når der skal foretages mange blodprøver. Lægerne i fællespraksisen har også en aftale med en kiropraktor i huset om, at de lægestuderende, der er under uddannelse i praksis, kan følge en kiropraktor en halv dag. Den praktiserende læge nævner samtidig, at mange af fordelene ligger i, at hun har fælles praksis med 4 andre læger, som hun samarbejder meget med og kan gå til, når hun har brug for råd og vejledning. "Det er ikke specielt for et sundhedscenter; man kan også være mange i en lægepraksis i et almindeligt hus. Men hvis jeg skulle arbejde alene som sololæge, kunne jeg virkelig godt tænke mig, at jeg boede i sådan et sundhedscenter." De 5 læger har et fælles patientgrundlag på 5.300 personer. De har en uddannelseslæge, der snart bliver udvidet til to uddannelseslæger. Derudover er der en sygeplejerske, som også arbejder deltid som sekretær og tre andre sekretærer. Der bliver snart ansat en sygeplejerske mere hos lægerne, som skal indgå i et forskningsprojekt om forebyggelse.

Af samarbejde, der rækker ud over Skanderborg Sundhedscenter, nævnes den daglige kontakt med hjemmesygeplejerskerne: "Dem er vi meget glade for at samarbejde med, fordi de er jo vores forlængede arm til patienterne og omvendt" (praktiserende læge). Derudover kommer de farmakonomstuderende fra Skanderborg Apotek på studiebesøg og får et indblik i lægernes arbejde, ligesom lægerne har været på besøg på apoteket.

Silkeborg Centralsygehus' ambulante klinik i Skanderborg Sundhedscenter laver blodprøver, som sendes til centralsygehuset, ligesom der laves ambulant EKG. På den måde tilbydes patienterne nærhed frem for at tage til Århus, Silkeborg eller Horsens sygehuse. Der er åbent fem dage om ugen: kl. 7.30-11.00 tre dage og kl. 7.30-14.00 to dage om ugen. Der er en fast laborant i ambulatoriet, som er gennemgående alle dage, samt en skiftende laborant, som tager prøverne med til Silkeborg Centralsygehus. På 1. sal er der endvidere bloddonortapning hver 14. dag. Denne funktion foretages af andre laboranter fra Silkeborg. Der findes også en mobil laborant, som kører ud til plejehjem og i de private hjem. "*Det er et godt tilbud, idet ældre og svage borgere kan få foretaget blodprøvetagning i vante omgivelser*". "*Sundhedscentret er et godt alternativ, når der ikke kan være et sygehus"*(laborant).

Samarbejde foregår primært med de andre ambulante funktioner som medicinsk og kirurgisk ambulatorium og med de praktiserende læger.

Jordemoderen samarbejder mest med ambulatorierne i sundhedscentret og de øvige jordemødre. De synes, det er "genialt", at gynækologerne er i ambulatoriet de samme dage som jordemødrene. Derudover består samarbejdspartnerne af de praktiserende læger, Silkeborg Sygehus

og sundhedsplejerskerne i Skanderborg Kommune. Jordemødrene har ikke et udbredt samarbejde med de andre fagpersoner i huset, men det forlyder, "at det er dejligt, at de er der – at patienterne/de gravide ikke skal helt til Silkeborg". Jordemoderen mener desuden, at en fordel ved at være i lokalområdet frem for på sygehuset er, at man kommer til at kende sundhedsplejerskerne i området, som jordemødrene i sundhedscentret har møde med hvert halve år.

Projektlederen for Sundhedscafeen skal aktivere Skanderborg Kommunes bistandsklienter og sørge for, at de kommer i arbejde. Det gør hun gennem jobtræningstilbud og kursustilbud.

Projektlederen samarbejder med alkoholrådgivningen, socialrådgivere og praktiserende læger omkring hendes klienters problemstillinger. I 2000 omhandlede det især alkoholrelaterede problemstillinger, mens det i dag i stigende grad er psykosociale problemer, klienterne har. Projektlederen planlægger et projekt om fedme, som skal inddrage diætisten, lægerne og fysioterapeuterne i centret samt forskellige foredragsholdere.

Samarbejdet mellem Århus Amt og Skanderborg Kommune

Skanderborg Kommune og Århus Amt samarbejder på en række områder, hvoraf nogle er konkretiseret i en ældreaftale. Det fremgår af aftalen, at amt og kommune har en del aftaler, hvor sundhed på tværs er en realitet.

Eksempelvis har Århus Amt et geriatrisk følge-hjem team. Det følger især de patienter hjem fra sygehuset, som egentlig har behov for indlæggelse, men har bedst af at være i eget hjem, fx demente, som bliver konfuse af at være på sygehuset. Teamet sørger for at lave alle aftaler og ordninger med egen læge, hjemmesygeplejerske/kommune og pårørende. Derudover gennemser de medicinen og kommer på opfølgende besøg. "De følge-hjem teams laver vi mange steder nu fra de medicinske og kirurgiske afdelinger" (ansat i Århus Amt og arbejder med sundhedsaftaler).

Følge-hjem teamet har "et meget tæt samarbejde" med hjemmesygeplejersken. Samarbejdet går begge veje, da man arbejder mere og mere hen mod "mere sygehus ud i hjemmene" (ansat i Århus Amt). Der er fx en aftale for hjemmeposedialysepatienter, der oprindelig var en sygehusopgave, men amtet nu betaler hjemmeplejen for at varetage. Der kan være problemer i samarbejdet mellem amt og kommune:

> "Kommunen tror, at når man laver sådan nogle teams, er det bare for at få patienterne hurtigt hjem. Så det kræver lidt samarbejde med kommunerne, at de også skal kunne se, at det faktisk er en fordel, at fru Jensen ikke kommer ind, fordi de ved godt, at ved en indlæggelse der sker mange ting, og hun bliver endnu mere konfus end hun er i forvejen (...). Men det er jo altid en diskussion. Det er noget med opgaveglidninger"(ansat i Århus Amt).

Det er derfor ikke alle kommuner, som amtet/sygehuset er blevet enige med omkring taksterne.

> "Ulemperne er, at kommunerne har fået de her frit valgs-modeller, bestiller-udfører-modeller. Der har kommunerne udregnet nogle faste takster. Det gør, at samarbejdet ikke er så smidigt, som det har været tidligere. Den der med 50-50[38] det er ikke altid, at den lige går, som den altid har gået, for nu har man nogle faste takster, som man skal gå efter. Det har vi lange tovtrækkerier frem og tilbage herinde bag kulisserne" (ansat i Århus Amt).

Sundhedsprofessionelles bud på udvikling og visioner

Den privatpraktiserende fysioterapeut ønsker mere forebyggelse. Der er mange visioner i sundhedscentret, men fysioterapeuten mener, der mangler en person med det gyldne overblik. Det burde være en sundhedsprofessionel, der traf beslutninger for sundhedscentret. Nu er det politikere og dermed kortsigtede og økonomiske beslutninger, der træffes på området.

Jordemødrene i sundhedscentret har søgt undervisningsministeriets pulje til bekæmpelse af overvægt, da de vil starte et projekt med kurser for overvægtige gravide. Det er meningen, at jordemødrene skal være tovholdere for nogle hold, hvor der også skal være en psykolog, en diætist og en fysioterapeut tilknyttet. Jordemødrene skal være med i projektet for, at de måske kan få lov til at fortsætte det. Fra sygehusets side er der forståelse for, at de som jordemødre skal overtage nogle af funktionerne. Sundhedsplejerskerne skal også kobles på, så det fortsætter, efter kvinderne har født. Siden maj 2003 er jordemødrene kommet under Silkeborg Centralsygehus i stedet for Odder Sygehus. Der har været en omstillingsproces. Derudover har klinikken udvidet med en konsultation mere pr. 1. juli 2003. Tidligere var der kun tilknyttet 3 jordemødre, nu er der 4.

Siden etableringen har Skanderborg Sundhedscenter haft et Brugerråd tilknyttet. Det er den tidligere støtteforening for Skanderborg Sygehus. En af brugerrådsformandens visioner for Skanderborg Sundhedscenter handler om en skadeklinik, hvor sygeplejersker samler patienter sammen og tilkalder vagtlægen. Systemet er dog meget kasseopdelt. Brugerrådet vil gerne have døgndækning, men det finder amtet for dyrt.

Laborantens idé til udvikling af Skanderborg Sundhedscenter er længere åbningstid, så ambulatoriet kan holde åbent i samme periode som medicinsk og kirurgisk ambulatorium. En praktiserende læge ønsker sig et daghospital i forlængelse af ambulatoriet, fx med mulighed for blodtransfusion ugen første 3 dage. Lægen kunne også tænke sig, at diabetespatienter kunne få diætistrådgivning i ambulatoriet, ligesom der kunne være en børnelæge i sundhedscentret.

Sundhedsområdet kunne udvikles til det bedre på nogle få områder, særligt omkring ydelsernes omfang og tilgængelighed for patienterne.

Genoptræning nævnes af flere sundhedsfaglige og repræsentanter fra brugerrådet som et område, der bør udvikles: “Genoptræningen svigter, fordi den ligger i en gråzone mellem amt/kommune” (Brugerrådet). Der bliver gjort opmærksom på, at patienterne ikke længere får det samme tilbud som tidligere, hvor tilbuddet om genoptræning hørte under Odder Sygehus. Eksempelvis beskriver en fysioterapeut bygningsfællesskabet som: “ikke et sundhedscenter – et sparecenter”.

Herudover kan informationsindsatsen øges enkelte steder: “Der mangler information om sundhedscentret. Sygehuslægerne ved sygehusene i Århus skriver stadig til Skanderborg Sygehus”(Brugerrådet).

