

Bilag 5: Samlet analyse og resultater af projektet "Forebyggelse af uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser af ældre borger 65+ til Herlev Gentofte Hospital ved den kommunale akutfunktion – SHS akutteam. Hvad virker eller kan forbedres?"

Projektet er finansieret af Sundhedsstyrelsen.

Indhold

1. Indledning. SHS akutteam – teamets organisering og indsatser	3
2. Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandard for kommunale akut-funktioner	4
3. SHS akutteamets ydelser og indsatser – betydningen for samarbejdspartnerne.....	4
4. SHS akutteam skaber tryghed for borgere og samarbejdspartnerne	6
5. SHS akutteam skaber sammenhæng i borgerforløbet og sundhedsvæsenet	9
5.1. Tid og overskud.....	9
5.2. Når hjemmet bliver et behandlingssted	10
5.3. SHS akutteam understøtter bedre kommunikation	10
5.4. SHS akutteam som brobygger og bindeled.....	12
6. Ledelse	14
7. Forebyggelse af uheldsmæssige indlæggelser	15
7.1. SHS audit – forhindring af uheldsmæssige indlæggelser.....	16
7.2. Ikke forhindret en indlæggelse.....	16
7.3. Journalaudit på hospital	17
7.4. Sammenfatning	18
8. Øvrige fund og forbedringspunkter	18
9. Konklusion	20
Litteraturliste	21

Forebyggelse af u hensigtsmæssige (gen)indlæggelser af ældre borger 65+ til Herlev Gentofte Hospital ved den kommunale akutfunktion – SHS akutteam. Hvad virker eller kan forbedres?

1. Indledning. SHS akutteam – teamets organisering og indsatser

SHS akutteam (teamet) er et tværkommunalt samarbejde mellem kommunerne Herlev, Furesø og Ballerup. Foruden de tre kommuner blev teamet skabt i samarbejde med Herlev Gentofte Hospital (HGH) afdeling O, og repræsentanter fra de praktiserende læger i de tre kommuner.

Teamet har eksisteret siden februar 2015. Det består af 12 sygeplejersker, en daglig leder og en projektmedarbejder og har åben alle ugens dage fra kl. 7.30-23. Sygeplejerskerne har 5+ års erfaring, inden de er blevet ansat i teamet, og har erfaring fra bl.a. akutmodtagelse, skadestue, intensiv, kardiologi, neurologi og onkologi. Formålet med at ansætte sygeplejersker med bred erfaring fra forskellige sygeplejefaglige specialer har været at give teamet de nødvendige sygeplejefaglige kompetencer til at varetage akutte og komplekse opgaver for samarbejdspartnerne i de tre kommuner.

Teamet håndterer både sygeplejefaglige vurderinger¹ og specialiserede sygeplejefaglige indsatser, som kateter- og sondeanlæggelser, blodprøvetagning samt intravenøs (IV) behandling i hjemmet². Teamet tilbyder endvidere sparring, undervisning og/eller oplæring af kollegaer i den kommunale sektor. Formålet er at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser og sikre gode, sammenhængende borgerforløb.

Der er udarbejdet samarbejdsaftaler med alle samarbejdspartnerne³. Desuden har teamet parkeringsmulighed og skab på HGH, hvor de kan hente utensilier til klinisk brug og IV-behandlingsforløb i hjemmet.

Teamet er fysisk placeret i Ballerup Kommune. Organisatorisk er der oprettet et nyt afsnit i Ballerup, som ledelsesmæssigt referer til lederen af Afgørelser og Hjælpemidler i Ballerup Kommune. Desuden refererer teamet til en daglig leder. Der er generelt stor ledelsesmæssig opbakning til teamet. Mantraet fra ledelsens side er, at sygeplejerskerne aldrig siger nej til en opgave, og at opgaven skal løses til trods for eventuel tidsforbrug. Målet er at sikre sammenhæng samt gode borgerforløb og samarbejdsrelationer.

¹ ABCDE udredninger af borgers tilstand og måling af kliniske værdier.

² Intravenøs behandling er en del af den daglige drift både hvad angår antibiotika og væsker. Den intravenøse behandling gives i alle former for intravenøse adgange.

