

Projekt Akutplads i eget hjem

Intern evaluering

1

Mejse Holstein, Faglig konsulent

19-03-2021

Indhold

Forord	3
Indledning	4
Akutplads i eget hjem -hvad og hvorfor?	5
Akutplads i eget hjem – hvordan?	6
Resultater	8
Oversigt over nøgletal	9
Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser – tidligere hjemtagning	9
Økonomiske nøgletal	10
Akutpladsforløb – kriterier og karakteristika	12
Virkninger for Borgerne og de pårørende	14
Virkninger for Medarbejderne	18
Virkninger i organisationen	20
Det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde	23
Hvad har vi også set	25
Samlet konklusion	25
Anbefalinger	26

Forord

Akutfunktionens grundlæggende opgave, ud over at forebygge forebyggelige indlæggelser, er at varetage kompleks sygepleje, i et borgerperspektiv, i videst muligt omfang støtte i det borgeren ønsker sig – og se mulighederne for borgeren.

Akutfunktionen har en vigtig opgave i at samle, vejlede og samarbejde, ikke alene med borgeren og de pårørende, men også med kolleger og samarbejdspartnere med vidt forskellig baggrund rundt omkring i hele organisationen.

I dette projekt har akutfunktionen haft mulighed for at være kreative, kunnet udfordre de eksisterende rammer og systemer, fundet løsninger, som ikke altid ville være mulige i den almindelige driftsmæssige

Som projektleder har jeg oplevet at en gruppe sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter med:

”Solid faglighed, godt mod, et åbent sind og et varmt hjerte!”

har skabt nogle fagligt gode og samtidig trygge og individuelle forløb for borgerne.

Personale har i projektet vist en sikkerhed i og stolthed over deres professionelle og faglige praksis. Selv om de ikke lige kender svaret på den udfordring de bliver budt, så bliver de ikke rådvilde, de har ro til at finde den rigtige løsning for borgeren

Forandringer kan være svære at implementere. Akut-personalet i dette projekt har ”bare” gjort det. De siger ja, de rejser sig op og GØR DET der skal til,- det er det der skaber forandringen!

Jeg vil slutte af med at sige tak til ledelsen på ældreområdet, for at støtte op om dette projekt, der har haft stor værdi for borgerne, for de pårørende og givet arbejdsglæde for personalet. Tak for at I så det og havde mod og tillid til at vi kunne løfte opgaven!

Jeg håber at vores resultater vil kunne anvendes bredt i hele organisationen, både de succesfulde og de resultater vi kan lære af og vil arbejde videre med at forbedre.

Mvh.

Inger Futtrup Norgreen

Projektleder, Akutplads i eget hjem

Indledning

Ella er 92 år, og hun får kun hjælp til rengøring hver 14. dag, alt andet klarer hun selv.

Ella's datter kontakter hjemmeplejen fordi hendes mor har fået en lungebetændelse og via egen læge er sat i behandling med antibiotika. Ella ønsker ikke at blive indlagt. Der visiteres til personlig hjælp i hjemmet og de to døtre er hos Ella på skift døgnet rundt.

Fem dage efter kontakter Sosu-hjælperen sygeplejersken og fortæller at Ella har fået et black-out og haft nogle krampetrækninger. Ella er nu så afkræftet at hun ikke selv kan rejse sig fra sin seng og gå omkring. Hun skal have hjælp til toiletbesøg og personlig hygiejne og hun har på kort tid haft et væggtab på 5-6 kg. Ella ønsker fortsat ikke at blive indlagt – hun vil være hos sig selv.

Akutsygeplejersken måler normale TOBS værdier, og på grund af Ella's black out kontaktes egen læge som beder akutsygeplejersken om at tage en blodprøve og måle væsketal og infektionstal. Blodprøven viser 'skæve' væsketal. Egen læge justerer på medicinen og ordinerer at væsketal tages dagen efter.

Der visiteres hyppigere besøg til hjælp til mad og drikke.

Ved besøg dagen efter tages fornyede blodprøver som fortsat er unormale. Egen læge kontaktes og han aflægger besøg hos Ella om eftermiddagen.

Ifølge notat fra egen læge er Ella ved besøget sløv, har svært ved at holde koncentrationen i samtalen, og egen læge vælger at indlægge Ella på FAM på mistanke om dehydrering.

Hvis vi nu bare kunne...

- Have været meget mere præcise og specifikke på de meget komplekse faktorer der karakteriserer den ældre medicinske borger, som jo meget ofte udviser ukarakteristiske symptomer ved sygdom. Det kræver styrket geriatrisk viden og kunne have betydet forebyggelige indsatser i perioden op til Ella får sit black-out.
- Have iværksat iv-væsketerapi da akutfunktionen bliver involveret i Ella's forløb. Have sat et team af specialuddannet personale der kunne være i hjemmet til en mere kontinuerlig observation af Ella og iv-væskeindgiften. Personale der i samarbejde med egen læge og/eller vagtlæge kunne foretage nye blodprøvemålinger, justere væsketerapien og iværksætte den behandling der måtte være nødvendig. Personale der kunne være der til støtte og aflastning for døtrene, kunne vejlede og guide dem i forhold til det der sker med Ella.

4

Det er oplevelser som Ella's der betød at vi søgte og i oktober 2018 fik ca. 10 millioner kroner fra satspuljen 'Videreudvikling og styrkelse af indsatser i kommunerne med særlige fokus på ældre medicinske patienter og udsatte grupper' til projekt 'Akutplads i borgerens eget hjem'.

Formålet med projektet var at afprøve i hvilket omfang en videreudvikling af akutfunktionen med etablering af akutpladser i op til 3 døgn hos borgere i eget hjem, i højere grad kan forebygge unødige indlæggelser og genindlæggelser hos meget svækkede borgere i kommunens ældrepleje.

Projektet er afsluttet med udgangen af 2020 og denne interne evaluering er fortællingen om akutfunktionens rejse i det nye og ukendte land det var at etablere akutplads i borgerens eget hjem.

Fortællingen understøttes af såvel kvantitative som kvalitative data.

De kvalitative data beror på:

- Fokusgruppeinterviews af henholdsvis
 - o Sektionsledere, visitatorer
 - o Geriatrifaglige sosu. Hjælpere og assistenter
 - o Sygeplejersker fra hjemmepleje og plejecentre
 - o Sygeplejersker og sosu. Assistenter fra akutfunktionen
- Interviews af
 - o 2 praktiserende læger
 - o 2 borgere, der har været i et 3-døgnsforløb
 - o 5 pårørende til borgere, der har været i et 3-døgnsforløb
- Elektronisk spørgeskema besvaret af:
 - o 3 sosu. assistenter
 - o 20 sygeplejersker

De kvantitative data beror på:

- Datatræk i Nexus
- Journalgennemgang af alle borgerforløb
- Økonomi tal

Akutplads i eget hjem -hvad og hvorfor?

Akutplads i eget hjem, eller det der i hverdagen er blevet kaldt 3-døgns forløb, er en indsats, hvor specialuddannede sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter fra akutfunktionen kan være i borgerens eget hjem, hele døgnet, i op til tre døgn, med henblik på at få borgeren stabiliseret, så borgeren enten undgår indlæggelse, eller får mulighed for at blive udskrevet fra sygehuset tidligere.

I flere kommuner har man søgt at løse denne udfordring ved at etablere akutpladser i tilknytning til plejecentre. Når vi har ønsket at flytte akutpladsen ud i borgerens eget hjem, er det fordi vi har erfaring med at alene det at skulle flyttes fra eget hjem og tilbage igen, kan betyde en yderligere forværring af en i forvejen sårbar situation. Når borgeren kan blive i eget hjem, antager vi, at sandsynligheden for hurtigere bedring øges, samtidig med at det giver mulighed for at have pårørende omkring sig i vante rammer.

Denne specialiserede indsats vil endvidere kunne imødekomme kravene om at svækkede ældre borgere med høj grad af kompleksitet kan hjemtages tidligere fra sygehuset.

Akutplads i eget hjem – hvordan?

Indsatsen blev organisatorisk forankret i den i forvejen eksisterende akutfunktion.

Aktiviteterne i projektet er forløbet i 3 parallelle spor.

Det første spor er internt i akutfunktionen

Projektets første år (2019) bestod af en etablerings- og ansættelses fase og en pilotfase.

Der blev ansat 4 sygeplejersker og 6 social- og sundhedsassistenter. Sammen med de øvrige 6 sygeplejersker i akutfunktionen gennemførte de et kompetenceudviklingsforløb bestående af et diplommodul i akutsygepleje og simulationstræning i instrumentelle færdigheder, samt oplæring i blodprøvetagning.

I pilotfasen udviklede, afprøvede og justerede vi redskaber, metoder og arbejdsgange i 35 3 døgns - forløb med henblik på et samlet koncept til afprøvning i projektets sidste fase i 2020.

Vi udarbejdede arbejdsgange for:

- etablering af 3 døgns forløb & samarbejde med hjemsektion
- samarbejdet med visitationen
- snitflader og samarbejde med hjemsektion
- samarbejde med plejecentrene
- dokumentation i Nexus

6

Vi besluttede hvilke systematiske metoder medarbejderne i Akutfunktionen skulle anvende i forbindelse med de enkelte 3-døgns forløb, og fik disse indarbejdet i Nexus.