Endvidere kan et sundhedscenter ikke rumme alle privatpraktiserende sundhedsfaglige personer i en kommune. I forbindelse med henvisninger fra egen læge kan der derfor ske en forfordeling af de sundhedsprofessionelle med praksis i sundhedscentret. En læge er opmærksom på, at der kan være ulemper ved at bo i et sundhedscenter. Det er så nemt at henvise sine patienter til de fysioterapeuter, kiropraktorer og den psykolog, der bor i huset, at man skal anstrenge sig for at huske også at henvise til de sundhedsprofessionelle med praksis ude i byen. De praktiserende læger og de andre læger prøver at undlade at gøre forskel, men tror, at lægerne i centret forfordeler dem.

Skanderborg Sundhedscenter er et bygningsfællesskab, hvor "sundhed på tværs" viser sig at være en reel mulighed, som de sundhedsfaglige så vidt muligt benytter sig af. Centret huser mange forskellige professioner inden for amt, kommune og i privat regi. Silkeborg Sygehus har valgt at tilbyde borgerne i Skanderborg Kommune en række satellitfunktioner i form af medicinsk og kirurgisk ambulatorium, røntgen mv. Kommunen har både social- og sundhedsfaglige aktiviteter placeret i sundhedscentret og psykiatri, aktiveringstilbud og værested for pensionister etc. Af private aktører i sundhedscentret er fysioterapeuter, alment praktiserende læger, tandlæger m.fl. Selvom der er tale om et bygningsfællesskab, så ændrer det ikke på de eksisterende strukturer mellem den primære og sekundære sektor, men giver anledning til mere netværksdannelse og udveksling af viden.

Geriatrisk Team - den udgående sygehusfunktion i Århus Amt

> "Geriatriens arbejdsområder er undersøgelse, behandling og pleje af den del af den ældre befolkning, der er blevet syge - oftest med flere samtidige behandlingskrævende sygdomme og næsten altid ledsaget af et større eller mindre funktionstab, som nødvendiggør genoptræning/rehabilitering".39

Det geriatriske team i Århus Amt[40] er et tværfagligt team, som består af læger, sygeplejersker samt ergo- og fysioterapeuter. Vi møder en overlæge og en afdelingssygeplejerske fra det geriatriske team i deres lille konferencerum på Geriatrisk afdeling, Århus Amtssygehus. De fortæller, at ideen om en udgående funktion fra Geriatrisk afdeling på Århus Amtssygehus er inspireret af det distriktsgeriatriske team i Glostrup, som var det første i landet. Geriatrisk team er et sundhedstilbud, der går på tværs af den primære og sekundære sektor. Gennem etableringen af det tværfaglige, udgående team undgår amtet indlæggelser af mange ældre patienter. Samtidig findes dokumenteret viden om, at denne form for behandling og pleje gavner patienten. De ældre patienter bliver hjulpet ud fra en grundlæggende tanke om, at patientens samlede situation og behov er i centrum. De ældre kan få behandling og anden hjælp i eget hjem ved, at læger, sygeplejersker og terapeuter fra Geriatrisk afdeling på Århus Amtssygehus tager på hjemmebesøg. En overlæge på Geriatrisk afdeling ser store fordele i, at teamet foretager vurderinger af den ældre patients helbred og sygdomsbillede i hjemmet. På den måde rykkes den ældre patient ikke ud af de vante rammer, som det sker ved en hospitalsindlæggelse. Patienterne henvises af amtets praktiserende læger og amtets sygehusafdelinger. Patienter, som henvises til Geriatrisk team/dagafsnit, vil kunne forvente at blive vurderet i hjemmet eller dagafsnittet inden for 10 hverdage. Efter behov kan patienten ses akut. Geriatrisk afdeling har et nært samarbejde med primærsektoren, praktiserende læger og hjemmeplejen.

En sygeplejerske fortæller, hun har været i det geriatriske team i 5 år og har arbejdet på Geriatrisk afdeling på Århus Amtssygehus siden 1989. Hun har aldrig arbejdet i primærsektoren, men vurderer, at hun gennem samarbejdet har et godt kendskab til sektoren. Sygeplejersken tager ud med teamets ergo- eller fysioterapeut og besøger patienter henvist til geriatrisk team med henblik på at kunne blive i eget hjem. Teamet undersøger ambulant. De kan for det meste "bringe sygehuset ud til borgerne". Sygeplejersken påpeger, at teamet ser patienterne i sammenhænge: De sociale, psykiske etc. Hun giver et eksempel med en mand, der altid har gået meget. Pludselig kan han ikke gå, har smerter og kan ikke trænes op. Personale fra Geriatrisk team opdager så, at han har et skjult hoftebrud. Det bliver der sat ind over for, og nu går han igen. Men det kræver, at nogen stiller spørgsmålstegn og griber ind. Sygeplejersken vurderer, at Geriatrisk team er et godt tilbud. "Det siger patienterne også". Teamet får også anerkendelse fra de pårørende. Geriatrisk team har ry for at gøre tingene ordentligt, og de pårørende respekterer og anerkender også, når teamet siger, når de ikke kan gøre mere.

Geriatrisk Team - sammensætning, tilhørsforhold og fordeling af patienter

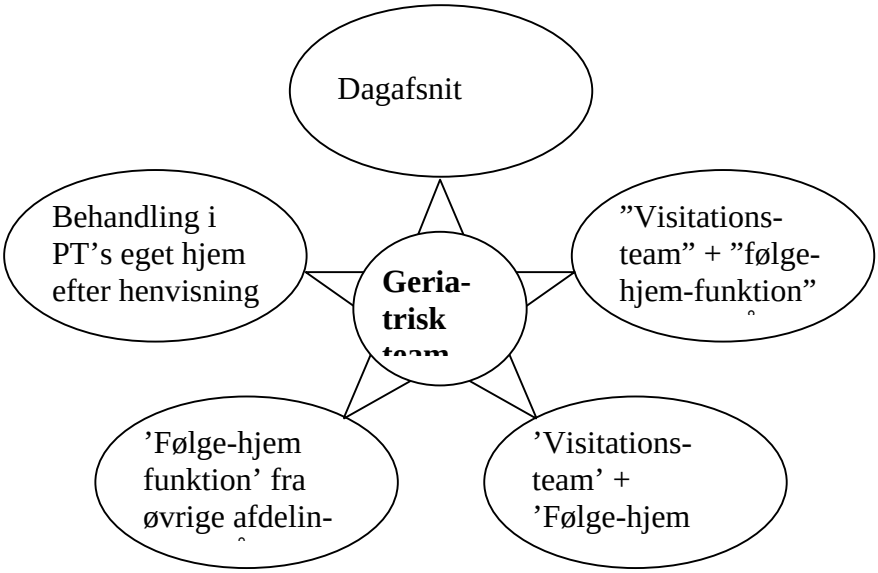
Teamet består af 10 læger, heraf 4 speciallæger (geriatere) og læger under uddannelse. Der er 7 sygeplejersker, 2 ergo- og 2 fysioterapeuter. Teamet har 2,5 biler. Sygeplejerskerne skifter funktion hver 3. måned. Al personale i Geriatrisk team er ansat i Geriatrisk afdeling, Århus Amtssygehus. Der er lægekonference for udgående læger en gang om ugen og tværfaglig konference ligeledes en gang om ugen. Sygeplejerskerne i det udgående team har 20-25 patienter. De tager selv blodprøver. Lægerne i det udadgående team har ca. 70 patienter.

I princippet er Geriatrisk team amtsdækkende, men reelt reklamerer teamet ikke i hele amtet, da man ikke har den nødvendige kapacitet til så stort optageområde. Nogle læger på Djursland har hørt om teamet og bruger det, fortæller en sygeplejerske. Lægernes kendskab til Geriatrisk team giver efterspørgsel på teamet. I praksis har Geriatrisk team patienter i Silkeborg, Skanderborg, Odder og Djursland ud over Århus. I Odder er der ambulatorium og genoptræningsafdeling, som teamet også henviser til.

Teamets tværgående funktioner

I første omgang foretog teamet kun planlagte og elektive vurderinger. Nu foretager de ligeledes akut vurdering i hjemmet og akut vurdering på Medicinsk Visitations Afdeling (MVA) på det tidligere Århus Amtssygehus (AAS). Geriatrisk team foretager også demensudredning.

- *"Følge-hjem funktion":* En person fra Geriatrisk team følger patienten hjem fra sygehuset, mødes med hjemmeplejen og løser praktiske opgaver (handler ind, flytter rundt, lufter hund etc.). Alle sygehusafdelinger har mulighed for at bestille "følge-hjem teams" og hjælp til at skabe sammenhæng i patientforløbene mellem primær og sekundær sektor.
- *Geriatrisk dagafsnit*: I dagafsnittet på Geriatrisk afdeling på AAS foretages bl.a. blodtransfusioner. Patienter indlægges desuden på korttidspladser (ikke akutpladser) i udredningsforløbet.
- *Vagtberedskabet:* SOSU-assistenter har et korps, som kan yde fast vagt i op til tre døgn både aften og nat, mens hjemmeplejen dækker om dagen i patientens eget hjem, når patienten inden for sidste døgn er tilset af egen læge, vagtlæge eller en læge fra Geriatrisk Team. Dermed slipper patienten for at flytte. Disse faste vagter bruges især om sommeren, hvor der er mange tilfælde af dehydrering.
- *Akutlinie:* Geriatrisk Team har en akutlinie, hvortil de praktiserende læger ringer, når de vil undgå en indlæggelse. Teamet kan komme ud i hjemmet inden for et døgn. Ifølge en overlæge synes de praktiserende læger, at det er en god service.
- Af uddannelses og kursusaktiviteter har teamet undervist SOSU-korpset om demens. Fra Geriatrisk afdeling udgik "Projekt Skolebænk" for sygeplejersker på sygehuse og hjemmesygeplejersker, som skulle give mere viden om Geriatrisk team, samt om tilbud og geriatri generelt. Der var oplæg og diskussion med udgangspunkt i nogle cases. Kurset var en succes og skal nu gentages med 4 kurser i løbet af foråret 2004.