³ HGH, de praktiserende læger i Ballerup, Herlev og Furesø Kommune, Hjemmesygeplejen, plejecentre og bosteder i de tre kommuner og Akuttefonen 1813.

2. Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner

I 2017 udgav Sundhedsstyrelsen en kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen (Sundhedsstyrelsen 2017). Teamets organisering og udførelsen af indsatser har været en del af inspirationen til indholdet i kvalitetsstandarden, der er gældende for alle akutfunktioner på national plan. Kvalitetsstandarden udgør således grundessensen i akutfunktionernes ydelser og indsatser.

Kvalitetsstandarden er et led i den nationale indsats for den ældre medicinske patient (ibid.). Kvalitetsstandarden indeholder krav ('skal' opgaver) og anbefalinger ('kan' opgaver) til de kommunale akutfunktioner med det formål at understøtte en ensartet og høj kvalitet i de kommunale akutfunktioner på tværs af landet og i kommunens samarbejde med hospitalet og almen praksis (ibid.).

Målet med akutfunktionerne er at forebygge forværring af akut opstået eller kendt sygdom gennem en tidlig, proaktiv indsats samt følge op på hospitalets pleje- og behandlingsindsats, hvis borgeren efter udskrivelsen fortsat har komplekse pleje- og behandlingsbehov. Herigennem leverer akutfunktionen en indsats tæt på borgerens hverdagsliv og medvirker samtidig til nedbringelse af antallet af unødvendige indlæggelser (ibid., s. 6).

3. SHS akutteamets ydelser og indsatser – betydningen for samarbejdspartnerne

På tværs af sektorerne er samarbejdspartnerne enige om, teamet udfylder en vigtig rolle i forhold til at sikre gode borgerforløb og i udviklingen og fastholdelsen af gode og effektfulde samarbejder og relationer blandt samarbejdspartnerne i sundhedsvæsenet i Ballerup, Herlev og Furesø Kommune. Dette understøttes af resultaterne fra borgeranalysen, der viser en høj grad af tilfredshed blandt borgerne i relationer/kontakten med teamet. Alle de borgere, som har deltaget i undersøgelsen, gengiver, de har været tilfredse og trygge ved at få besøg af teamet. (Borgerundersøgelsen uddybes i afsnit 4).

De praktiserende læger er den samarbejdspartner, som bruger teamet oftest (41% af henvendelserne kommer fra praktiserende læger)⁴. Teamet rekvireres især til kliniske vurderinger i hjemmet og akutte hjemmesygebesøg (SHS journalaudit 2018; Interview med praktiserende læger (PL) 2018; SHS Database). Ifølge de praktiserende læger betyder samarbejdet med teamet, at de får en akut, kompetent vurdering af en borger, hvis tilstand de (eller plejepersonalet, pårørende mv) er usikre på, men ikke selv har

⁴ Tallet stammer fra data opgjort i SHS databasen i perioden 1 januar 2018 til 31 december 2018. I SHS journalaudit udgør henvendelser fra almen praksis 46%. Siden teamets opstart i 2015 er henvendelserne fra de praktiserende læger steget fra omkring 17% i 2015 til 42% i 2018 (SHS database).

mulighed for at tage ud og vurdere. En af lægerne fortæller bl.a., at de med teamet oplever at få *"en bedre vurdering af patienterne, fordi de [teamet] kan tage flere værdier, end vi kan. De [teamet] er så dygtige til at vurdere, jeg sjældent har behov for selv at tage ud og kigge på borgerne"* (Interview med PL 2018). En anden læge siger om samarbejdet, at *"det er dygtige sygeplejersker. Jeg føler altid, jeg får en kompetent dialog og vejledning. [...] De løser opgaverne. Det har vi prøvet hver gang. [...] De er opkvalificeret. Man kan få værdier"* (Interview med PL 2018).