Systematiske metoder	
- Skrøbeligheds skala	- ISBAR
- NAS-card	- Bristolskala for afføringstyper
- ABCDE	- Arbejdsgange vedr DÆMP forløb
- CAM-skemaet	- Glasgow Coma Scale
- Barthel-20	- Blodprøve reference værdier
- Smerteintensitets skala	- TOBS-skema

Tekstboks 1: Oversigt over systematiske metoder i Akutfunktionen

Vi besluttede at det ikke skulle være diagnoser der skulle være bestemmende for om borgeren fik tilbudt et 3-døgnsforløb, men i stedet borgerens aktuelle funktionsniveau.

Kriterierne er bredt formulerede i 4 overordnede kategorier:

- Borgere med faldende funktionsniveau, enten over tid eller akut
- Borgere med behov for en helhedsvurdering på baggrund af den samlede helbreds- og livssituation
- Borgere med sårbart netværk, fx med udtrættede pårørende
- Borgere der hjemtages tidligere fra sygehusindlæggelse

Det andet spor er samarbejdet med hjemsektionerne

En helt central forudsætning for akutfunktionens virke og for succesfulde 3 døgns - forløb er samarbejdet med sosu medarbejdere og sygeplejersker i hjemsektionerne.

Det er medarbejdere der dagligt kommer i borgerens eget hjem, de kender til borgerens situation og med deres observationer og Tidlig Opsporing af begyndende sygdom vil de kunne se ændringer og sammenhænge i den ældres situation der indikerer forværring. På den baggrund involveres akutfunktionen og det vurderes om etablering af 3 døgns-forløb kunne være en mulighed.

Det er samtidig også hjemsektionens sosu medarbejdere og sygeplejersker, der efter et 3 døgns-forløb, skal tage over igen og efterfølgende varetage plejen og omsorgen hos borgeren.

For at styrke samarbejdet og fagligheden ønskede vi at uddanne geriatrifaglige nøglepersoner, hvorfor udvalgte sygeplejersker fra sektionerne gennemførte et diplommodul med fokus på geriatri og svækkede ældre. Og der blev tilrettelagt et forløb med temadage for sosu medarbejdere fra hjemsektionerne med fokus på geriatrifaglige emner.

Netop fordi samarbejdet er så væsentligt blev dele af forløbene tilrettelagt som fælles undervisning for både akutfunktionen, de geriatrifaglige nøglepersoner og sosu medarbejderne.

Endelig havde vi fokus på at kvalificere samarbejdet i de interne overgange der er når en borger skal ind i et 3 døgns-forløb og ud af et 3-døgns-forløb. Til det udviklede vi blandt andet arbejdsgange for overlevering når en borger har været i 3 døgns-forløb, og arbejdsgange for deltagelse på fx Tidlig Opsporings møder i sektionerne.

7

Det tredje spor er samarbejdet med tværsektorielle samarbejdspartnere, primært almen praksis og FAM, OUH Svendborg Sygehus

Vi havde i projektet en ambition om at udvikle en samarbejdsmodel med almen praksis og vagtlægeordningen, så der kunne være en let og smidig adgang til lægefaglig back-up i de enkelte 3 døgns-forløb, fx ved at aflønne de praktiserende læger i en form for vagtordning, og en smidigere adgang til rammedelegationer.

Det lod sig imidlertid ikke gøre i praksis idet vi stødte på aftalemæssige og lovgivningsmæssige forhindringer.

I stedet intensiverede vi dialogen og informationen til de praktiserende læger om 3-døgns forløb som en ny kommunal indsats. Og i samarbejdet med den enkelte læge i de konkrete 3 døgns-forløb lagde vi vægt på at akutfunktionens henvendelser var systematiske (ISBAR) og fagligt velfunderede, således de kunne kvalificere lægens beslutningsgrundlag.

I forhold til FAM OUH Svendborg Sygehus indledte vi et samarbejde der muliggjorde akutfunktionens deltagelse på deres morgenkonferencer i forhold til at kunne hjemtage borgere indlagt i FAM i 3 døgns-forløb i stedet for at de evt ville være kommet på en stationær afdeling.

Resultater

I evalueringen har vi dels fokus på hvorvidt indsatserne i projektet har bidraget til at reducere antallet af forebyggelige indlæggelser og antallet af uhensigtsmæssige genindlæggelser. Og i hvor høj grad vi kan kunne hjemtage borgere fra sygehuset tidligere.

Dels har vi fokus på hvilke virkninger vi kan se af indsatserne:

- hos de berørte borgere og deres pårørende,
- hos de medarbejdere der har været involveret både i akutfunktionen og i sektioner som der er samarbejdet med
- den samlede organisation på ældreområdet.

Nedenfor præsenteres indledningsvist resultaterne i relation til forebyggelse af indlæggelser, genindlæggelser og tidlige hjemtagninger, samt de økonomiske nøgletal.

Dernæst præsenteres de virkninger vi har kunne se af indsatserne på de ovennævnte områder.

Data er indsamlet i perioden fra 1. januar 2020 til 31. august 2020.

Navnene i de små fortællinger fra 3 døgn-forløbene er naturligvis opdigtede.

Som alle andre funktioner på ældreområdet og i hele samfundet, blev også akutpladsprojektets aktiviteter og fokuspunkter påvirket af Corona pandemien. Da samfundet i marts 2020 lukkede ned og corona smitte, smitteopsporing og værnemidler blev dele af en ny virkelighed, blev opgavefeltet for den samlede akutfunktion også ændret, og dele af projektaktiviteterne sat på pause. Med den højeste sygeplejefaglighed på ældreområdet blev akutfunktionens medarbejdere centrale i det kommunale corona beredskab til blandt andet at skabe overblik på plejecentre med smitte, bidrage med oplæring af personale i korrekt anvendelse af værnemidler, at organisere og etablere hensigtsmæssige arbejdsgange i forbindelse med isolation af smittede, og sikre fokus på korrekt pleje, behandling og observationer hos smittede borgere.

I hele perioden har projektledelsen holdt fast i konceptet for 3 døgn-forløb, også hos borgere der måtte være smittet med COVID-19. Men det ændrede fokus har betydet, at det ikke har været muligt at udvikle og afprøve dele af de planlagte aktiviteter, hvilket også fremgår af evalueringen.

Oversigt over nøgletal

I tabellen nedenfor er samlet de centrale nøgletal for akutplads projektet. Disse bliver udspecificeret og beskrevet i den efterfølgende tekst.

Nøgletal for Akutplads i eget hjem i perioden 01.01.20 – 31.08.20	
Indikator	Nøgletal/resultat
Antal 3 døgns-forløb	59 forløb
Forløbenes gennemsnitlige længde	2,5 døgn
3 døgns-forløb der har forebygget en indlæggelse på sygehuset	36 forløb vurderes det at indlæggelse er forebygget, svarende til op til 1 mio kr. i reducerede udgifter til kommunal medfinansiering
Borgere hjemtaget tidligere fra indlæggelse	8 borgere er i perioden hjemtaget tidligere
Tid brugt i 3 døgns-forløb	81% af tiden blev brugt i 3 døgns-forløb, den øvrige tid 19% er brugt på andre opgaver i Akutfunktionen. 76% af tiden brugt i 3 døgns-forløb er ATA tid, altså tid tilbragt hos borgeren, den resterende tid er brugt på koordinering, dokumentation og kontakt til øvrige samarbejdspartnere.
Lønudgifter til akutpladsprojektet	3.574.406 kr. i lønudgifter til akutpladsprojektet samlet set. Reelt set vedrører kun 2.892.866 kr. selve akutpladsforløbene, mens resten er allokeret til øvrige opgaver for Akutfunktionen
Udgifter til 3 døgns-forløb	Et døgn i et akutpladsforløb beløber sig til 11.915 kr. Et gennemsnitligt akutpladsforløb på 2,5 døgn koster dermed 29.787 kr.

Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser – tidligere hjemtagning

I perioden fra 1/1-20 til 31/8-20 har der været i alt 59 3døgns-forløb.

Der er foretaget journalgennemgang af alle 3 døgns-forløbene. I mindst 36 tilfælde svarende til godt 60% af forløbene vurderes det med stor sandsynlighed, at der er forebygget en indlæggelse/genindlæggelse.

Gennemsnitsalderen for de borgere der har været i akutpladsforløb, er godt 81 år, og en indlæggelse vil derfor takseres med højeste kommunal medfinansieringstakst svarende til at en indlæggelse vil koste op mod 30.000 kr. (for 80+ årige).

Med højeste KMF-takst¹ estimeres det at akutpladsprojektet har forebygget indlæggelser svarende til ca. 1 mio kr. i de første 8 måneder af 2020.

Journalgennemgangen af alle 3 døgns-forløb viser, at det i 8 forløb har været muligt at hjemtage borger tidligere fra indlæggelse.

¹ KMF-takst = Kommunal medfinansierings takst

Ud fra et 'smalt' kommunalt perspektiv er dette en øgning i opgaver og dermed i kommunale omkostninger, og rent faktisk er det regionen der har sparet nogle indlæggelsesdage da borgerne er udskrevet tidligere end forventet.

Men ud fra borgerens perspektiv kan en minimering af indlæggelsestid have betydning for livskvaliteten – fortællingen om Orla nedenfor er et eksempel på dette.