Figur: Teamets tværgående funktionsområder. [Egen tilvirkning]

Fast servicering af andre afdelinger

MVA og ortopædkirurgisk afdeling har flest ældre patienter.

Medicinsk Visitationsafdeling

Et geriatrisk team, som består af en læge, en sygeplejerske og en ergoterapeut, møder på Medicinsk Visitationsafdeling (MVA) om morgenen og går stuegang ligesom afdelingens egne læger. En geriatrisk overlæge fra teamet vurderer, at mange opgaver ikke behøver at blive varetaget på sygehuset. Det geriatriske team "stiller tiden tilbage" og ser på, hvad de kunne have gjort, hvis patienten ikke var kommet på sygehus. De stiller spørgsmål som: "Hvordan kan man undgå, at det sker igen" og "Hvad gør vi nu"? Derudover rydder teamets sygeplejersker op i medicineringen og forestår aftrapning af medicin. En sygeplejerske fra teamet forklarer eksempelvis, at depressionspatienter ofte bliver henvist som smertepatienter.

Der kan opstå interkollegiale problemer på de medicinske afdelinger, fordi det geriatriske personale tænker anderledes end det almen medicinske personale. Det geriatriske team ved, hvad patienten kommer fra; de kender primærsektoren fra det tætte samarbejde og ved, hvad hjemmeplejen kan. Teamet vurderer funktionstab, og patienten mobiliseres. Man ser på, hvad patienten kan og skal kunne i det daglige.

Ifølge en overlæge og en afdelingssygeplejerske fra teamet vil teamet gerne udvide serviceringen på MVA til alle de øvrige medicinske afdelinger.

Ortopædkirurgisk afdeling

Et geriatrisk team bestående af en læge, en sygeplejerske og en fysioterapeut møder om morgenen på ortopædkirurgisk afdeling. Ifølge det geriatriske personale er der også her en forskellig tankegang i forhold til kirurgisk afdeling. Et eksempel kan være, at afdelingen ser på hoftefraktur vs. det geriatriske teams interesse for "hvorfor patienten faldt".

Med teamets deltagelse bliver faldudredning og ortopædkirurgisk udredning gennemført tidligere i forløbet, og det vinder dage. Afdelingen sparer bl.a. indlæggelsesdage til hofte- og bækkenfraktur, hvor liggetiden halveres.

Øvrige afdelinger der betjenes af det geriatriske team

På det tidligere Århus Kommunehospital tager Geriatrisk team sig af hoftebrud hos +67 årige (funktionsmæssig alder). Teamet har en aftale med ortopædkirurgisk afdeling om, at de "tømmer" afdelingen og får patienterne på benene på Marselisborg rehabiliteringsafdeling.

Geriatrisk team fører tilsyn med de geriatriske patienter på andre afdelinger efter aftale. Patienter udskrives med træning etc. Geriatrisk team stiller krav til afdelingen om, at den skal have afsluttet sit arbejde. Teamet følger mange ældre patienter hjem fra afdelinger på Århus Amtssygehus.

Skejby Sygehus serviceres af det geriatriske team efter anmodning. Teamet kan forkorte indlæggelsen gennem intensiv indsats på mange områder. Det ses, at afdelingerne i stor stil udøver en ensidig indsats. Liggetiden ved hoftebrud er på ca. 5-10 dage. Men der kan også komme andre sygdomme til, og det sociale spiller ind, forklarer en sygeplejerske.

Patienter kan komme som kursister på 2½ uges ophold med både social og mental genoptræning på Marselisborg Hospital. Afsnittet er baseret på en aftale om 50-50-betaling mellem Århus Kommune og Århus Amt. Det har 18 døgnpladser, hvoraf Århus Amt har henvisningsret til 5 og Århus Kommune til 13 pladser. Der er 5 dagpladser. Hensigten med det nye træningstilbud er, at patienten i stedet for at blive færdigregistreret og vente på anden bolig på hospitalet overføres til et kursusophold i kommunalt-amtsligt regi med speciel vægt på genoptræning af svage gamle. For borgere i eget hjem sigter tilbuddet mod at forbedre et faldende funktionsniveau, så borgeren kan klare sig og boligskift undgås[41].

Teamets komplekse samarbejdsrelationer

Teamet servicerer afdelinger, pårørende, praktiserende læger og hjemmeplejen omkring den ældre patient. Geriatrisk team samarbejder i høj grad med eventuelle pårørende i hjemmet.

Teamet bliver taget fint imod på afdelingerne (Ortopædkirurgisk og MVA), og der er et fint samarbejde med lægerne her, fortæller en overlæge fra Geriatrisk Team. Geriatrisk Team arbejder ikke som rådgivere eller konsulenter på afdelingerne, men udfører reelt også de medicinske afdelingers arbejde/opgaver. Derfor er dialog også helt nødvendig.

Teamet skal sikre samarbejdet på tværs af systemerne, overvåge aftaler og lave planer. En overlæge i teamet vurderer, at det har større erfaring på geriatriområdet end de fleste og samtidig god kontakt og kendskab til hjemmeplejen. De mødes tit med hjemmesygeplejerskerne. Teamet hører på patienterne og sammenligner med hjemmeplejens oplysninger. På sygehuset er teamet med ved udskrivelseskonferencen og arrangerer møder i hjemmet. Derudover har teamet altid kontakt til patientens egen læge, da det er hans område, teamet så at sige træder ind på. Geriatrisk team og primærsektoren fordeler opgaver mellem sig. Teamet træner i samarbejde med hjemmeplejen og sætter "det hele" sammen på 3-4 dage. Der samarbejdes også med forskellige dele af patientens netværk afhængigt af problemkomplekset, og man benytter forskellige faggrupper fra sekundærsektoren, eksempelvis læge, plejepersonale, fysio- og ergoterapeut, diætist, talepædagog, socialrådgiver og beskæftigelsesvejleder. Hvor samarbejdet omkring pleje og behandling sker gennem primærsektoren, er samarbejdsparterne distriktsfysio- og ergoterapeut, hjemmeplejen, lokalcentret og den praktiserende læge.

Teamet koordinerer mellem sygehusafdeling, pårørende, hjemmeplejen etc. Der er et godt arbejdsmiljø, hvilket også er vigtigt og nødvendigt. Teamet er altid gæster: På afdelingerne, i hjemmet og på andre sygehuse.

Teamet bruger hinanden meget internt. Der er organiseret rum for at bruge hinanden, og det er vigtigt, vurderer en sygeplejerske. Terapeuter og sygeplejersker står med det praktiske. Derfor

er det rigtig godt at være to, mener en sygeplejerske fra teamet. På MVA er der en sygeplejerske og en fysioterapeut, og på ortopædkirurgisk afdeling består Geriatrisk team af ergoterapeut og sygeplejerske.

Udvikling og visioner for fremtiden

Personalet i Geriatrisk team videreuddanner sig gennem kurser, temadage, internettet og tidsskrifter. Teamet har løbende kontakt med andre geriatriske afdelinger og tiltag. "Dynamisk geriatri" i Glostrup har eksempelvis været i Århus på studietur. Der er et fælles geriatrisk forum for sygeplejersker og et geriatrisk selskab for læger. Teamets overlæge og en afdelingssygeplejerske ville gerne lave en diplomuddannelse i geriatri, men det er der ikke økonomi til.

Overlægen og afdelingssygeplejersken vil gerne have geriatriske teams på alle sygehusafdelinger. Den intensive indsats skal ud på andre afdelinger end MVA og ortopædkirurgisk, da der ligger ældre på alle afdelinger. Teamet skal indgå som en integreret del af afdelingen. Inden for det sidste år har der været et fast team på kardiologisk og ortopædkirurgisk afdeling. Geriatrisk team har arbejdet sådan, at de først viser, hvad de kan, og først derefter får bevilget penge. På afdelingerne er de som gæster, der blander sig. De "gøder jorden", så afdelingen selv ser, at de har behov for Geriatrisk team. Skejby Sygehus kender ikke Geriatrisk team endnu, bortset fra nefrologisk (nyremedicinsk) afdeling, som har brugt dem et par gange. "Det er en balancegang, når man er ude på andre afdelinger", fortæller en overlæge. Det geriatriske team skal ikke blande sig for meget, men må gerne hjælpe. Det kræver stor informationsindsats.

En overlæge og en afdelingssygeplejerske mener, at kendskabet til Geriatrisk Team skal forankres hos patienter og pårørende. Indlæggelsen og hele situationen omkring den ældre er altid omgivet af usikkerhed. Teamets tilbud giver større tryghed, vurderer overlægen.

En sygeplejerske i Geriatrisk Team mener, at kommunen burde have en sygestue eller lignende med midlertidige forebyggende pladser og aflastningspladser. Hun vil gerne, at nogen sætter ind før, eksempelvis inden et brud/en fraktur. Sygeplejersken fortæller, at hun ser et problem i, at de dårligst uddannede er dem, der er tættest på den ældre borger. De sætter typisk ind med mere hjælp, ikke med træning.

Teamets arbejdsfordeling

Det første hjemmebesøg hos en ældre patient tager altid ca. 2 timer, hvor alt endevendes, der tages blodprøver etc. Derefter er der x antal opfølgende besøg af sygeplejerske og terapeut. Lægens job er at se alle problemerne og vende dem med de to andre i teamet (sygeplejerske og terapeut). Sygeplejersken skal følge op og supplere. Det tværfaglige består i, at der er tværfaglig konference en gang om ugen. Derudover mødes teamet uformelt mange gange. Sygeplejerskerne synes, der skal være overlæger i teamet, men ofte er det reservelæger andetsteds fra, da der er mangel på geriatere.