Tilsvarende fremhæver lægerne, at teamet er med til at kvalificere indlæggelser af borgere. Samarbejdet betyder således ikke, at de praktiserede læger alene undgår indlæggelser. Men borgerne bliver i højere grad indlagt på et kvalificeret grundlag. Lægerne gengiver, de tidligere indlagde, fordi de var usikre på en borgers tilstand men ikke selv havde mulighed for at tage et akut sygebesøg (Interview med PL 2018). I forhold til samarbejdet med de praktiserende læger indikerer data, at teamet fungerer som lægernes øjne ude hos borgeren i forhold til at vurdere borgernes aktuelle situation fysisk og psykisk. Således understøtter teamet en bedre (eller hurtigere) udredning af borgere i eget hjem, idet de praktiserende læger kan få en hurtig tilbagemelding om borgerens aktuelle tilstand ud fra målbare, kliniske værdier. Dette til trods for de ikke selv er i stand til at tage på sygebesøg hos borgeren.

For samarbejdspartnerne på hospitalet er det især i forhold til teamets varetagelse af IV-borgere⁵ i hjemmet, personalet benytter teamet, og her udtrykker personalet stor tilfredshed med teamets indsats. Teamet fremhæves som kompetente og med en høj faglighed. Ifølge personalet på HGH er teamet med til at sikre, at de patienter, der har bedre af at fortsætte behandlingen i hjemmet, kan udskrives tidligere. Det drejer sig primært om ældre medicinske patienter, som er i højrisiko for at gå i delir, få funktionsnedsættelse og pådrage sig infektioner på hospitalet samt skrøbelige eller mentalt og fysisk handicappede patienter, som personalet på hospitalet vurderer vil have bedre af at blive behandlet i trygge og vante omgivelser (Interview med HGH, 2018).⁶ Teamet bidrager således til at skabe gode borgerforløb. Hjælp til at forestå IV behandling i hjemmet, så skrøbelige ældre og mentalt handicappede borgere undgår at blive indlagt på hospitalet, benyttes også af flere praktiserende læger i de tre samarbejdskommuner (Interview med PL 2018).

De kommunale samarbejdspartnere henvender sig ofte til teamet, når de har behov for sparring, assistance til eller varetagelse af instrumentelle sygeplejefaglige opgaver, herunder hjælp til kateterproblematikker. Ifølge de kommunale samarbejdspartnere er

⁵ Borgere der modtager intravenøs behandling. Det drejer sig bl.a. om intravenøs væskebehandling, intravenøs antibiotisk behandling og eventuelle andre intravenøse behandlinger.

⁶ Samarbejdet med Medicinsk afdeling 0 om IV borgere, udgør størstedelen, af de IV borgere, som teamet behandler i hjemmet. Teamet varetager også behandlingen af patienter fra bl.a. Ortopædkirurgisk afdeling. Her drejer det sig primært om borgere, som generelt er selvhjulpne, men har behov for IV behandling i en længere periode, flere gange dagligt og er afhængige af transporten til og fra hospitalet. Dermed vurderes det som bedre for borgeren af modtage IV behandling i hjemmet af teamet med tanke på at sikre gode borgerforløb.

teamet hjælpsomme. De giver sig tid, er fagligt velfunderet og løser både "praktiske men også mange taleopgaver og omsorg, forståelse og afklaring", og så hjælper de i situationer, hvor personalet er utrygge, mangler kompetencer og/eller har gentagne forsøg uden succes (Interview med kommunale enheder 2018). Teamet bistår således i svære situationer og hæver kompetenceniveauet i kommunen.

Sammenfattet viser data, at alle samarbejdspartnere oplever gevinster ved en akutfunktion, der udfører både 'kan' og 'skal' opgaverne i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandard. Således tyder det på, der er behov for alle indsatserne i forhold til at sikre gode borgerforløb og forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser.

Men hvilken betydning får det for samarbejdspartnerne, at teamet varetager disse ydelser? Hvad er det for en rolle, teamet påtager sig i samarbejdet? Og hvilke gevinster og forbedringsmuligheder oplever borgere og samarbejdspartnerne, at SHS indsatsen har?

4. SHS akutteam skaber tryghed for borgere og samarbejdspartnerne

Teamet skaber tryghed for borgere og samarbejdspartnere. En central indsats i forhold til teamets samarbejde med de kommunale enheder er, som nævnt, tilbuddet om at yde sparring og hjælpe i de tilfælde, hvor det erfarer som svært hos personale at udføre en opgave. Det drejer sig både om instrumentelle sygeplejefaglige opgaver, hvor personalet udtrykker utryghed ved en opgave, og hjælp til vurderinger og fastlæggelse af planer for de svage og/eller ældre medicinske borgere, fordi personalet er usikker på borgerens tilstand.