Og med øje for udviklingen af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen og det fald vi ved der er i antal af sengepladser på sygehuset, har vi imidlertid fået nogle erfaringer med hvordan vi kan løse nogle af fremtidens opgaver i kommunalt regi.

Orla bor i ældrebolig med ægtefælle Maren, der er svækket/ dement. Borger har tidligere haft en blodprop i hjernen og der er behov for en del hjælp i hjemmet.

Han er nu indlagt med blodprop i benet og i lungen. Orla er meget bekymret for sin hustru derhjemme, da hun har svært ved at klare sig uden ham og han ønsker sig meget at komme hjem. Samtidigt er han bange for udskrivelse, da han oplever at klare sig meget dårligere fysisk end før indlæggelsen og har svært ved at overskue hvordan det kan blive derhjemme. Han er nu yderligere svækket fysisk og skal anvende kørestol. Desuden skal han nu have en del medicin, som han føler er uoverskueligt.

Akutfunktionen inddrages, og der aftales 3 døgn forløb efter udskrivelse mhp. at skabe overblik over hjemmets samlede situation. Vurdering af de fysiske rammer, hjælpemidler, plejebehov mm. Fokus er på at skabe ro og tryghed, og finde gode løsninger på det Orla er bekymret for.

Efter 1½ døgn overdrages borger til hjemsektion med lidt mere hjælp end vanligt, men med en plan og et samlet overblik over hele døgnnet. Det har givet et roligt efterforløb, hvor borger er tryg.

10

Økonomiske nøgletal

Lønomsstninger

Udgifterne til Akutpladsprojektet vedrører primært lønudgifter svarende til godt 3,5 mio. kr. i 2020. Der har været ansat 10 medarbejdere (6 SOSU-assistenter og 4 sygeplejersker) i perioden på mellem 28 og 32 timer ugentligt.

LØNUDGIFTER TIL AKUTPLADSPROJEKTET

	Udgifter
SAMLEDE LØNUDGIFTER	3.574.406
UDGIFTER TIL AKUTPLADSFORLØB (81% AF DEN SAMLEDE TID)	2.892.866
ESTIMEREDE UDGIFTER PR DØGN (INCL BEREDSKABSTID)	14.709
ESTIMEREDE UDGIFTER TIL 3 DØGN (INCL BEREDSKABSTID)	44.128
FAKTISKE UDGIFTER PR DØGN (81% AF DEN SAMLEDE TID)	11.915
FAKTISKE UDGIFTER TIL 3 DØGN (81% AF DEN SAMLEDE TID)	35.744

Det ligger i Akutpladsprojektets natur, at det er nødvendigt med en vis beredskabstid der giver fleksibilitet i tilgængelighed for samarbejdspartnere, og mulighed for at handle hurtigt, da der ofte er tale om akutte indsatser.

Ovenstående tabel viser således to typer af beregninger:

- 1) En estimeret udgift som tager højde for den nødvendige beredskabstid
- 2) De faktiske udgifter baseret på registrering af indsatser i de 59 3 døgns-forløb

Den estimerede udgift til et 3 døgns-forløb er baseret på, at der er personale til stede svarende til 1,5 medarbejder i dagvagt, 1,5 medarbejder i aftenvagt og 1 medarbejder i nattevagt.

Reelt viser registreringerne at medarbejderne har anvendt 81% af den samlede tid på 3 døgns-forløbene, og de resterende 19% er anvendt på øvrige opgaver i Akutfunktionen.

76% af den tid medarbejderne har brugt på 3 døgns-forløb, er ATA tid, dvs tid brugt i borgerens hjem sammen med borgeren og eventuelle pårørende. Mens sidste 24% er anvendt på opgaver i relation til det enkelte forløb, det kan være koordination med egen læge, eller dokumentation.

Evalueringen viser en stor variation i antal døgn borgerne har været tilknyttet et 3 døgns-forløb, og i gennemsnit er varigheden af forløbene 2,5 døgn.

Samlet set beløber lønudgifterne til akutpladsforløb sig til godt 2,8 mio. kr. svarende til godt 11.000 kr. pr døgn i et akutpladsforløb. Et gennemsnitligt akutpladsforløb på 2,5 døgn koster dermed knapt 30.000 kr.

Da vi har valgt at akutpladsprojektet organisatorisk skulle forankres i den oprindelige akutfunktion, har de projektansatte medarbejdere på linje med deres kolleger varetaget øvrige akutfunktionsopgaver når der ikke har været 3 døgns - forløb.

Ud over lønomkostningerne har der været etableringsomkostninger. Nedenstående tabel beskriver dels de engangsomkostninger der har været i forbindelse med etablering, dels de omkostninger der vil være ved en eventuel videreførelse med samme set-up.

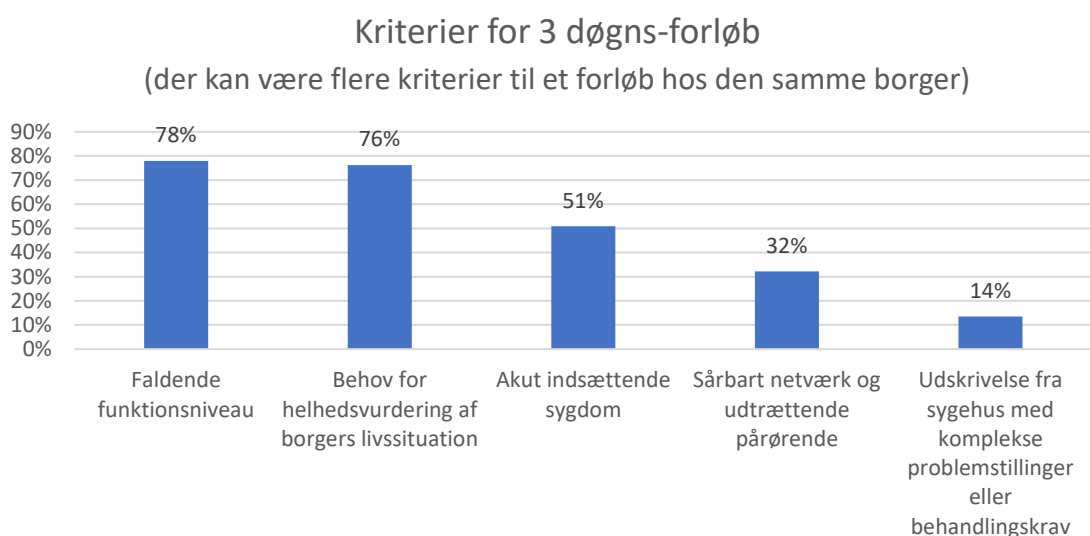
ETABLERINGS- OG DRIFTSOMKOSTNINGER VED PROJEKTFASE OG VED EVENTUEL VIDEREFØRELSE

POSTER	Etableringsomkostninger i projektfase	Etableringsomkostninger ved eventuel videreførelse fra 2021
	Udgifter (ekskl. moms)	Udgifter (ekskl. moms)
AKUTDEPOT	30.000	
BILER (LEASING	33.500	
BRÆNDSTOF TIL BILER	15.300	
TABLETS, TELEFONER OG TILBEHØR HERTIL, PRINTER MV.	26.000	
COMPUTERE, MØBLER OG HUSLEJE		60.000
TOTAL	104.800	60.000

Akutpladsforløb – kriterier og karakteristika

Som tidligere nævnt, har der i perioden fra 1. januar 2020 – 31. august været 59 3 døgns-forløb forløb.

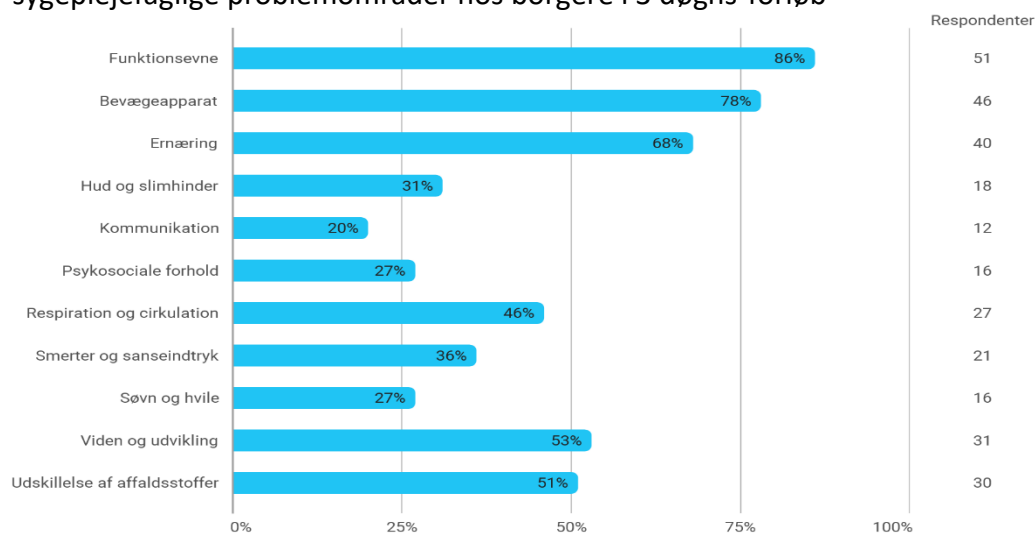
I forhold til de opstillede kriterier for hvornår en borger kan tilbydes et 3 døgns-forløb viser evalueringen, at der hos hver borger har været i gennemsnit 3 kriterier opfyldt. Det er med andre ord borgere med komplekse problemstillinger og behandlingskrav, der kommer i et 3 døgns-forløb. I nedenstående graf er kriterierne rangeret.