Medarbejderne er glade for at arbejde på denne måde. De flytter rundt mellem funktionerne, men med samme viden, som bruges på forskellig vis i de enkelte funktioner. Der er stor fleksibilitet og højt kvalificeret personale. Fleksibiliteten mangler andre steder i systemet, fx hos hjemmeplejen, vurderer overlægen i teamet. Hun fornemmer, at teamet oplever kulturforskelle i måden, de forskellige parter ser og tackler ændringer. Nogle hjemmesygeplejersker ser funktionstab, kender Geriatrisk Team og ringer til den praktiserende læge. Arbejdet mellem den primære og sekundære sektor gør, at teamets personale får øje på andre forhold end

de ansatte i den enkelte sektor. En sygeplejerske fra teamet vurderer, at teamet bedre ser forløbet fra patientens side.

Problematisk at arbejde mellem sektorer

En sygeplejerske i Geriatrisk Team mener, der er for meget 'kassetænkning' i hjemmeplejen, som nogle gange tror, at sygehusindlæggelse automatisk fører til plejehjem og flytning af den ældre eller benytter indlæggelsen som en kærkommen chance til at flytte den ældre på plejehjem.

Et andet problem er, at teamet kun har adgang til papirer i den sekundære sektor. Nogle gange har patienten mappen med fra primærsektoren. Det er et problem, at mange prøver tages igen og igen. Ved søgning på prøvesvar kommer prøver fra de andre sygehuse ikke med. Sygehuslægen ved typisk ikke, hvad den praktiserende læge har brug for at vide, og ældre patienter har svært ved at redegøre for tidligere behandling. Sygeplejersken glæder sig derfor til, at EPJ bliver implementeret.

Et tredje problem er, at der ikke findes mange uddannede geriatere (speciallæger) eller speciallæger i langtidsmedicin, som er den gamle betegnelse. Det er ikke et prestigefyldt speciale.

En overlæge og en afdelingssygeplejerske har kendskab til andre teams: palliative teams. Men Geriatrisk team har deres egen overlæge i palliation, så de "kan selv" og har ofte andre og flere vinkler på oplyser teamet.

Afsluttende bemærkning

Det Geriatriske Team oplever selv, at der er tale om et professionelt team, som gør en forskel for de geriatriske patienter i Århus Amt. Teamet er tværfagligt og kan derfor yde en mangefacetteret indsats i de konkrete patientforløb, uanset hvilken specialafdeling patienterne er indlagt på. Det Geriatriske Team servicerer en række afdelinger, specielt MVA og ortopædkirurgisk afdeling på henholdsvis det tidligere Amtssygehus og Kommunehospital. Dog kan denne service udbygges til langt flere afdelinger i fremtiden, men teamet er allerede efterspurgt, så det vil kræve flere personaleressourcer at skulle servicere flere. Det Geriatriske Team er en udgående sygehusfunktion, som tilbyder besøg og behandling i patientens eget hjem efter henvisning fra egen læge. Ligeledes har teamet en følge-hjem funktion, som er med til at kvalificere behandlingen og plejen af den geriatriske patient, således at disse ikke lades alene efter udskrivelsen. Det viser, at det geriatriske team i praksis kan udføre helhedsorienteret pleje og behandling på tværs af sektorer.

Datagrundlag, litteratur og noter

I forbindelse med casen om Skanderborg Sundhedscenter er følgende informanter interviewet:

- *Vicekontorchef i Århus Amt*
- *Fuldmægtig i Århus Amt*
- *Tidligere Administrator af Sundhedscentret*
- *Administrator af Sundhedscentret*
- *Brugerrådsformanden*
- *Alment praktiserende læge*

- *Jordemoder*
- *2 Fysioterapeuter både en offentligt ansat og en privat praktiserende*
- *Laborant*
- Observation og rundvisning i Skanderborg Sundhedscenter ved administrator

Informanter vedr. casen om det Geriatriske Team:

- *Speciallæge i Geriatri*, overlæge i det Geriatriske Team
- *Afdelingssygeplejerske* i det Geriatriske Team
- *Sygeplejerske* i det Geriatriske Team

Litteratur

DSR/Sundhedskartellet (2003)
Sundhedscentre – nye veje til mere sundhed for pengene. København, 2003.

Amtsrådsforeningen (2003a)
Nørbæk L., Pedersen L. Lokale sundhedscentre i et sammenhængende sundhedsvæsen. København : Amtsrådsforeningen, 01.09.2003.
http://www.arf.dk/NR/rdonlyres/elfmjotidzgegujq3udbwublnwgcl2lrlbikz6upp3rvfqcnwvnlw3bzfzqz7cwvjj3osslusv7l7icsutuwialbhob/LokaleSundhedscentreIEtSammenhaengendeSundhedsvaesen.pdf

Amtsrådsforeningen (2003b)
De praktiserende læger og kommunale sundhedscentre. København: Amtsrådsforeningen, 09.05.2003. (Internt notat)

Amtsrådsforeningen (2003c)
Nørbæk L. Bærende principper for tilrettelæggelsen af sundhedsvæsenets tilbud. København: Amtsrådsforeningen, 24.06.2003. (Internt notat)

Amtsrådsforeningen (2003d)
Sundhedscentre. København: Amtsrådsforeningen, 13.06.2003. (Internt notat)

Sundhedsministerens Rådgivende Udvalg (2003)
Sundhedsvæsenets organisering, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2003.

Lægeforeningen, Sundhedskartellet, Sygehusbranchen i Det kommunale Kartel, Amtsrådsforeningen (2003)
Det sammenhængende sundhedsvæsen skal udvikles – ikke fastlåses!, Pressemeddelelse 11.09.03

Ankjær-Jensen, A og Majbritt Christensen. De små sygehuses rolle i den fremtidige sygehusstruktur. Lokale ambulantcentre kunne være en mulighed. Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen 2003; 79(5): 164-166.

Andersen C. Stort NEJ til "Minihospitaler". Ugeskrift for Læger 2003; 165(23): 2363-2366

Poulsen J. Sundhedscentre. Ugeskrift for Læger 2003; 165(26): 2625

Rapport fra styregruppen vedrørende nærhedsservice i Skanderborg. 1988.

Information om Århus Sygehus se nedenstående link: www.aaa.dk/aaa/aas

Rønnov F. Sundhedscentre er kommet for at blive. Mandag morgen 2003; 24: 32-35

Noter

[33] Formand for KL, borgmester Ejgil W. Rasmussen i *"Nyt fra KLs Bestyrelse"*, Særnummer om Lokale sundhedscentre i kommunerne, September 2003.
[34] Jf. formanden for Amtsrådsforeningens Sundhedsudvalg, amtsborgmester Bent Hansen, Viborg Amt (v. repræsentantskabsmødet i Sammenslutningen af Ældreråd i Danmark, d.26/5 2003) og formanden for Amtsrådsforeningen, amtsborgmester Kristian Ebbensgaard, Roskilde Amt, (v. borgmesterkonferencen 4/12 2003).
[35] Lægeforeningen, Sundhedskartellet, Sygehusbranchen i Det kommunale Kartel, Amtsrådsforeningen (2003).
[36] Anni Ankjær-Jensen og Majbritt Christensen, "De små sygehuses rolle i den fremtidige sygehusstruktur - Lokale ambulantcentre kunne være en mulighed", Tidsskrift for dansk sundhedsvæsen, juni / 5 / 2003.
[37] Rapport fra styregruppen vedrørende nærhedsservice i Skanderborg.
[38]50-50 henviser til en finansierings fordeling mellem amtet og kommunen.
[39] Se Århus Amts hjemmeside om geriatrisk afdeling.
[40] Om geriatri i Århus Amt generelt:
Geriatrisk Afdeling G er placeret på det tidligere Marselisborg Hospital, som fra 1.1.2001 er en del af Århus Amtssygehus. 1. januar 2004 fusionerede Århus Amtssygehus og Århus Kommunehospital til ét sygehus.
De to tidligere sygehuse har siden den 1. januar 2004 udgjort ét sygehus med fælles ledelse. Århus Sygehus er en del af Århus Universitetshospital. Se Århus Sygehus hjemmeside. Geriatrisk afdeling er inddelt i sengeafsnittene G1, G2 og G3. Sengeafsnit G1, G2 og G3 har henholdsvis 18, 16 og 10 senge. I afsnit G1 er sengene forbeholdt subakutte patienter, henvist af medicinsk afdeling M og V på Århus Kommunehospital, medicinsk afdeling A på Marselisborg Hospital, medicinsk visitationsafsnit (MVA) på Århus Amtssygehus samt det distriktsgeriatriske team. I afsnit G2 er otte af sengene forbeholdt apoplexipatienter. Patienterne henvises af amtets sygehusafdelinger og det distriktsgeriatriske team. Afsnit G3 er et projektafsnit (for apoplexipatienter) finansieret af Århus Kommune og Århus Amt i fællesskab.
Produktionstal for 2000

Antal udskrevne patienter: 707
Antal udskrevne dag-/teampatienter: 664
Gennemsnitlig liggetid: 21,3 dage
Gennemsnitlig belægningsprocent: 94%
Ventetid på indlæggelse i sengeafdeling: 4 dage
Ventetid på besøg i dagafsnit: mindre end 10 dage
Ventetid på besøg i hjemmet af Distriktsgeriatrisk team: mindre end 10 dage
Antal tilsyn, andre afdelinger: 700

[41] Information om tilbudet Geri4 er fra Århus Amts hjemmeside.

Ældreområdet

Akutstue og Palliativt Team i Hillerød

Denne case handler om lokale sundhedstilbud til ældre borgere i Hillerød Kommune. Det første sundhedstilbud er akutstuerne i Hillerød og etableringen heraf, opgaver der varetages på akutstuerne og relationer til andre aktører i sundhedsvæsenet. Endvidere beskrives organiseringen af det palliative team i Frederiksborg Amt med udgangspunkt i Hillerød Sygehus' optageområde.