Resultaterne bekræftes af data fra interview med sygeplejersker og assistenter på de kommunale enheder (Hjemmesygeplejen og plejecentre i Ballerup, Herlev og Furesø Kommune). Flere af medarbejderne gengiver en utryghed ved udførelsen af instrumentelle sygeplejefaglige opgaver bl.a. anlæggelse af kateter hos mænd. For sondeanlæggelse gælder det, at samarbejdspartnerne er utrygge ved dette, da de mangler rutine (Interview med kommunale enheder 2018)⁷. Også sparring og hjælp i forhold til kommunikation med borgere og samarbejdspartnere samt håndtering af terminale borgere fremhæves som situationer, hvor teamet understøtter de kommunale enheder, fordi medarbejderne føler sig usikre, og/eller de oplevede situationer er uvante (Interview med kommunale enheder 2018; Gruppeinterview med SHS-team 2018).

På tværs af de kommunale enheder fortæller medarbejderne, de får "*mere ro i maven*", når teamet er inde over, "*fordi når vi ringer, er vi usikre*" (Interview med kommunale

⁷ Data fra teamets database fra 2018 og 2019⁷ understøtter dette, idet det fremgår, at de fleste af henvendelserne fra hjemmesygeplejen på tværs af de tre kommuner går på kateter problematikker. Plejecentrene, de midlertidige pladser og rehabilitering samt bostederne gør også ofte brug af teamet i forbindelse med anlæggelse og pleje af kateter. Data for 2018 er for hele året, dvs. 1. januar til 31. december 2018. Data fra 2019 er fra perioden 1. januar til 30. september 2019.

enheder 2018). Og *"hvis man er i tvivl, ved man, man har dem i baghånden [...] De [teamet] er et rigtig godt sikkerhedsnet"* (Interview med kommunale enheder 2018). Andre gengiver en fortælling om teamet som en "livlinje" (Interview med kommunale enheder 2018) og *"man har et ekstra kort på hånden, man kan trække på [med teamet]. Det giver en tryghed for mig at vide, der er nogle at ringe til, og enten tage det telefonisk eller arrangere, man kan mødes i hjemmet"* (Interview med kommunale enheder 2018).

De kommunale samarbejdspartnere henviser især til et behov for assistance fra teamet i aften- og weekendvagterne, hvor der er færre medarbejdere på arbejdet, og de praktiserende læger har lukket. En af medarbejderne fortæller, det *"gør mig mere sikker, hvis jeg skal på arbejde, og der ikke er så mange, at jeg ved teamet er i baghånden"* (Interview med kommunale enheder 2018). En anden gengiver, at medarbejderen har kontaktet teamet, hvis jeg *"føjte sig usikker og ikke selv kunne varetage den opgaven - skulle ud og måle blodprøver - eller i tvivl om indlæggelser, hvis jeg stod alene i aftenvagten eller weekend"* (Interview med kommunale enheder 2018). Dette billede bekræftes af teamet, der gengiver, at mange af henvendelserne i weekenderne kommer fra de kommunale enheder (Interview med SHS Akutteam 2018).

Flere af de kommunale samarbejdspartnere vil gerne have døgndækning fra teamet. Ved nærmere afdækning af hvorfor, vurderer deltagerne fra de kommunale enheder ikke, der reelt er et behov for døgndækning, bl.a. fordi *"ikke mange indlægges om natten"* (Interview med kommunale enheder 2018). Dette fremgår også af resultaterne fra journalaudit på hospital. Her viser data, at lidt over halvdelen af borgerne indlægges om aftenen, når egen læge ikke er tilstede⁸, men kun få indlægges om natten (2 borgere ud af 20 borgerjournaler) (Hospitalsaudit 2018).