Hvis vi ser på de helbredsmæssige årsager til 3 døgns-forløbene, har vi dels analyseret disse i forhold til de 12 sygeplejefaglige områder der indgår i den sygeplejefaglige helhedsvurdering, dels i forhold til de diagnoser som Sundhedsstyrelsen har defineret som 'forebyggelige indlæggelser'. Det vil sige diagnoser hvor man ved målrettede og specifikke indsatser skønner at kunne forebygge en eventuel indlæggelse eller genindlæggelse.

Tabellen nedenfor viser en oversigt over de sygeplejefaglige problemområder der ved journalgennemgang af alle 59 forløb er repræsenteret. Karakteristisk er at der hos den enkelte borger er udfordringer indenfor flere problemområder på én gang.

Oversigt over sygeplejefaglige problemområder hos borgere i 3 døgns-forløb

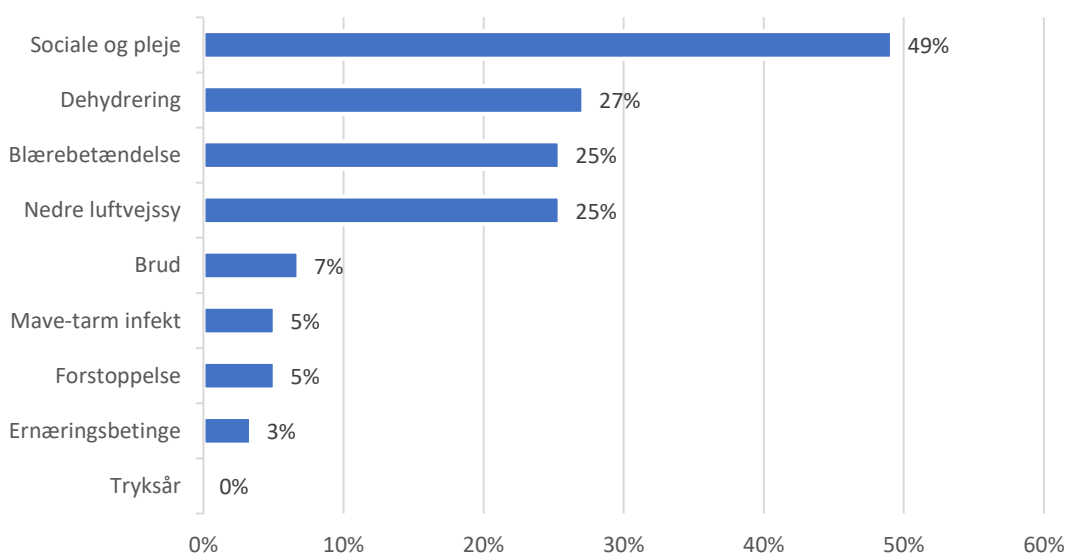


I 51 af forløbene er borgerens samlede funktionsevne påvirket, det vil sige borgerens evne til selvstændigt at kunne klare de daglige rutiner og gøremål, og dermed evnen til at kunne klare sig uden hjælp. I 85 % af forløbene, svarende til 50 forløb, er borgeren i forvejen tilknyttet hjemmeplejen og/eller sygeplejen. Det er altså borgere der i forvejen modtager hjælp.

I 53 forløb, svarende til 90 % af 3 døgns-forløbene, kan vi ved journalgennemgang identificere at diagnoser klassificeret som forebyggelige indlæggelser helt eller delvist er årsag til et 3 døgns-forløb.

I tabellen nedenfor er en oversigt over den procentvise fordeling på de 53 forløb af de diagnoser der er defineret som forebyggelige indlæggelser.

Forebyggelige indlæggelser som årsag til akutpladsforløb



Samlet set kan vi konkludere at karakteristisk for de borgere der har været i 3 døgn-forløb er, at de har mange helbredsmæssige problemer med flere sygdomsdiagnoser (multimorbiditet) og at der ofte er en høj grad af kompleksitet i deres samlede livssituation.

Det er svækkede ældre borgere, og vi ved fra den geriatrik forskning, at de oftest fejler flere sygdomme som sammen med deres behandling, har stor indflydelse på hinanden. Det betyder, at sygdomme i et organ kan give svigt i andre, og at symptomer hos den ældre ofte er mere vage end hos yngre mennesker.

Vi kan også konkludere, at hovedparten af de borgere der har været i 3 døgn-forløb har helbredsmæssige udfordringer, som med målrettede og systematiske indsatser vil kunne behandles i eget hjem, og dermed udgå en unødigt indlæggelse eller genindlæggelse.

Virkninger for Borgerne og de pårørende

I forandringsteorien for akutpladsprojektet har vi opstillet følgende ønskede virkninger for borgerne:

- en oplevelse af større tryghed ved muligheden for at være i vante omgivelser
- en øget mulighed for hurtigere bedring af helbredstilstanden fordi flytning ikke er nødvendig
- at være i eget hjem styrker borgerens autonomi og selvbestemmelse

14

Og de ønskede virkninger for de pårørende var:

- en oplevelse af større tryghed ved muligheden for at kunne være sammen med den syge i vante omgivelser
- en oplevelse af at fagligt kvalificeret personale i hjemmet kan være en aflastning
- en oplevelse af øget mulighed for at blive inddraget og være en aktiv del af de beslutninger der bliver taget

Som en del af evalueringen har vi gennemført interview med 2 borgere og 5 pårørende der har været involveret i 3 døgn-forløb. Det har desværre ikke været muligt at interviewe flere borgere, enten har de ikke ville eller kunne medvirke, eller også har de været for svækkede.

"Jeg var rigtig nervøs for at skulle hjem igen, men så var det meget trygt, at vide, at jeg skulle se dem (akutsygeplejerskerne) igen. At det var nogle kendte ansigter, da jeg kom hjem. Det var meget trygt...også for min mand, det var også en tryghed for ham.

De blev, når der var noget ... når vi skulle snakke, og når der så ikke var mere, så tog de afsted igen. De vidste selv hvornår, de skulle være der, og det gav mening. Samarbejdet blev meget naturligt fra starten, fordi det var hende, der også var med, da jeg blev indlagt."

(Borger der har været i 3 døgn-forløb)

Den anden borger giver udtryk for, at akutsygeplejerskerne var fantastiske, og til stor hjælp. Hun kan dog ikke huske så meget, da hun var meget påvirket af morfinen:

"De (akutsygeplejerskerne) var fantastiske! De var utroligt venlige, men jeg var ikke rigtig til stede ... det var en forfærdelig tid. Jeg var ked af det, da de stoppede. Det er ikke det samme med hjemmesygeplejerskerne ... De (akutsygeplejerskerne) er meget omsorgsfulde og tilstedeværende ... før var det som en banegård herhjemme."

(Borger der har været i 3 døgns-forløb)

For begge borgeres vedkommende, har 3 døgns-forløbet været en positiv og betydningsfuld oplevelse.

Begge fremhæver de betydningen af at det er de samme medarbejdere der kommer, fordi det giver en tryghed for borgeren. Trygheden ved 'kendte ansigter', der er professionelle, ved hvad der skal foregå, og kender til borgerens behov og problemer kan betyde, at borgeren i højere grad kan bruge sine ressourcer på at komme sig, eller mestre den nye situation.

Et andet forhold er tilstedeværelse – 'de blev, når der var noget..' siger den ene borger. Essentielt for 3 døgns-forløbene er, at medarbejderne har mulighed for at være i borgerens hjem i 24 timer i døgnet. Det betyder, at den enkelte medarbejder som udgangspunkt ikke har andre opgaver, men kan bruge den tid der er nødvendig hos den enkelte borger.

Evalueringen viser imidlertid, at i ingen af de 59 forløb har der været behov for medarbejdernes tilstedeværelse i hele døgnet. En forklaring kan være, at de borgere der har været i 3 døgns-forløb, ikke helbredsmæssigt har været så dårlige og behandlingskrævende at det har krævet døgndækkende tilstedeværelse. Det kan også være et udtryk for, at det øjeblik der er skabt overblik og ro i forløbet og de rette indsatser er planlagt og koordineret, så giver det for borgeren og de pårørende en ro og et overskud til at bruge deres ressourcer på en væren i hverdagslivet.

Når borgeren hæfter sig ved det med tilstedeværelse, kan det være et tegn på den betydning det har for borgerne og de pårørende at de oplever medarbejdere der ikke er 'på vej videre' til andre opgaver. Det kan give ro og tid til at få talt om de ting der har betydning for borgerens forløb, og man kan forestille sig, at det kan være nemmere for dem at give udtryk for disse ting, hvis de oplever at medarbejderen ikke er fortravlet.

Evalueringen viser, at i 54% af forløbene har de pårørende været meget involveret, og i 34% af forløbene har de været mere sporadisk involveret.