Akutstue - fra projekt til permanent tilbud

Den demografiske udvikling viser et stigende antal ældre i befolkningen. I år 2002 udgjorde de 65+ årige således 14,8% af befolkningen, hvilket forventes at stige til 23% i 2040[42]. Denne udvikling giver anledning til at gå nye veje i organiseringen af lokale sundhedstilbud til ældre, eftersom det er en ressourcekrævende gruppe med mange akutte indlæggelser og høje belægningsprocenter på især medicinske afdelinger. I arbejdet med at reorganisere behandling og pleje af den ældre patient vedtog man i august 1998 en forsøgsordning med oprettelse af akutstuer[43] i Hillerød Kommune. Projektet varede i to år, og på baggrund af en samarbejdsaftale mellem Hillerød Kommune og Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen er aftalen pr. 1. januar 2001 gjort permanent. Ordningen indebærer 5,5 akut- og rehabiliteringspladser. De 5,5 pladser har delt finansiering, således at hver samarbejdspartner betaler 50%.

Finansiering er aftalt til:	
Akut- og rehabiliteringspladser	
2.000 sengedage pr. år á 1.360 kr. (2000 niveau)	2.720.000 kr.
Udgifter til Frederiksborg Amt	1.360.000 kr.
Udgifter til Hillerød Kommune	1.360.000 kr.

Der bliver ikke aflagt særskilt regnskab, men årligt udarbejdes en evaluering af aktiviteten for akutstuerne.

Akutstuerne er først og fremmest et tilbud til ældre, som har behov for behandling og pleje og hvor det vurderes, at behandlingen kan foretages af kommunen frem for på sygehus. Der er blevet en stadig stigende erkendelse af, at en del indlæggelser af ældre borgere, specielt på medicinske sengeafsnit, ikke kræver sygehusets specialiserede indsats. Det kan fx være en borger, der er svækket på grund af en infektionssygdom og derfor ikke kan klare sig selv i hjemmet, eller en borger der er færdigbehandlet på sygehuset, men har behov for ekstra genoptræning. Erfaringerne har vist, at det problemkompleks, som nogle ældre indlægges med, lige så godt eller bedre kan afhjælpes i lokalmiljøet, såfremt de rette forhold er tilstede.

Akutstuerne kan således både være baggrund for, at nogle indlæggelser helt undgås, mens de i andre tilfælde kan medvirke til at afkorte en indlæggelse. Alt efter hvilken situation, den ældre er i, kan det være egen læge, vagtlæge eller sygehuslæge, der henviser den ældre til akutstue.

Akutstuer er et begreb, som i en årrække er blevet udmøntet flere steder i landet og har udviklet sig i gråzonen mellem kommune og amt.[44] I 1998 havde 7 amter indgået aftaler om medfinansiering af ordninger med akutstuer. I dag har de fleste amter taget initiativ til at undgå unødige medicinske indlæggelser, men her i form af en lang række forskelligartede tilbud.[45]

Akutstuer i Hillerød Kommune – fokus på det hele menneske

Akutstuerne i Hillerød Kommune ligger i Geriatrisk afdeling på Kirsebærbakken Plejecenter, som ledes af forstander Gerd Johnsen, mens Geriatrisk afdeling ledes af områdeleder Anne Kristensen.

Afdelingen har haft sit navn siden 1972, hvor Jørgen Rosenbeck var lægelig konsulent på Kirsebærbakken. I dag er der dog ingen geriater ansat. I stedet er afdelingen hovedsageligt bemandet af plejepersonale og terapeuter: En områdeleder, sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeut, social- og sundhedsassistenter, sygehjælper, social- og sundhedshjælper og husassistenter.

Tilbudet til ældre borgere om at få pleje og behandling foregår på akutstuerne i Hillerød ud fra et nærhedsprincip. Behandling og pleje skal ske så tæt på borgerens eget hjem som muligt.

I modsætning til plejecentrets plejeboliger tildeles en plads på Geriatrisk afdeling kun midlertidigt. Pladserne tildeles ikke på baggrund af bestemte diagnoser hos borgerne, men efter behov hos disse. Alt efter borgerens behov tildeles således enten en akut-, observations-, rehabiliterings-, aflastnings-, hospice- eller venteplads. Geriatrisk afdeling har i alt 28 pladser, som anvendes fleksibelt på de forskellige pladstyper. Bortset fra hospicepladserne, som er gratis for borgerne, er der en brugerbetaling på 100 kr. i døgnet for en plads. Beløbet dækker mad, rengøring og tøjvask. Generelt er pladserne i afdelingen en succes. Man startede med 17 pladser i 1998, og selvom antallet af pladser er blevet forøget flere gange, har belægningsprocenten været stabil. Den er nu 87,6%, og i 2002 passerede 233 patienter afdelingen. Ifølge forstanderen af plejecentret er der da også tale om “massiv patienttilfredshed” med pladserne.

Samarbejdsaftalen mellem amt og kommune om de 5,5 pladser foreskriver, at pladserne bruges fleksibelt på henholdsvis akut- og rehabiliteringspladser.

Akutpladser

Det er udelukkende læger, som kan henvise til de visiterede akutpladser, dvs. alment praktiserende læger, vagtlæger eller sygehusets akutmedicinske observationsafsnit. Et eksempel på en borger, som kan henvises til en akutplads, er en borger med voldsom lungebetændelse, som hos lægen eller på sygehuset har fået stillet en diagnose, startet en behandling og fået en behandlingsplan. Henvisningen fra lægen er nødvendig, eftersom personalet på Geriatrisk afdeling ikke er uddannet til fx at kunne vurdere, ”hvornår det er en blodprop i hjertet, og hvornår det bare er én, der føler sig lidt dårlig”, som lederen udtrykker det.

Akutpladser giver mulighed for mere samarbejde mellem primær- og sekundærsektoren, der samtidig imødekommer de ældre borgeres behov for pleje og behandling i nærmiljøet.

Rehabiliteringspladser

Hovedopgaverne i den geriatriske afdeling er genoptræning og rehabilitering med fokus på det hele menneske. Det vil sige genoptræning af både kropsfunktion og psyke. Kirsebærbakkens geriatriske afdeling har fokus et andet sted end, end man har på sygehuset: Der fokuseres på mennesket frem for udelukkende på sygdommen, eller som områdelederen siger: “det psy

kosociale overfor sygehusets apparatsorienterede synsvinkel". Og det er en forskel, som kan mærkes. Ligeledes beskriver forstanderen rehabiliteringspladserne som "ikke kun fysisk rehabilitering, det kan ligeså godt være psykosocialt". Det betyder, at også patienter med en depression, eller personer der har været så ensomme, at de ikke har talt med nogen i månedsvis, kan indskrives.

I forhold til amtets tilbud om genoptræning og rehabilitering betegner forstanderen det lokale sundhedstilbud således:

> "Ikke for at kritisere amtets tilbud, men nogen gange giver de ikke tid nok. Det går så lynende hurtigt, at hvis patienten ikke i løbet af 14 dage til 3 uger kan vise, at de profiterer af en genoptræning, så siger man: Det var ærgerligt, det tilbud får du ikke mere. Vores erfaring viser os, at det kan være en måned, to eller tre måneder eller endnu længere tid, at folk skal igennem det her. Det har vi et helt andet syn på i kommunerne. Ja, syn og syn, jeg tror, når man snakker med overlægen og plejepersonalet og terapeuterne rundt omkring på sygehusafdelingerne, så er det økonomien, der har presset dem i sænk."

Den grundige og langvarige genoptræning lader til at bære frugt. Således har Geriatrisk afdeling tidligere gennemført et projekt for at undersøge, hvor folk var henne 3 måneder efter udskrivelsen. Ifølge forstanderen viste undersøgelsen, at 86% af udskrivelserne fra genoptræningspladserne sker til eget hjem, og at langt hovedparten af disse stadig var i eget hjem efter 3 måneder. Resultaterne er i tråd med det politiske mål for akutstuerne om at undgå, at borgerne bliver uhensigtsmæssigt indlagt på sygehuset, eller der opstår for lange indlæggelsestider på sygehuset.

Alment praktiserende lægers relation til akutstuerne

Som nævnt kræver visitation til akutplads henvisning fra en læge. Udover henvisningerne samarbejder de praktiserende læger dog også med akutstuerne på Geriatrisk afdeling på flere andre områder.

Praktiserende lægers opgaver i relation til akutstuer ifølge samarbejdsaftale

- De praktiserende læger tager aktivt del i det lægelige ansvar for deres egne patienter på de midlertidige pladser og tilser patienten, når der er behov for lægeligt tilsyn.
- Telefonkonsultation er altid en direkte dialog mellem sygeplejersken i Geriatrisk afdeling og lægen.
- Henvisende læge (sygehuslæge, egen læge eller vagtlæge) lægger en behandlingsplan ved indlæggelse på akutplads.
- Lægen deltager ved udskrivningskonferencer, hvor der er behov for en lægelig indgangsvinkel/vurdering.
- Vagtlægerne skal umiddelbart pr. fax fremsende journalnotat til vagthavende personale i Geriatrisk afdeling.

Lægerne roser akutstuerne

En alment praktiserende læge i Hillerød, har været med siden projektet blev etableret. Han mener, at der er et behov for Geriatrisk afdeling, og at tilbuddet vil blive brugt mere og mere:

> "Sådan som jeg har brugt det indtil videre, synes jeg, det har været utroligt velfungerende. Det tjener patienten bedre, og det må være billigere end det, vi gjorde før" [hvor man sendte patienten direkte på sygehus, red.].

Den praktiserende læge vurderer, at patientforløbene er fleksible, og plejepersonalet er gode til at løse problemer. Generelt mener han, at akutstuerne er en god idé, et godt initiativ: "Jeg har kun rosende ord. Specielt er akutfunktionen en god ting." Lægen har indtryk af, at de fleste kolleger i Hillerød Kommune bruger akutstuerne, men at det tager tid at køre et sådan nyt tilbud ind.