Analysen peger således på to pointer i forhold til teamets samarbejde med de kommunale enheder. For det første yder teamet en vigtig funktion i forhold til at løse instrumentelle sygeplejefaglige opgaver. For det andet skaber teamet tryghed hos personalet bl.a. ved at sparre og hjælpe i situationer, der af personalet erfarer som utrygge eller ukendte. Dette bekræftes også af læger, der er tilknyttet en kommunale enhed, (plejehjem, rehabilitering). De har erfaret, at teamet skaber tryghed hos personale ved deres besøg (Interview med PL 2018). Et interessant spørgsmål er i den forbindelse, hvad utrygheden hos medarbejderne i de kommunale enheder handler om? Ud fra data er det ikke entydigt, hvad der gemmer sig bag 'teamet skaber tryghed', og

⁸ Det skyldes bl.a. mindre personale i aftenvagterne i de kommunale enheder; de praktiserende læger har lukket; 1813 har ikke tilgang til borgers journaler; eller der er utryghed blandt personalet i de kommunale enheder omkring borgere, der er udskrevet fra hospitalet om eftermiddagen med ændret tilstand eller manglende plan (Uddrag fra Hospitalsaudit 2018; Interview med kommunale enheder 2018; Interview med SHS akutteam 2018).

hvorfor medarbejderne erfarer, at teamet skaber tryghed? Det kunne derfor være interessant at undersøge dette nærmere i et fremtidigt projekt.

Det er ikke kun i relation til de kommunale samarbejdspartnere, at teamet skaber tryghed. Også de praktiserende læger knytter begrebet tryghed sammen med teamet, både i forhold til borgerne som *"bliver beroliget"* og trygge ved, at teamet kommer ud (Interview med PL 2018). Og i forhold til medarbejderne i almen praksis, som til tider oplever at være usikre på en patients tilstand, når patienten ringer. En sygeplejerske i almen praksis fortæller, at det giver *"tryghed, når man har ringet op til dem [teamet]. Så ved man – puha nu kan vi lige – når man har en i telefonen, som har det skidt, har svært ved at trække vejret. De [teamet] vurderer jo også hurtigt, om det her kan vente eller er akut. De får det altid til at lykkes, så man kan tage det roligt, indtil man hører noget igen"* (Interview med PL 2018). En anden gengiver, at *"når jeg er usikker på, hvordan de [patienterne] har det. Hvis jeg ikke kan vurdere det over telefonen. Rart at få tal på og en klinisk vurdering. Det er en stor hjælp"* (Interview med PL 2018).

Trygheden er ligeledes helt central i forhold til relationen mellem borgerne og teamet. Borgerundersøgelsen viser, at der generelt er stor tilfredshed med de indsatser, teamet udfører. Alle borgerne har været tilfredse og trygge ved at få besøg af teamet.

80% af borgerne oplever at få løst det problem, de har henvendt sig med, og over 95 % oplever at være medinddraget i de planer, der er lagt, således de føler sig velinformeret om, hvad de skal foretage sig, hvis problemet skulle opstå igen.

Resultaterne bekræftes af samarbejdspartnerne på tværs af sektorerne, der alle gengiver, at teamet skaber tryghed hos borgerne. Eksempelvis fortæller en samarbejdspartner, at teamet *"bestemt også gør en forskel derhjemme. Det hører vi også fra vores patienter. Dem der har prøvet det før. De bliver helt rolige af at vide, at de [teamet] kommer"* (Interview med PL 2018). En anden pointerer, at borgerne *"føler, de bliver grundigt undersøgt, og det gør, de [borgerne] føler sig trygge, når de [teamet] siger, alt er i orden"* ((Interview med PL 2018).

Sammenfattet viser data således, at teamet har en vigtig funktion med at skabe tryghed for borgerne og samarbejdspartnerne samt hæve kompetence- og vidensniveauet i kommunerne. Dermed understøtter teamet forebyggelsesgraden i forhold til at forebygge usikkerhed, forværring af tilstand og hospitalsindlæggelser. Teamet er således med til at sikre flere kompetencer i de kommunale tilbud til at skabe gode borgerforløb og forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser.