En pårørende til en borger der havde været faldet, beskriver forløbet, som roligt og meget betryggende.

"Jeg kan ikke beskrive, hvor godt det var. De forklarede mor hvad der skulle ske, og de beroligede hende. De var der og sørgede for mad, badestol og det hele. De sørgede også for, at mor har fået rengøringshjælp nu."

Datteren beskriver moderen, som angst efter sit fald. Hun giver udtryk for, at et ophold på FAM kunne have gjort det hele værre. Ved at være i eget hjem, følte forløbet roligt, og borgeren blev inddraget og lyttet til.

"Det var så vigtigt, at mor kunne blive hjemme. Hun var meget mindre nervøs, og sygeplejerskerne spurgte hele tiden ind til hvordan hun gerne ville have det. Da de tog afsted igen, var hun helt klar til at være sig selv."

Datteren selv følte sig inddraget igennem hele forløbet.

Denne pårørendes oplevelse bekræfter vores antagelser om hvor betydningsfuldt det kan være for såvel borgere som pårørende, at indsatser sættes i værk i borgerens eget hjem i stedet for en eventuel indlæggelse. At man kan være i vante rammer eventuelt med sine pårørende omkring sig. Det er naturligvis ikke alle indlæggelser der hverken kan eller skal undgås. Men som tidligere beskrevet, så kan vi se at rigtig mange af de borgere der har været i 3 døgns-forløb, har diagnoser der er karakteriseret som forebyggelige, det vil sige at indlæggelser vil kunne forebygges hvis der iværksættes målrettede indsatser i borgerens eget hjem.

En anden pårørende beskriver sit møde med akutfunktion således:

"Når akutsygeplejerskerne har været involveret, har det været en stor tryghed for mine forældre. Det at få hjælp og besøg flere gange i døgnet. De (akutfunktionen) snakker så stille og roligt, og er slet ikke stressede. De målte værdier, men de havde også øje for det ... det rent menneskelige. De talte med mine forældre om bolig og mad og vægttab... De tog højde for hele situationen og lyttede efter hvad der var behov for. Man kunne mærke, at de gik op i deres arbejde. Det betyder meget for min mor og far."

16

I projektet valgte vi at ansætte social- og sundhedsassistenter (SSA'er) som supplement til sygeplejerskerne. SSA'erne er ud over det sundhedsfaglige uddannet til at have et særligt blik for borgerens samlede livssituation og deres ageren i hverdagslivs situationer. Hvor sygeplejerskerne, og i særlig grad sygeplejerskerne i akutfunktionen, har deres faglige fokus på borgerens helbredssituation, så har projektet vist os hvor betydningsfuldt det er for helhedsvurderingen af borgerens situation at social- og sundhedsassistenternes faglighed har bidraget. Det har været assistenterne der har haft blik for når maden i køleskabet havde overskredet sidste holdbarhedsdato, når vasketøjsbunken blev større og større, når den kneb med at få båret skraldespanden ud, eller blomsterne i vindueskarmen ikke var blevet vandet. Alle disse små tegn på fald i funktionsevnen, på at borgeren måske ikke kunne klare det mere, eller overskue hverdagens gøremål som bidrager til det samlede billede af borgerens livssituation. Det er måske det den pårørende mener når hun siger at '*de havde øjne for hele situationen*'.

Det har derfor også været et princip, at ved opstart af 3 døgns-forløb har både en sygeplejerske og en social- og sundhedsassistent besøgt borgeren og sammen har de udarbejdet helhedsvurderingen af borgerens samlede helbreds- og livssituation som grundlaget for at iværksætte relevante indsatser.

En af de interviewede pårørende har dog ikke haft en god oplevelse med 3 døgns-forløb og samarbejdet med akutfunktionen. Hun har blandt andet oplevet ikke at være inddraget i forløbet

og i beslutningerne angående hendes mand. Hun har haft en oplevelse af, at akutfunktionen ikke lyttede til hendes erfaringer med og viden om mandens symptomer. Hun ønskede at hendes mand blev indlagt, men oplevede, at akutfunktionen gik for langt ift. at holde ham hjemme.

Endvidere savner hun opfølgning, efter hendes mands indlæggelse, og hun har ikke talt med akutfunktionen siden indlæggelsen. Efter indlæggelsen genoptages den vanlige hjælp i hjemmet. Den pårørende udtrykker en følelse af afmagt og frustration over forløbet, som måske kunne være undgået, hvis forløbet var blevet fulgt op af akutfunktionen.

Denne pårørende har bestemt ikke oplevet at blive set, hørt eller forstået. Og oplevelsen af at hendes viden om hendes mands sygdom ikke er blevet taget alvorligt viser hvor vigtigt det er at den enkelte medarbejder formår professionelt at balancere mellem på den ene side at være en faglig 'ekspert', og på den anden side at være 'gæsten' i et hjem hvor borger og pårørende er dem der er eksperterne på netop deres liv.

Uden at kende akutfunktionens version af forløbet, kunne man forestille sig, at det var et af de forløb som var knap så vellykkede og hvor samarbejdet med den pårørende kunne opleves konfliktfyldt. Og måske netop derfor kan det være vigtigt at fæstne sig ved den pårørendes ønske om opfølgning på forløbet. Det er måske specielt i de situationer hvor det kan være betydningsfuldt for den pårørende og for borgeren at få talt forløbet igennem, og måske få nogle forklaringer på hvorfor der skete det ene eller det andet, og selv få mulighed for at give udtryk for hvad der var svært, eller hvad det var man ikke synes fungerede godt.

Medarbejdere i hjemsektionerne har i deres interview også reflekteret over den betydning de har kunne se hos borgeren og de pårørende under og efter et 3 døgns-forløb.

De har en generel oplevelse af at der er skabt ro hos de borgere, der har været i 3 døgns-forløb. Ikke mindst har vejledningen af og samarbejdet med pårørende ofte givet ro i hjem der har været kaotiske, og med indsatser og tilstedeværelse har akutfunktionen skabt stabilitet i det ustabile.

Medarbejderne giver også udtryk for at en del borgere 'retter sig' fordi der er en øget kontinuitet i hjemmet når de er i 3 døgns-forløb. Der er et bedre overblik over hvad borgeren fx spiser og drikker. Der er en oplevelse af øget tryghed i hjemmet, tid, ro og nærvær.

En social og sundhedsassistent siger:

"Vi har kunne mærke, at der efter de her 3-døgnsforløb har været meget fokus på, at det har været de samme der kom. Ligesom, nu har akuttten været ind over, så må vi også hellere sætte fast personale på hos borgeren, så der er kontinuitet i hjemmet igen".

Virkninger for Medarbejderne

I forandringsteorien for projektet har vi opstillet følgende virkninger for medarbejderne:

- En oplevelse af at have kompetencer til at varetage akutte komplekse forløb hos borgere, så unødige indlæggelse og genindlæggelse forhindres

Herman er 86 år gammel, bor med sin jævnaldrende ægtefælle i eget hjem. Ægtefælle Marie er næsten blind og kognitivt svækket.

Han får besøg to gange dagligt til kompressionsbehandling/ anretning af mad og medicingivning, hjælp til bad to gange om ugen, og så får parret hjælp til rengøring.

Ægteparrets situation er langsomt blevet forværret og især Hermans helbred og fysiske formåen er udfordret. Marie er pga. sit svækkede syn ikke opmærksom på hans svækkelse og den øgede hjælp som Herman har brug for. Kognitivt har hun svært ved at forstå det hun får forklaret, når hun ikke kan se hvad det betyder for Herman. F.eks. ser hun ikke hans svækkelse og er ikke opmærksom på at han spiser og drikker meget sparsomt. Kommunikationen imellem dem er udfordret, hustru "herser" med Herman og skælder ud, når han ikke kan hjælpe hende med det hun ønsker. Ægtefællerne plejer at kunne kompensere for hinandens manglende formåen, men i øjeblikket er dette udfordret.

Herman bliver tiltagende afkræftet. Han plejer at komme i dagcenter et par gange ugl., men magter ikke dette for tiden. Han har mistet livslysten og oplever samlivet med hustru mere og mere kompliceret.

3 døgns forløb bliver etableret, mhp. at få overblik over den samlede situation og det mest hensigtsmæssige tilbud til parret. Efter et par døgn bliver det klart at Herman har brug for en pause, for aflastning og for at kunne blive udredt for sin dårlige hjerte- og nyrefunktion, samt diabetes. Desuden har han behov for at se og kommunikere med andre. Det er nødvendigt at få overblik over hvordan hustrus funktionsniveau er, når Herman ikke kompenserer for hende og ligeledes er en udredning nødvendig.

Der etableres i samarbejde med egen læge henvisning til geriatrisk ambulatorium for begge ægtefæller og der tilbydes et planlagt aflastningsophold, hvor Herman og Marie kan vurderes over en længere periode, sideløbende med, at der kan tilbydes træning og optimering af den medicinske behandling. 3 døgns forløbet har forebygget en akut situation / indlæggelse af Herman og givet mulighed for at situationen kan vurderes i ro og fred.

18

Fortællingen om Herman og Marie er et meget godt eksempel på det de interviewede medarbejdere fra hjemsektionerne samstemmende giver udtryk for:

"Akutfunktionen ikke gør så meget anderledes, end hvad vi selv kunne. De har bare mere tid til undren og refleksion. De kan det de kan fordi de også er blikket udefra, og har en systematik."