De praktiserende læger tager aktivt del i det lægelige ansvar for deres egne patienter på de midlertidige pladser og tilser patienterne, når der er behov herfor. Akutstuerne tilbyder mulighed for telefonisk henvendelse fra de praktiserende læger døgnet rundt og kan modtage patienter efter aftale. Visitation sker altid enten gennem praktiserende læger, vagtlæger eller sygehuslæger. Inden patienten indskrives er det en forudsætning, at denne skriver under på, at Geriatrisk afdeling må få adgang til data om patienten via elektronisk omsorgsjournal, praktiserende læge, patienten selv og/eller pårørende, og at patienten vil betale 100 kr. pr dag for mad og tøjvask. Ved indlæggelsen tager man en samtale om, hvordan patientens hverdag normalt forløber i hjemmet.

Samarbejdet mellem Geriatrisk afdeling og vagtlægefunktionen er helt nødvendig for, at tilbuddet kan fungere. Forstanderen betegner vagtlægefunktionen som aldeles tilfredsstillende. Sygeplejerskerne på Geriatrisk afdeling kan ringe til lægen og give god information og kvalificeret, klinisk observation. Det danner baggrund for et godt samarbejde.

Hjemmeplejen roser især akutstuernes personale

Ifølge forstanderen samarbejder akutstuerne meget med hjemmesygeplejerskerne, og ifølge områdelederen er hjemmeplejen meget behjælpelig. Er der eksempelvis ingen pårørende, henter de gerne borgerens ting.

Hjemmesygeplejen i Hillerød Kommune

Hjemmesygeplejen i Hillerød Kommune ledes af tre sektionsledere, og Distrikt Øst har en sektionsleder for alle kommunalt ansatte sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere samt hjemmehjælpere (minus sundhedsplejerskerne).

Nedenstående oplysninger er hentet fra Frederiksborg Amts Sundhedsvæsens aftale med Hillerød Kommune fra juli 2001.

Hillerød Kommune har 36.000 indbyggere, hvoraf 4.300 (11,9%) er pensionister over 67 år.

Organiseringen af Hillerød Kommunes plejetilbud:

De kommunale opgaver vedr. pensionister og handicappede borgere er placeret i afdelingen Pension og Helse. Afdelingen er inddelt i en projektorganisation inden for følgende områder: Hjemmeplejen, Plejecenter, Træning, Aktivitetstilbud, Hjælpemidler og Forplejning.

Da sektionslederen af hjemmeplejen i Hillerød bliver spurgt, om hun har mærket en forskel siden starten af projektet om akutstuer på Kirsebærbakken, svarer hun:

> "...Jeg kan i hvert fald se, at der er sket et markant fald i antallet af borgere på venteliste til plejehjemsplads. For 5 år siden havde vi i gennemsnit 20 borgere på venteliste til plejehjemsplads, og i øjeblikket tror jeg faktisk, at der er ledige plejehjemspladser. Og det har der været de sidste par år. Der kan være utrolig mange faktorer, der spiller ind på det, men en af faktorerne kunne være den indsats, de gør nede på Kirsebærbakken."

Sektionslederen betegner da også generelt tilbudet om akutstuer som en absolut forbedring for hjemmeplejen. Hvis en borgers tilstand pludselig forværres, ville de tidligere have trappet

hjælpen op til måske 6 gange i døgnet med 2 personer, for bare delvis at kunne imødekomme borgerens behov. Nu er der i stedet mulighed for at kunne kontakte akutstuerne på Kirsebærbakken. Det har alt i alt betydet en bedre udnyttelse af ressourcerne i hjemmeplejen. Desuden har Kirsebærbakkens tilbud været medvirkende årsag til, at problemerne kan tages mere i opløbet. Sektionslederen er ikke i tvivl om, at der bliver sparet en masse sygehusindlæggelser, bl.a. fordi egen læge eller vagtlægen kan henvise til Kirsebærbakkens akutpladser.

Et andet område hvor akutstuerne har været med til at forbedre tilbudet om pleje og behandling, er når en borger skal hjem fra sygehuset og indstilles til plejehjemsplads. I disse tilfælde må borgeren ikke ligge mere en 2 dage på sygehuset, så skal kommunen tage dem hjem. I år måtte kommunen have omkring 800 ventedage (måtte bruge 800 dage ud over de to hverdage, inden kommunen skulle betale for det i amtet). Sektionslederen vurderer, at de i år har brugt under 20 ventedage: "Og det hænger sammen med, at der er et formidabelt godt samarbejde mellem visitationsteamet og geriatrisk afd. om at hjemtage ventepatienterne fra sygehuset. Og det er fordi, der er en fantastisk fleksibilitet dernede." Hun betegner personalet på Kirsebærbakkens geriatriske afdeling som "utroligt dygtige".

Samarbejdsaftalen om at etablere akutstuer i kommunalt regi men finansieret ligeligt af amt og kommune må betegnes som en succes. Udskrivning fra sygehuset foregår mere målrettet. Planlægningen af indsatsområder og fremtidige dispositioner kan ske straks ved patientens ankomst til akutstuerne på Kirsebærbakken. Samarbejdet med de praktiserende læger er velfungerende og patienterne og deres pårørende foretrækker akut- og rehabiliteringspladserne fremfor et ophold på sygehuset.

Samarbejde mellem amt og kommune

Samarbejdspartnerne omkring samarbejdsaftalen er amtets Sundhedsvæsen, alle sygehusene i Frederiksborg Amt, Hillerød Kommune og de praktiserende læger.

Ifølge samarbejdsaftalen er den formelle deling af opgaverne mellem amt og kommune således:

Frederiksborg Amts opgaver (inkl. sygehusopgaver og speciallægetilsyn)	**Hillerød Kommunes opgaver**
♦ Orientering til patient og pårørende om dato og tid for overflytning. ♦ Medsende kopi af epikrise eller lægejournal indeholdende den lægelige behandlingsplan. ♦ Udarbejde og fremsende det koordinerede udskrivningsforløbs sygeplejerapport. ♦ Medsende eventuelle fysio/ergoterapeut rapporter ♦ Rekvirere eventuelle midlertidige hjælpemidler ♦ Medgive recept på ny ordineret medicin samt medicin til 2 døgn ♦ Arrangere transport til Kirsebærbakken	♦ Hillerød Kommune bestræber sig på at kunne modtage henviste patienter til de forskellige pladstyper på Kirsebærbakkens Geriatriske afdeling med kort varsel eller efter aftale med sygehuset, praktiserende læger, visitatorer og områdeledere. ♦ Kommunens modtagelse af patienter indebærer rehabilitering, sygepleje, observation, vurdering eller behandling efter en plan, der aftales mellem de henvisende parter, geriatrisk afdeling og patienten. ♦ Kommunen sikrer, at den fornødne sygepleje, behandling og rehabiliteringsmæssige indsats tilvejebringes. Herunder at der stilles de nødvendige sygeplejemæssige, fysioterapeutiske og ergoterapeutiske ressourcer til rådighed.

♦ Sikre at nødvendige ambulante prøver og undersøgelser f.eks.: ultralydscanning, røntgen, EKG m.m. kan finde sted på sygehuset uden ventetid for borgeren.	♦ Kommunens geriatriske afdeling sørger for koordination af løbende kontakt med sygehus, praktiserende læger, hjemmeplejen, distriktsterapeuter og til institutioner i øvrigt, for eks. dagcentre, samt sikrer patienten en god overgang til tilværelsen i eget hjem igen. ♦ Hillerød Kommune påtager sig herudover følgende tilknyttede: Tilvejebringelse af nødvendige almindelige hjælpemidler, udlevering af supplerende medicin og sygeplejeartikler, Diæter, de lokalemæssige rammer, samt administrationen.

Palliativt Team

Indførelsen af akutstuer på Kirsebærbakkens Plejecenter er et udtryk for, at man søger at imødekomme borgernes behov om behandling og pleje – ikke på sygehuset eller i eget hjem, men et sted midt imellem. Man ønsker med andre ord at tilbyde professionel pleje og behandling i trygge og hjemlige rammer. Dette sker bl.a. ved at den ældre borger har mulighed for at medbringe egne møbler, tøj, tv og lignende.

Det Palliative Team[46] i Frederiksborg Amt har en lignende målsætning. Et kvalificeret behandlerteam skal varetage behandlingen og plejen udfra et helhedssyn og ud fra patientens og de pårørendes ønsker og behov. Teamet skal arbejde for at pleje- og behandlingstilbudene hurtigt kan varieres efter behov og ny viden. Der anvendes mange afledte udtryk af palliativ behandling, palliativ indsats, palliation etc. samt WHO's definition af palliative care, men det viser sig at der er mange fortolkningsmuligheder af begrebet.[47]

Det Palliative Team i Frederiksborg Amt består af 3 sygeplejersker: En palliativ sygeplejerske er tilknyttet Hillerød Sygehus og optage-kommuner, mens de to andre palliative sygeplejersker har hhv. Frederikssund og Helsingør sygehuse med optage-kommuner. Der er ikke skelnet mellem hvem der har det største optageområde eller det største sygehus. I alt dør ca. 950 patienter om året på Hillerød sygehus. Tilsvarende tal for Frederikssund er 600, mens der i Helsingør dør 450. Den palliative sygeplejerske for Hillerød-området refererer således til det største sygehus i amtet, hvor kræftcentret også ligger. Der er ingen læge tilknyttet eller andre tværfaglige samarbejdspartnere. I det første år var teamet involveret i 149 komplekse patientforløb, som var ligeligt fordelt mellem mænd og kvinder. De fleste patienter var mellem 50 og 69 år. 103 af patienterne var blevet henvist til teamet af sygehuslæger, mens 32 patienter var henvist fra fagpersoner i primærsektoren og 16 var henvist fra andre[48].

Den økonomiske mulighed for ansættelsen af de 3 sygeplejersker i det Palliative Team, skal findes i en pulje på 1,3 millioner, som er placeret i medicinsk afdeling på Hillerød Sygehus. Det har ifølge den palliative sygeplejerske i Hillerød været virkeligt tungt at slås med ledelsesstrukturen, som nærmest har sat teamet til at administrere sig selv. Hun har længe gjort opmærksom på, at det er en forkert struktur, at de 3 sygeplejersker er placeret hver for sig. Det har betydet, at deres samarbejde ikke fungerer, selvom det var meningen, at de skulle arbejde som et team.