5. SHS akutteam skaber sammenhæng i borgerforløbet og sundhedsvæsenet

5.1. Tid og overskud

I beskrivelsen af teamets virke og betydning for borgerne og samarbejdspartnerne fremhæver alle samarbejdspartnere, at teamet tager sig tid til at løse opgaverne på en hensynsfuld og kompetent måde. Ligesom teamet (altid) griber fat i og forsøger at håndtere eventuelle løse ender i opgaveløsningen, uden teamet viser tegn på travlhed. Tiden og overskuddet gengives som betydningsfuldt. Dels for borgerne (ifølge samarbejdspartnerne), som oplever sammenhæng og nærvær i forhold til deres situation. Dels for samarbejdspartnerne der i flere tilfælde selv påpeger, de ofte ikke har mulighed for at bruge den nødvendige tid på løsningen af den aktuelle problemstilling⁹. Bl.a. fortæller en medarbejder, at *"der er tid og tryghed"*, når teamet kommer. De *"taler pænt, forklarer. Som personale bliver vi også godt behandlet. Aldrig hørt de [teamet] spørger, om det var nødvendigt at ringe til dem"* (Interview med kommunale enheder 2018).

Ifølge lederen af teamet er teamets fremtoning og udstråling af tid og overskud (ikke bare en menneskelig karakter ved teamet men) også en ledelsesmæssig opgave. Ledelsesmæssigt er der opbakning til – og en forventning om –, at teamet tager sig den nødvendige tid til at løse opgaven og yde en god service over for borger og samarbejdspartner til trods for travle perioder (Interview med leder af SHS akutteam 2020). Ligeledes er der et samfundsmæssigt behov for, at teamet tager sig den nødvendige tid. Det skyldes, hjemmet er blevet et behandlingssted for opgaver, som tidligere lå andet sted, eksempelvis hospitalet (Vinge og VIVE 2018). Derfor har teamet til opgave at fremstå med ro og udvise overskud over for de problemstillinger, borgerne har, da borgerne ikke skal blive utrygge for, at SHS sygeplejersken går midt i en handling. Teamet forlader først borgeren i hjemmet, når borger og samarbejdspartner er bekendt med planen for borgerens forløb og hvad der skal ske. Også derfor skal teamet udtrykke, at de har den tid, der skal til for at løse opgaven, om end der er andre opgaver, der venter (Interview med leder af SHS akutteam 2020)

I forbindelse med pointen om tid og overskud er det interessant, at flere af samarbejdspartnerne ikke har kendskab til teamets aktuelle omfang og bemanning i dag- og aftenvagterne (dag, aften og weekendvagter). Dette kunne tyde på, at teamet i deres fremtoning udstråler, de har tid og overskud til trods for SHS sygeplejerskerne også oplever travle perioder bl.a. i aften- og weekendvagterne hvor bemanningen i teamet er en sygeplejerske til både borgerbesøg og håndtering af visitationstelefonen. Ledelsen og teamet synes således at være lykkedes med målet om altid at udvise tid og overskud og levere en god service til borger og samarbejdspartner.

⁹ Mange af samarbejdspartnerne varetager faste opgaver og har i deres jobfunktion ofte ikke allokeret tid til akutte opgaver. Akutte opgaver er teamets primære arbejdsopgave/arbejdsområde.

5.2. Når hjemmet bliver et behandlingssted

Som tidligere beskrevet samarbejder teamet med HGH om at tilbyde ældre medicinske borgere, skrøbelige eller mentalt og fysisk handicappede borgere IV behandling i hjemmet. Teamet understøtter dels tidligere udskrivelse fra hospitalet på borgere, som er afklaret og har bedre af at være hjemme, dels fortsættelse af behandling i hjemmet til borgere, som skal have længerevarende antibiotisk behandling (Interview med HGH 2018, Interview med SHS akutteam 2018). Teamets varetagelse af IV borgere i hjemmet kan svinge fra alt mellem en til flere gange i døgnet og korte eller længerevarende IV forløb. IV behandling i hjemmet betegnes i teamet som faste opgaver¹⁰, og teamet oplever ofte at udvikle et relationelt forhold til IV borgerne (Observationer i SHS akutteam 2018). Med teamet bliver hjemmet således til et behandlingssted i målet om at skabe gode og sammenhængende borgerforløb. Og ifølge personalet på hospitalet, er det netop gode borgerforløb, teamet laver (Interview med HGH 2018). De *"sikrer kvalitet til patienten, som får lov til at komme hjem. Fagligheden er helt i orden og patientsikkerheden også"* (ibid.).