Som det også var tilfældet med borgernes og de pårørendes oplevelser, så er det med at have tid til rådighed en faktor som medarbejderne fra hjemsektionerne trækker frem. I modsætning til deres virkelighed med kørelister og mange opgaver hos mange forskellige borgere på en vagt, har

akutfunktionen i 3 døgn-forløbene som udgangspunkt hele vagten til rådighed. Og selvom de i praksis kun har brugt den tid der var nødvendig, så har de ikke det samme 'vi skal videre til den næste opgave' vilkår. Det giver en ro til at få skabt det nødvendige overblik, og med den specifik geriatri-faglig viden, en systematik i tilgangen til den samlede vurdering af borgerens helbreds- og livssituation, og med systematiske screeningsmetoder, kan de få lagt en plan for indsatser der er mere sammenhængende og koordinerede.

"Man har virkelig kunne mærke – nu har de også haft tiden til det – at de er kommet rundt omkring det hele. Det har været hjælpemidler, medicinen, bestilling fra det gode madhus, få sat i skema med bleskift, få bevillinger (...) De har også været gode til at holde fast, det var ikke bare en lidt, nu får du 10 minutter til det, og 10 minutter til det, det har været meget individuelt. Det har været hammerrart, at når man kom ud efter man har overtaget, så har det faktisk været med den tid, man har brug for."

(Social- og sundhedsassistent fra hjemsektionen)

Såvel sektionsledere som sosu medarbejdere oplever at akutfunktionens måde at kommunikere på og den systematiske tilgang de har til borgeren, har en afsmittende virkning på fagligheden, ikke mindst fordi medarbejderne oplever sig mødt og anerkendt i samarbejdet med medarbejderne fra akutfunktionen. Sosu medarbejderne bruger flere faglige termer og er mere systematiske når de henvender sig til sygeplejen eller til akutfunktionen. Redskaber som ISBAR og TOBS bruges mere, og det giver en fælles systematik i tilgangen til og samarbejdet om borgerne.

Akutfunktionens medarbejdere giver i interview udtryk for at deres kompetencer til at kunne varetage opgaverne er blevet styrket, såvel på det teoretiske som på det kliniske område. Samtidig giver de udtryk for at strukturer, effektive arbejdsgange og metoder støtter op om fagligheden og kvaliteten i opgavevaretagelsen.

Systematiseringen af metoderne – ABCDE, ISBAR, TOBS bidrager til at skærpe det kliniske blik og skabe overblik i de akutte situationer. Metoderne gør kommunikationen mellem fagligheder bedre og mere faglig funderet, det mindsker tvivl og øger tilliden i samarbejdet. Alt er klart, inden man tager kontakt til fx lægen, og man ved hvad det er man har brug for fra lægen.

Det teoretiske og systematiske fundament sikrer at handlinger er faglige og ikke begrundet i 'synsninger'. De systematiske metoder til udredning, helhedsvurdering og dokumentation skaber grundlag for handlinger der tager udgangspunkt i borgerens samlede helbreds- og livssituation.

"Jeg har den her (tager ...metodeoversigt op af lommen) den kører jævnligt op af min lomme, hvor man har vores standardskemaer, ISBAR, TOBS'erne, jamen altså ABCDE, den er virkelig bibelen. Men det er nogle håndterbare redskaber, så vi ikke glemmer noget i vores her og nu observationer."

(SSA fra Akutfunktionen).

Virkninger i organisationen

I forandringsteorien for projektet har vi opstillet følgende ønskede virkninger for organisationen:

- At være bedre klædt på til at møde fremtidige krav om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Både via en adfærd i organisering, samarbejde og arbejdsgange og via styrkede faglige kompetencer
- At økonomiske ressourcer forbliver til brug i egen organisation i stedet for at anvendes på indlæggelser der kunne forebygges

Som tidligere beskrevet er samarbejdet med sosu medarbejdere og sygeplejersker i hjemsektionerne en central forudsætning for akutfunktionens virke og for succesfulde 3 døgns forløb. Vi har derfor været optaget af det man kunne kalde de interne overgange og samarbejdet ind og ud af 3 døgns-forløbene.

Vi kan se at i 85% af 3 døgns-forløbene har borgeren i forvejen været tilknyttet hjemmeplejen og/eller sygeplejen, og i 69% af disse er henvendelsen til akutfunktionen kommet fra hjemmeplejen og/eller sygeplejen.

De interviewede medarbejdere og sektionsledere lægger vægt på at klarhed omkring samarbejdet er essentielt. Det skal i hvert forløb være tydeligt hvem det er der har ansvar for hvad. Flere giver udtryk for at akutfunktionen kan give et fælles fundament i form af tydelige rammer og tydeligere samarbejder. Dette giver en oplevelse af at arbejde i samme retning, hvilket giver ro for alle parter.

20

I sektionerne oplever de, at samarbejdet med akutfunktionen om 3 døgns-forløb har været godt, de har været let tilgængelige, og der har været en følelse af at afløse hinanden. De oplever at være blevet inddraget, og at en løbende kontakt i forløbene har lettet overgangen fra 3 døgns-forløb til hjemsektionen. I forbindelse med det har akutsygeplejerskerne deltaget i TO+ møderne og givet en mundtlig status/overlevering som supplement til den skriftlige dokumentation. Det har især været vigtigt for sosu hjælperne der ikke har været så inddraget i de enkelte 3 døgns-forløb.

Imidlertid fremgår det af interviewene at overgangen fra 3 døgns-forløb til hjemsektion og tiden efter ikke altid har været effektiv, præcis og god nok.

Hos medarbejderne i hjemsektionen er der en oplevelse af, at 3-døgns forløbene ikke bliver fulgt op, fordi visiteringen ikke kan bevillige det. De gode tiltag kan ikke vedligeholdes, og man oplever, at der hele tiden er et fokus på at spare på tiden. Så snart borgeren har rettet sig, så mindskes tiden igen, og så ryger borgeren tilbage i de samme problematikker. Evalueringen viser også at der er nogle borgere der har haft flere på hinanden følgende 3 døgns-forløb.

Noget af det vi ikke er lykkedes med er at få udviklet og etableret en effektiv systematik for overlevering til hjemsektionerne efter et 3 døgns-forløb, og for samarbejdet om at sikre videreførelse af relevante indsatser, eller en plan for 'at trappe ned'.

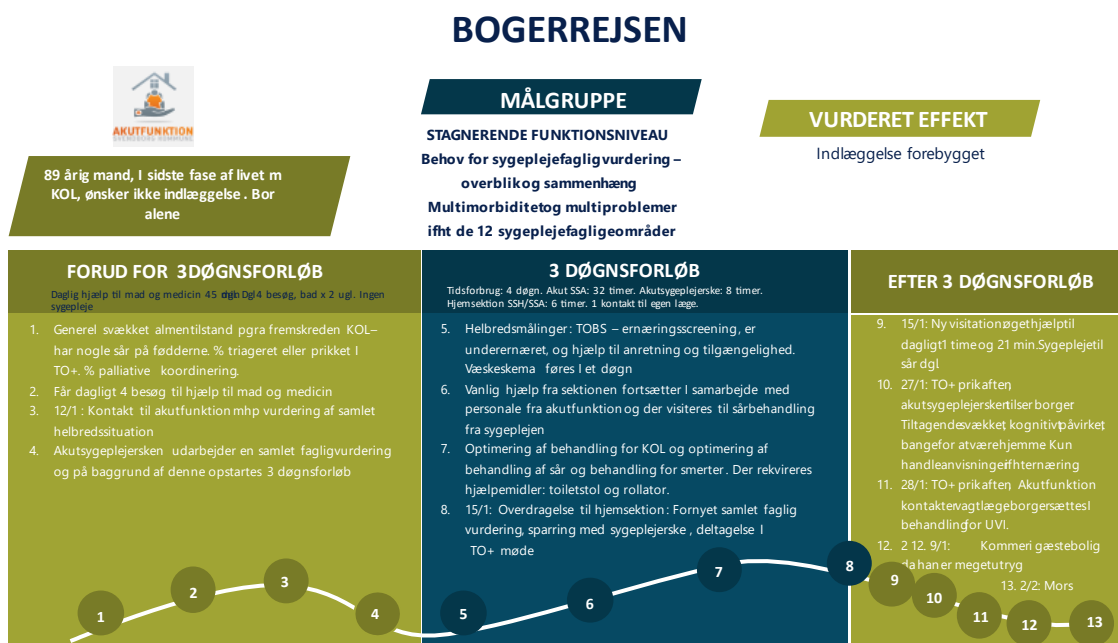
"Det er stadig ikke knivskarpt, hvordan vi får vores viden leveret videre, når vi overleverer efter 3-døgnsforløb. Det er der, hvor jeg føler mig utilstrækkelig." (Sygeplejerske, Akutfunktion)

Intentionen om at de geriatrifaglige nøglepersoner i hjemsektionerne, de sygeplejersker der tog diplommodul 'Svækkede ældre', skulle være en form for tovholdere eller brobyggere mellem 3 døgn-forløbene og hjemsektionerne er vi i projektet heller ikke lykkedes med at få igangsat. Der var etableret 3 arbejdsgrupper på tværs af akutfunktionen og de geriatrifaglige nøglepersoner der hver skulle arbejde med specifikke fokusområder, blandt andet borgere der er faldtruede. Men dette arbejde måtte vi sætte på pause på grund af corona situationen,

For at kunne få den fulde gevinst af samarbejdet og værdikæden mellem akutfunktion, hjemsektion og visitation, er der basis for et udviklingsarbejde i forhold til overgangene fra 3 døgn-forløb til hjemsektion.