Det Palliative Team varetager i alt fire funktionsområder.

Det første område er konkrete komplicerede patientforløb og det giver meget at lave, fortæller en palliativ sygeplejerske. Det spredes, at man har noget ekspertise gennem pårørende, hjemmepleje, og sygeplejersker. Og når de ved, at man løfter opgaven, så giver det arbejde når rygtet spredes. Sygeplejersken er alene når hun står i hjemmet og skal samarbejde med mange fagpersoner (læge, hjemmehjælper etc.). Når det er et komplekst forløb, så er det en stor op

gave "instrumentelt" at holde en borger i hjemmet. Og det er hjemmeplejen ikke vant til, da skal den palliative sygeplejerske være *på* hele tiden. Hun skal også forklare lægen, hvilken medicin patienten skal have etc., eftersom der generelt ingen ekspertise er inden for det palliative område. I begyndelsen var det svært at få lov til at benytte den viden som en palliativ sygeplejerske har. Men efterhånden lykkes det ret godt, vurderer en sygeplejerske fra "teamet". Det er meningen, at en palliativ sygeplejerske max. skal have 10-15 patientforløb af gangen, men har konstant det maksimale antal patientforløb, da behovet for det palliative team er større end tilbudet kan imødekomme.

> "Jeg render og slukker små bål. Det er meget godt, at der er en til at løfte i det enkelte forløb, men det hjælper bare ikke i det store hele. Det hårde ved arbejdet er også, at man selv er den som skal sige nej til folk, og så føler man, at det er en personligt som siger nej." (palliativ sygeplejerske)

Et andet arbejdsområde er at undervise, vejlede og supervisere. Den palliative sygeplejerske har forsøgt at prioritere det, men det er vanskeligt, i kraft af de mange opgaver der skal løses, og samtidig skal sygeplejersken selv være opsøgende. Når hjemmeplejen tilbydes undervisning i smertebehandling er de imødekommende og glade for undervisningen. Men de har også en travl hverdag, og de skal selv finde tiden til at blive undervist. Den palliative sygeplejerske mener, at der burde være en formaliseret undervisning i palliation, ligesom der findes en nøglepersonuddannelse i Aalborg med 12 ugers undervisning og praktik på hospice[49]. Når de uddannede sygeplejersker kommer tilbage til kommunen, er de bedre rustede til at varetage opgaverne.

De palliative sygeplejersker er ansvarlige for generelle udviklingstiltag i Frederiksborg Amt. En palliativ sygeplejerske har gjort opmærksom på, at de stående indlæggelser ikke fungerer, hvorfor der er nedsat en arbejdsgruppe. Den palliative sygeplejerske i Hillerød har taget initiativ til 2-dages kursus for 40 læger i palliation, som lægernes udviklingsfond har støttet. Det var en stor succes, og de håber at kunne gentage det. Desuden har hun arrangeret 2-dages kursus for 60 sygeplejersker fra Hillerød Sygehus, hvortil sygeplejersken har søgt fonde og skaffet 70.000 kr.

> "Så hvis der skal løftes noget, skal man selv gøre det - der er ingen penge i udgangspunktet." (palliativ sygeplejerske)

I det konkrete patientforløb fungerer den palliative sygeplejerske som bindeled mellem primær og sekundær sektor. Eksempelvis kommer der henvendelser fra praktiserende læger, som ønsker forklaring på, hvad der er sket på sygehuset. Det undersøger den palliative sygeplejerske:

> "Man er meget bindeleddet i det enkelte forløb, for patienten har jo ofte meget behov for at komme ambulant. Hvis jeg kommer i hjemmet, og kan se at de har for meget ascites, så orienterer jeg selvfølgelig den praktiserende læge, men så ringer jeg også ind på afdelingen og bruger mine kontakter så det går lidt hurtigere. På den måde kan man godt sige, at tingene går lidt nemmere." (palliativ sygeplejerske)

Den palliative sygeplejerske oplever således, at der er kontakter og aftaler som går nemmere med hende som bindeled mellem primær og sekundær sektor.

Sammenfattende kan det siges, at den palliative sygeplejerske mener, at det palliative team varetager vigtige arbejdsopgaver inden for alle dets funktionsområder: Konkrete komplicerede patientforløb; undervisning, vejledning og supervision; iværksættelse af generelle udviklingstiltag; og at være bindeled mellem primær og sekundær sektor. Inden for alle funktions

områderne pointerer hun dog strukturelle- og normeringsproblemer, hvorfor hun også pointerer nødvendigheden af en række ændringer i organiseringen.

Udvikling mod det bedre

Overordnet set, kunne hun godt tænke sig, at man prøvede at efterligne anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen fra 1996 i rapporten fra 1999 "Faglige retningslinier for palliation i Danmark". Heri besluttede man, at det skulle være op til amterne selv, hvordan man ville varetage den palliative funktion. Derfor er der stor forskel på amterne. I rapporten anbefales det, at kommunerne skal højne basisniveauet, dvs. hjemmesygeplejersker, læger og andre i primær sektoren. Kommunerne burde derfor være ansvarlige for kontinuerligt at uddanne nogle via nøglepersonsuddannelsen [se ovenfor], kurser for praktiserende læger osv. Amterne skulle være ansvarlige for, at etablere det palliative tilbud på ekspertniveau. Rapporten anbefaler, at der skal være tværfaglige Palliative Teams med udgående funktion i patienternes egne hjem, med rådgivende og undervisende funktion overfor fagpersoner i primærsektoren. Det er deres funktion, så de burde være tværfaglige. Helt centralt er også, at der tilknyttes en læge til teamet. Rapporten anbefaler videre specialiserede, palliative ambulatorier på sygehusene. Så det burde sygehusene jo have. Og så anbefaler rapporten hospicepladser. Hun er varm fortaler for, at man har den palliative funktion i tilknytning til hospicepladserne. Så har man ekspertisen der, og et udgående team derfra "*ligesom på Lukasstiftelsen*"[50].

Generelt bør det anerkendes, at det palliative område er et selvstændigt speciale og ikke en underafdeling til en kræftafdeling. Desuden er det et problem, at den palliative funktion er øremærket patienter med en bestemt diagnose, som det er nu er tilbuddet kun for kræftpatienter. I stedet burde det være et tilbud til alle patientgrupper.

Alt i alt vil den palliative sygeplejerske gerne have, at anbefalingerne som Sundhedsstyrelsen er kommet med i 1999 blev fulgt. Samtidig pointerer hun dog det væsentlige i de ting som er nået, for bl.a. på smerteområdet er der sket meget inden for det sidste år.

Sammenfatning - Behandling og pleje af ældre borgere

Der er mange gode initiativer i gang i Frederiksborg Amt med etableringen af akutstuer flere steder. Borgerens behov bliver generelt tilgodeset i behandlingen og plejen af de ældre borgere, hvorfor borgerne da også synes at tage godt imod tilbudet. Der synes at være stor fleksibilitet og muligheder for individuelle forløb i tilbudet. Også for hjemmeplejen udgør akutstuerne et godt supplement, da akutstuerne kan overtage nogle ellers meget ressourcekrævende borgere.

Der lader til at være behov for det palliative team, som giver terminale kræftpatienter en mere kvalificeret pleje i den sidste tid. Det Palliative Team har dog store udviklingspotentialer, idet der eksempelvis endnu ikke er nogen læge tilknyttet teamet, samt at tilbuddet udelukkende gælder kræftpatienter.

Alt i alt kan ældre borgere fra Hillerød Kommune undgå uhensigtsmæssige indlæggelser på sygehuset eller få en kortere indlæggelsestid, samtidig med at borgerne modtager en mere helhedsorienteret pleje og behandling.

Datagrundlag, litteratur og noter

I forbindelse med casen om Akutstuer og Palliative Team er følgende informanter interviewet:

- *Forstander* for Kirsebærbakken *Plejecenter* i Hillerød
- *Områdeleder* for *Geriatrisk afdeling* på Kirsebærbakken Plejecenter i Hillerød

- *Alment praktiserende læge* i Hillerød
- *Sektionsleder* fra *Hjemmeplejen* i Hillerød Kommune
- *Palliativ Sygeplejerske* i Frederiksborg Amt
- Samt Observation af tværfaglig konference samt rundvisning på Geriatrisk afdeling ved områdeleder

Litteratur

Amtsrådsforeningen (2003a)
Spørgeskemaundersøgelse vedr. lokale sundhedstilbud og udgående teams. Amtsrådsforeningen, efteråret 2003.

Amtsrådsforeningen (2003b)
Status over den palliative indsats i amterne 2003. Dokument nr. 329568. Notat fra Amtsrådsforeningen d. 22.10.2003.

Amtsrådsforeningen (2003c)
Den (ældre) medicinske patient. Dokument nr. 278923. Notat fra Amtsrådsforeningen.

Enig, Bent (2001)
Palliativ behandling versus palliativ indsats - Hvad er forskellen? Kan vi bruge WHO's definition af palliative care? Ugeskrift for Læger 2001; 163(8):1162-1165.

Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen og Hillerød Kommune (2001)
Samarbejdsaftale mellem Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen og Hillerød Kommune, juli 2001.

Frederiksborg Amts Sundhedsvæsens beskrivelse af akutstuer
www.sundhed.dk/wps/portal/_s.155/1908?_ARTIKEL_ID_=1002031017145549

Frederiksborg Amts Sundhedsvæsens beskrivelse af det palliative team
www.sundhed.dk/wps/portal/_s.155/1908?_ARTIKEL_ID_=1001031121112608

Hillerød Kommune (2001, 2002)
Evaluering af Geriatrisk afdeling på Kirsebærbakken for 2001 og 2002.