I forbindelse med evalueringen har vi arbejdet med Borgerrejsen som metode, blandt andet med henblik på at anskueliggøre de interne overgange i 3 døgn-forløbene. Med en retrospektiv gennemgang af Nexus (det elektroniske omsorgssystem) har vi forsøgt at illustrere borgerens rejse ind og ud af et 3 døgn-forløb og haft fokus på hvad det er borgeren er blevet mødt med af indsatser og aktiviteter fra medarbejderne på ældreområdet.

I første omgang var intentionen dels at blive klogere på hvad der sker forud for et 3 døgn-forløb med henblik på at målrette og styrke indsatserne i selve forløbene, dels at se hvad der sker efter et afsluttet forløb, for at kunne kvalificere en systematisk og målrettet overdragelse til hjemsektionen. Vi udarbejdede disse borgerrejser for hvert af de inklusionskriterier der var opstillet for 3 døgn-forløb. Nedenfor er et eksempel hvor inklusionskriteriet var stagnerende funktionsniveau.



Borgerrejserne bekræftede medarbejdernes oplevelse af manglende systematik og tydelige arbejdsgange i forbindelse med borgernes overgang fra 3 døgn-forløb til hjemsektionen, og især

den betydning det kan have for borgerens forløb. Både i samarbejdet med de sygeplejersker og sosu-medarbejdere der skal tage over og videreføre indsatserne, men også i samarbejdet med visitationen i forhold til målrettet at videreføre og/eller aftrappe i indsatser.

Journalgennemgangen af alle 59 forløb, viser at i 25% af forløbene er borgeren i deres habituelle tilstand fx med vanlig hjælp efter afslutning af forløbet, mens der i 68% af forløbene har været behov for øget hjælp.

Borgerrejsen som metode, tvinger jo på sæt og vis til et skifte i perspektiv fra et professionelt system perspektiv til et perspektiv der synliggør hvad det er borgeren 'mødes med': Hvad er det de får hjælp til? Hvor tit får de hjælpen? Hvornår på døgnet får de hjælpen? Hvor mange medarbejdere kommer der i hjemmet? Hvilke fagpersoner møder borgeren? Og hvornår i et givent forløb bliver den ene eller den anden faglighed involveret? Og hvordan?

Der er ingen tvivl om at alle på ældreområdet tilstræber at borgerne skal opleve at deres forløb er sammenhængende og velkoordinerede, og at de indsatser de modtager er af høj faglig kvalitet.

Borgerrejserne har imidlertid synliggjort nogle overraskende mønstre og forhold, særligt hos de borgere hvor udfordringen er faldende funktionsniveau over tid.

Vi ser, at medarbejderne helt relevant reagerer på ændringerne, og der sker en stigning i den visiterede hjælp over tid. Ofte visiteres der dog 'mere af det samme', fx hyppigere besøg, uden at der er foretaget en samlet faglig vurdering af det begyndende funktionstab og eventuelle helbredsmæssige årsager til dette.

Nogle gange involveres sygeplejen først når det hele ligesom 'vælter', og hvis sygeplejen er involveret tidligere i forløbet, er det ofte i forbindelse med specifikke behandlingsmæssige opgaver som fx sårskift.

Vi ser, at samtidig med at borgerens funktionsniveau falder, og visitationen af ydelser øges, så stiger antallet af unikke medarbejdere der kommer i hjemmet. Naturligvis vil der komme flere i hjemmet når antal af besøg øges, men det vi ser er, at antallet af forskellige medarbejdere der kommer i det enkelt hjem stiger. Fra datatræk i Nexus kan vi se, at for de 59 borgere der har været i 3 døgn-forløb, har den enkelte borger i gennemsnit haft besøg af 25 forskellige medarbejdere i de 30 dage op til forløbet, og i de 30 dage efter forløbet haft besøg af gennemsnitligt 34 forskellige medarbejdere. Nu skal denne slags gennemsnitlige betragtninger alt andet lige tages med et gran salt. Men der er en grundlæggende logik i at når det ikke er den/de samme medarbejdere der kommer i hjemmet, så har de heller ikke forudsætningerne for at kunne holde øje med de små forandringer fra dag til dag, eller fra morgen til eftermiddag, og det har betydning for den helhed og sammenhæng der er i de indsatser der leveres hos borgeren.

Nedenfor er et eksempel på en borgerrejse for en af de borgere der var i 3 døgn-forløb i pilotfasen, der illustrerer ovenstående.

BOGERREJSEN



83 årig kvinde der bor alene

MÅLGRUPPE

MANGLENDE SAMMENHÆNG
Uoverskuelighed i problemer
Behov for sygeplejefaglig vurdering –
overblik og sammenhæng
Multimorbiditet og multiproblemer
ifht de 12 sygeplejefaglige områder



Det vi har set i forbindelse med arbejdet med Borgerrejsen, er uden for dette projekts rammer.

I stedet er det efterfølgende blevet indarbejdet som en del af aktiviteterne i projekt 'Støtte til livet' der har fået midler fra Satspuljen Styrket omsorg og nærvær.

23

Det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde

Med henblik på at styrke der tværfaglige og tværsektorielle samarbejde om borgernes behandlingsforløb ønskede vi, som et af projektets aktivitetsområder, at udvikle og afprøve nye samarbejdsmodeller med almen praksis og vagtlægeordningen. Blandt andet ønskede vi at kunne honorere de praktiserende læger i en eller anden form for 'bag-vagts ordning'.

Som nævnt indledningsvist stødte vi imidlertid på formelle udfordringer som tidsmæssigt ville kræve langt flere ressourcer end projektledelsen og styregruppen skønnede der skulle bruges. I stedet intensiverede projektleder og medarbejdere kontakten og informationerne til almen praksis, og styrkede fokus på det gode samarbejdes eksempel som en måde at bane vejen for tættere samarbejde i forbindelse med de enkelte 3 døgn-forløb.

2 af de praktiserende læger har gennem telefoninterview bidraget til evalueringen.

"Det er et eksemplarisk samarbejde – det er sgu godt! Akutsygeplejerskerne er mine øjne i marken. Som ny i min klinik kender jeg ikke altid borgerne, og ved hvilke omstændigheder de lever under, eller hvilke ressourcer de har. Alt det kan akutsygeplejersken hjælpe mig med."

Lægen har primært brugt akutfunktionen, så de borgere der er "på kanten" kan forblive i eget hjem, og "klare skærene", uden at blive indlagt.

"Det er meget tilfredsstillende for en læge at kunne samarbejde med akutsygeplejerskerne. De har et helhedsbillede, og lægger en plan fremadrettet.

Alternativt kan jeg først komme på besøg sent om eftermiddagen, og jeg kan ikke blive ved borgeren. Ofte kommer borgeren et døgn på FAM og derefter hjem igen, uden en stabil plan – og borgeren kan næsten være mere svækket end før. Eller også kommer borgeren ind (til lægeklinikken) og har brugt så meget energi i konsultationen, at de bare tager hjem uden at hente medicin eller handle. Den kontinuerlige kontakt med akutfunktionen er uundværlig. Det giver mere ro for alle parter."

Læge giver udtryk for at denne føler absolut tillid til akutfunktionen. Hun begrundet dette med, at hun oplever dem som fagligt stærke, og gode til at kommunikere.

"De (akutsygeplejerskerne) virker som nogle meget erfarne sygeplejersker, der er selvstændige og tør, at tage en beslutning. De har en meget god og sikker kommunikation, og giver nogle gode og brugbare faglige vurderinger."

Lægen beskriver akutfunktionen som en stor succes og en aflastning og hjælp for lægerne:

"Det er jo en stor aflastning for mig, at sygeplejerskerne måler f.eks. CRP eller andre værdier. Så kan jeg spare nogle besøg ved mine patienter. De har ofte værdierne parat, når de tager kontakt til mig, iltmætning osv. Det gør det meget lettere at træffe en beslutning som læge.

"De er meget kompetente og klare i mælet i forhold til deres egne vurderinger. Noget af det vigtigste for mig, som læge, er den gode kontakt. Akutsygeplejerskerne er tilgængelige. De giver de nødvendige supplerende målinger og vurderinger i og af hjemmet, og så kan skære igennem, når der er behov for, at jeg kommer ud. De er en aflastning og en god støtte i diagnostikken."

Overordnet er det akutfunktionens vurdering, at samarbejdet med de praktiserende læger i forbindelse med de enkelte 3 døgns-forløb har været godt. Der har generelt været en stor forståelse for betydningen af at kunne få fat i lægen, også uden for normal telefontid, og en villighed til at lave behandlingsplaner og aftaler for opfølgning på disse.

Samarbejdet med FAM

Der har været en stor interesse og velvillighed fra ledelse, læger og sygeplejersker på FAM til at indgå i samarbejdet med akutfunktionen om tidligere hjemtagelse af borgere fra FAM.

Samarbejdet blev etableret og blandt andet deltog akutfunktionen i de daglige morgenkonferencer hvor fokus var på de borgere der muligt kunne hjemtages tidligere. Desværre blev det en af de aktiviteter som corona situationen satte en stopper for. Ledelsen på FAM har givet udtryk for et ønske om at genoptage samarbejdet, ligesom de ønsker at udvikle et samarbejde om genindlæggelser.

Hvad har vi også set

I forbindelse med projektforsløbet har vi set en 'ny' kategori af borgere, der har kunne profitere af den faglighed, fleksibilitet og systematiske tilgang som projektet har bibragt medarbejderne i akutfunktionen. Det er borgere som har en høj grad af kompleksitet i livs- og helbredssituation, ofte på grund af misbrugsproblemer og både sundhedsfaglige og psykiatriske diagnoser. Det er borgere der modtager indsatser der involverer flere faggrupper/forvaltninger, og forløb der kræver en høj grad af tværfaglighed og koordinering.

I flere af disse situationer har akutfunktionen kunne påtage sig en koordinerende tovholderfunktion, fordi der har været ressourcerne til rådighed og kompetencerne til at kunne skabe overblikket og få iværksat planer og forløb der i højere grad har kunne tilgodese den enkelte borgers samlede livssituation.

Samlet konklusion

Sammenfattende kan vi på baggrund af evalueringen konkludere:

- At ud af de i alt 59 3 døgns-forløb gennemført i perioden fra 1/1-20 til 31/8-20 vurderes det at indlæggelse/genindlæggelse er forebygget i 36 forløb, svarende til godt 60%. Det betyder en besparelse i kommunal medfinansiering på ca. 1 mill. kr. i perioden.
- At for 8 borgers vedkommende har det været muligt at hjemtage borgeren fra sygehus tidligere, da 3 døgns-forløb er etableret.
- At den samlede lønomkostning til muligheden for etablering af 3 døgns-forløb i hele projektperioden er på 3.574.406 kr. De faktiske udgifter alene til 3 døgns-forløb er 2.892.866 kr., svarende til 81% af den samlede ansættelsestid for projektmedarbejderne i Akutpladsprojektet. Den resterende arbejdstid, som også kan betegnes som beredskabstid, er brugt på øvrige opgaver i Akutfunktionen.
- At et gennemsnitligt 3 døgns-forløb har haft en varighed af 2,5 døgn, svarende til knapt 30.000 kr. pr forløb i lønomkostninger.
- At de borgere der har været inkluderet i 3 døgns-forløb, er svækkede og sårbare ældre med en høj grad af ustabilitet i deres helbredssituation og en høj grad af kompleksitet i deres samlede livssituation. I 53 forløb, svarende til 90 % af 3 døgns-forløbene, kan vi ved journalgennemgang identificere at diagnoser klassificeret som forebyggelige indlæggelser helt eller delvist er årsag til et 3 døgns-forløb, hvor man med målrettede geriatrifaglige indsatser kan forebygge en eventuel indlæggelse.
- At de to borgere og fire ud af de fem interviewede pårørende giver udtryk for at forløbet har haft stor og positiv betydning. De oplever det har givet tryghed og ro at kunne være i eget hjem, i forløb hvor medarbejderne sammen med borger og pårørende har taget sig den fornødne tid til at få afdækket borgerens behov og udfordringer, få lagt en plan og få iværksat de relevante indsatser.

- At medarbejdere og ledere i såvel hjemsektionerne som i akutfunktionen oplever at den styrkede faglighed og systematikken i metoder, tilgang og arbejdsgange i 3 døgn-forløbene har øget kontinuiteten i borgernes forløb og givet et bedre overblik.
- At den indbyggede fleksibilitet der ligger i akutpladsprojektet, sammen med den tværfaglighed som repræsenteres af at sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter har været tæt samarbejdende i 3 døgn-forløbene, har styrket kvaliteten i de enkelte forløb. Både i forhold til faglige vurderinger som beslutningsgrundlag, og til koordinering af indsatser.
- At de samarbejdende praktiserende læger og læger og sygeplejersker på FAM oplever, at muligheden for etablering af 3 døgn-forløb og samarbejdet med akutfunktionen bidrager til at kvalificere deres lægefaglige beslutningsgrundlag og virke i forhold til den enkelte borgers helbredssituation og behandlingsforløb.
- At der også er noget vi ikke er lykkedes med:
 - En af de pårørende der er interviewet har ikke oplevet at være set, hørt og forstået, og har dermed ikke oplevet at være inddraget, ligesom hun savner opfølgning på forløbet. Det indikerer fremadrettet fokus på de forløb hvor samarbejdet ikke har været godt.
 - I forhold til de interne overgange mellem akutfunktion og hjemsektion viser evalueringen at der er udviklingspotentialer særligt i forhold til systematik og arbejdsgange, og i forhold til at skabe sammenhængende og koordinerede indsatser både før og efter 3 døgn-forløb.
 - Intentionen om at udvikle nye samarbejdsmodeller i forbindelse med lægefaglig backup i 3 døgn-forløb med almen praksis har ikke været mulig.

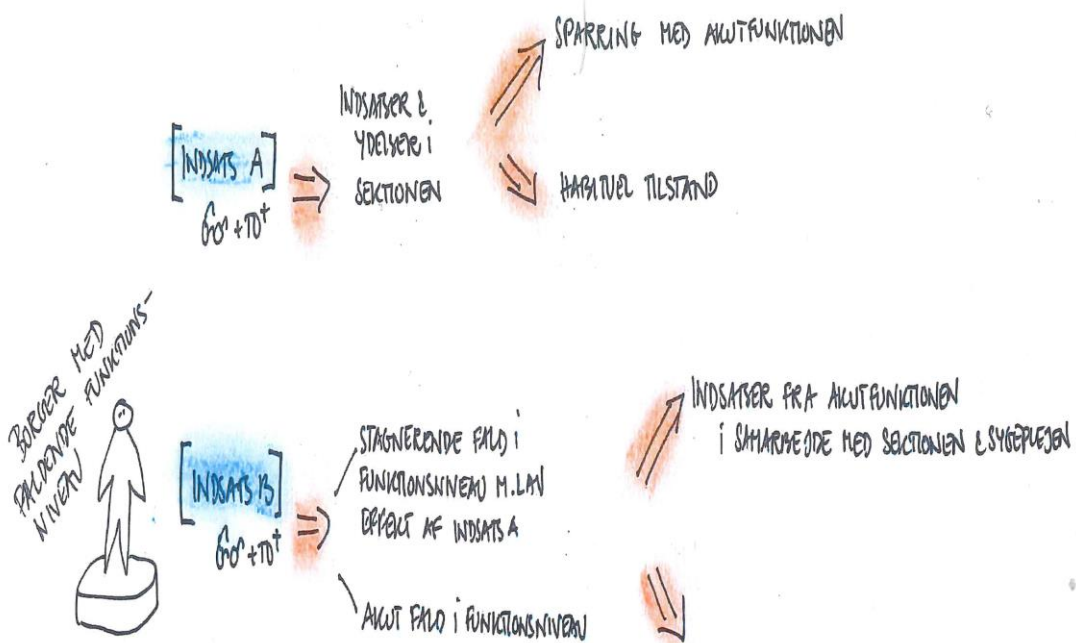
Anbefalinger

Der vurderes potentiale i fremadrettet at skabe mulighed for at tilbyde borgere særlige forløb i eget hjem som et kvalificeret alternativ til en indlæggelse, eller et gæsteophold på et plejecenter, og som en mulighed for tidligere hjemtagelse fra sygehus til fortsat behandling i eget hjem.

Det vil kræve flere personaleressourcer til den nuværende akutfunktion, gerne i form af social- og sundhedsassistenter, idet de med deres uddannelse bidrager med et tværfagligt perspektiv der styrker og løfter såvel det faglige vurderingsgrundlag som de iværksatte indsatser.

En forudsætning for at sikre at det er de rette borgere der tilbydes disse særlige forløb er, at der arbejdes videre med at kvalificere arbejdsgange i forbindelse med de interne overgange mellem hjemsektion og akutfunktion. I forbindelse med projekt 'Støtte til livet' arbejdes der blandt andet med de uhensigtsmæssigheder i planlægning og koordination af indsatser som Borgerrejsen har synliggjort i tiden op til et 3 døgn-forløb. Det anbefales at der arbejdes med at systematisere og udvikle overgangen fra et særligt forløb til hjemsektionens medarbejdere.

Det anbefales at betegnelsen 3 døgns-forløb udgår, dels fordi det kan give et begrænsende signal i forhold til de borgere der vil kunne profitere af et særligt forløb, blandt andet borgere som på grund af misbrugsproblemer eller dobbeltdiagnoser fordrer en høj grad af tværfaglighed i indsatserne. Dels fordi evalueringen viser at tilstedeværelse i hele døgn ikke er det essentielle, det er til gengæld essentielt at der er den organisatoriske fleksibilitet til rådighed der gør at medarbejderne kan rykke ud hurtigt, og kan være i det enkelte hjem i det tidsrum der er behov for, for at kunne skabe overblik og lægge en plan.



G₀⁺ VURDERING AF EN AKUTSYGEGEJERSKE