Hospice Forum Danmarks beskrivelse af Hospice:
www.hospiceforum.dk/showpage.asp?ID=89

Sundhedsministeriet (2001)
Rapport om den ældre medicinske patient. København, 2001.

Sundhedsstyrelsen (1999)
Faglige retningslinier for den palliative indsats - Omsorg for alvorligt syge og døende. København, 1999.

Sygehuskommissionen (1997)
Udfordringer i sygehusvæsenet. Betænkning fra Sygehuskommissionen. Sundhedsministeriet. København, 1997. (Betænkning 1329).

Sygeplejersken (2003)
Kassetænkning mellem amt og kommune blødt op. Dansk Sygeplejeråd. Sygeplejersken 2003; 103(41):16-18.

Ældreforum (1997)
Årsberetning 1996/97. www.aeldreforum.dk/publikationer/aersberetning97/beretning_3.htm

Noter

[42] Notat: ”Den (ældre) medicinske patient”. Amtsrådsforeningen, dokumentnr. 278923

[43] Akutstuer i Frederiksborg Amt: Der er etableret akutstuer i Hillerød, Skævinge og Stenløse kommuner i samarbejde mellem amtet og kommunerne. I Hillerød og Skævinge kommuner blev ordningerne gjort permanent i januar 2001. Akutstuen i Stenløse Kommune blev oprettet juli 2001.

[44] I januar 1997 udkom Sygehuskommissionens betænkning ”Udfordringer i sygehusvæsenet”, der indeholdt overvejelser og forslag til behandlings- og plejetilbud til ældre medicinske patienter. Heraf fremgik, at: ”*akutstuer* kan være én måde at løse nogle af de problemer, der er knyttet til uhensigtsmæssige indlæggelser, men denne løsning bør ikke stå alene, fordi sygdomsbilledet hos ældregruppen som nævnt ofte er sammensat og derfor ikke blot kræver indsats i form af pleje, men også diagnostik, behandling og forebyggelse af samme kvalitet som ydelser til yngre aldersgrupper.” Se ældreforums årsberetning fra 1996/97.

[45] Tilbuddene udmøntes i form af: medicinske dagafsnit, subakutte pladser, akutte plejeteams med udgående funktion fra sygehus til eget hjem, geriatriske teams, geriatriske dagafsnit, fælles udskrivningskonferencer mellem sygehus og hjemmeplejen, rådgivningsfunktioner på de medicinske afdelinger af praktiserende læger/vagtlæger i forbindelse med akutte indlæggelser, vejledning om egenkontrol over kroniske patientgrupper, udbyggede sundhedsaftaler med kommunerne samt palliative teams. Se Sundhedsministeriets rapport om den ældre medicinske patient.

[46] Et Palliativt Team defineres ifølge sundhedsstyrelsens rapport, ”Faglige retningslinier for den palliative indsats” (s.105), som ”en tværfagligt sammensat gruppe (primært læger og sygeplejersker med speciel viden om palliation), der almindeligvis udgår fra et hospice eller en palliativ enhed”.

[47] De nævnte begreber anvendes i forskellige betydninger og i forskellige sammenhænge, hvilket vanskeliggør debatten om styrkelse af den palliative indsats og dermed det fremadrettede arbejde med viderudvikling af og oprettelse af nye palliative team. Bent Enig (2001).

[48] Oplysningerne er hentet fra ”Notat om udgående teams – Det Palliative Team i Frederiksborg Amt”.

[49] Hospice defineres på følgende måde: ”Et Hospice er for mennesker med en uhelbredelig fremadskridende dødelig sygdom, hvor al helbredende behandling er afsluttet, og med forventet kort levetid.” Ydelserne på et hospice beskrives således: ”På et Hospice ydes der den bedst mulige palliative (lindrende) indsats fra et veluddannet og erfarent tværfagligt personale, som består af sygeplejersker, læger, fysioterapeut, præst og psykolog.” (Hospice Forum Danmark: www.hospiceforum.dk/showpage.asp?ID=89)

[50] Der henvises til Lukasstiftelsens hospice i Hellerup, der har Sankt Lukas Hospice og Hjemmehospice funktion; i Frederiksborg Amt findes ikke et hospice.

Afrunding: Lokal Tilpasning og Sundhedsvæsenets Entreprenører

Denne rapport beskriver og analyserer lokale sundhedstilbud inden for 4 centrale områder i det danske sundhedsvæsen. Hver caseanalyse rummer sine egne pointer. Det er dog værd at komme med et par generelle observationer, som går på tværs:

Ud fra et perspektiv, som også er interesseret i hvordan lokale sundhedstilbud opstår som konkrete lokale svar på konkrete lokale problemer, rummer de analyserede cases også interessante perspektiver.

Beretningen om etableringen af diabetesundervisningen i Grindsted er interessant i lyset af den megen diskussion i sektoren om, hvordan man skaber forandring og om de såkaldte ildsjæles rolle i den forbindelse. Diabetesundervisningen er ikke opstået som resultat af en top-down beslutning truffet på nationalt, regionalt eller lokalt sygehusledelsesniveau, men som resultat af de konkrete erfaringer, som en praktiker i sundhedsvæsenet har gjort sig gennem mange års virke – også kaldet et bottom-up initiativ. Det betyder bl.a., at idéen allerede fra begyndelsen har et stærkt lokalt ejerskab, og at den giver mening lokalt, fordi den opstået som umiddelbar respons på oplevede problemer, mangler eller forbedringsmuligheder. Både det lokale kendskab samt ejerskab betyder, at selvom projektet møder modstand, så kuldsejler det ikke så let. Der er altså i den forstand tale om bottom-up et projekt, hvor lokale praktikere udtænker lokale løsninger. Ofte bruges inspiration og viden udefra, men den modelleres og tilrettelægges med udgangspunkt i konkrete lokale problemstillinger, forhold og muligheder.

Hvis den form for initiativer skal kunne vokse frem, kræver det, at de ledende myndigheder for det første er indstillede på, at forandring kan skabes på andre måder end via politikker og planer, som implementeres top-down,. Desuden kræver det at disse myndigheder er så tæt på praktikerne – helt konkret og i hverdagen – at initiativer som fx diabetesundervisning kan opdages, opfanges, realiseres og støttes.

Etableringen af diabetesundervisningen i Grindsted skete i høj grad parallelt til forløbet omkring gero-teamet i Skagen, og der er også fællestræk til andre lokale sundhedstilbud i denne casesamling. Men fælles for disse to lokale sundhedstilbud er, at der er tale om sundhedsfagligt personale med mange års erfaring fra sundhedsvæsenet i praksis i et bestemt lokalområde. De har observeret problemstillinger, og de enten har eller opsøger konkret viden om hvordan disse problemstillinger gribes an andre steder. Men hertil kommer at der opstod en anledning konkret til handling: I det ene tilfælde sundhedsaftalens udarbejdelse og nedsættelse af arbejdsgrupper i den forbindelse. I det andet tilfælde var der flere anledninger: Først den initiativtagende sygeplejerskens pilotprojekt i forbindelse med uddannelsen som diabetessygeplejerske, dernæst et lokalt udvalgsarbejde i forbindelse med reorganiseringen af diabetesområdet i amtet, og til sidst ansættelsen af amtets leder for afdelingen for Sundheds, Kvalitet og Udvikling, som tog rundt for at høre om lokale initiativer i sundhedsvæsenet i amtet.

Eksemplerne peger på, hvordan de såkaldte bottom-up og top-down strategier for forandring i praksis kan spille sammen. I begge tilfælde er der tale om garvede praktikere, som har fået blik for et problemområde – ofte i form af en patientgruppe, der burde gøres noget andet, noget mere eller måske blot noget mere koordineret for.

Denne type praktikere, som rent faktisk kommer til at fungere som entreprenører i sundhedsvæsenet, er desuden karakteriseret ved, at de 1) er frontlinjemedarbejdere, 2) ikke resignerede overfor de observerede problemer og henførte dem til andres (lederes) ansvarsområde, men i stedet forfulgte idéen og tænkte i praktiske handlemuligheder, samt 3) havde eller indhentede

konkret viden om problemkompleksets håndtering i andre sammenhænge og dermed lod sig inspirere af og lærte af andres erfaringer.

Men hermed er historien om lokale sundhedstilbud ikke til endt: Der opstår herefter handlings- og beslutningsanledninger. Begge steder er disse i relativt høj grad konsekvenser af top-down processer så som Sundhedsstyrelsens diabetesredegørelse, beslutninger i amtet om restrukturering og indgåelse af Sundhedsaftaler mellem amter og kommuner.

Skal der skabes forandring fra neden og lokale sundhedstilbud, som både er levedygtige, løser konkrete lokale problemer og er båret af lokalt ejerskab og engagement, så peger denne rapports analyser på, at det kræver en kombination af evnen til skabe og opdage en handlingsorienteret entreprenørånd blandt frontlinjemedarbejdere (ofte medarbejdere med nogen erfaring, så de har oplevet problemstillingen gennem længere tid og har et mere præcist og nuanceret billede af den[51]), samt evne til at transformere overordnede strategier, kampagner mv. til lokale handlings- og beslutningsanledninger, som kan opsamle, strukturere og realisere entreprenørernes idéer.

[51] Denne pointe må ikke overdrives. Tid er ikke *i sig selv* nogen garanti for kvalificerede, dybdegående og nuancerede analyser af problemkomplekser i sundhedsvæsenet (eller noget andet sted). Tid kan lige så vel lede til resignation, ligegyldighed eller det, der kaldes 'hjemmeblindhed': at man slet ikke kan se problemerne, men i den grad har vænnet sig til tingenes tilstand. På den anden side er tid – i en vis udstrækning – dog en nødvendig forudsætning for, at problemer kan iagttages og analyseres med en vis nøjagtighed, samt for at der kan opnås et vist kendskab til lokale forhold, centrale aktører, dynamikker mv.