En anden måde hvorpå teamet understøtter sammenhæng og gode borgerforløb i hjemmet er tilbuddet om blodprøvetagning, som samarbejdspartnerne på tværs af de to sektorer også gør brug af¹¹. I samarbejdet med HGH tager teamet blodprøver i forbindelse med IV behandling i hjemmet, som valideres på hospitalet (Interview med HGH 2018). I samarbejdet med de praktiserende læger forestår teamet primært akutte blodprøver (Interview med PL 2018). Til trods for det umiddelbart ikke er en opgave, som ligger hos teamet (blodprøvetagning er en regional opgave, som varetages af den regionale enhed Mobillab) viser data, at teamet også kontaktes for at tage og aflevere (akutte) blodprøver. Det skyldes bl.a., at vurdering eller behandling af en borgeres tilstand afhænger af et blodprøvesvar. Eller hvis aftalen mellem mobillab, almen praksis og regionens hospitaler står i vejen for, at blodprøven kan blive taget inden for det tidsrum, den behandlingsansvarlige ønsker. Flere af samarbejdspartnere pointerer, teamet ofte træder til, når der er behov for blodprøver til hurtig afklaring af borger, eller hvis det ikke er muligt at planlægge bedre i forhold til fortsat behandling af borger (Interview med kommunale enheder 2018, Interview med PL 2018, Interview med HGH 2018). Således bidrager teamet også i de tilfælde, hvor andre samarbejdspartnere ikke kan træde til.

5.3. SHS akutteam understøtter bedre kommunikation

Samarbejdspartnerne fortæller, at teamet hjælper med klarhed i særlige situationer om manglende kommunikation og/eller fejl i dokumentation. Fejl og mangler fremhæves af samarbejdspartnerne som oplevede barrierer i forhold til samarbejdet mellem dels hospital og kommunale enheder dels praktiserende læger og kommunale enheder (Interview med kommunale enheder 2018, Interview med PL 2018, Journalaudit med

¹⁰ I Sundhedsstyrelsens kvalitetstandarder for kommunale akutfunktioner er IV behandling i hjemmet en 'kan' opgave (Sundhedsstyrelsen 2017, s. 11).

¹¹ En fjerdedel af de ydelser, teamet udfører i undersøgelsesperioden, er blodprøver og INR. I opgørelsen for 2019 går ca. 10% af henvendelserne på bestilling af blodprøve.

HGH 2018). På tværs af sektorerne påpeger samarbejdspartnerne bl.a. erfaring med at modtage informationer om en given borger, der ikke stemmer overens med borgerens aktuelle tilstand (fx mangelfulde, autogenerated indlæggelsesrapporter, ufyldstgørende udskrivningsrapporter), manglende opdatering af medicinlisten eller usikkerhed omkring, hvorfor en borger er blevet udskrevet fra hospitalet (ibid.).

I situationer som disse kontakter samarbejdspartnerne teamet, og teamet fungerer som mellemmand eller 'oversætter'. På tværs af de kommunale enheder fortæller medarbejderne bl.a. *"vi oplever ofte, vi får vurderings-borgere sent eftermiddag eller start aften, og er der problemer – det oplever vi ind imellem – så føler vi, SHS er en nemmere vej til kommunikationen med hospitalet, end hvis vi ringer selv. Jeg tror, vejen er lettere for dem [teamet] end os andre"* (Interview med kommunale enheder 2018). En anden fortæller om samarbejdet med praktiserende læger, at sygeplejerskerne i enheden bruger teamet, *"når det er svært at komme igennem med noget. [...] Så kan vi alliere os med dem [teamet] og få lidt mere slagkraft"* (Interview med kommunale enheder 2018).

Almen praksis og hospitalet bekræfter teamets rolle som mellemmand i kommunikationen mellem sektorerne. Ifølge en praktiserende læge *"forbedrer teamet sektorovergangene og kommunikationen mellem egen læge og hospital, så patienterne ikke falder mellem to stole. [...] De [teamet] er mange gange bindeleddet, hvis der har været noget. Hvis vedkomne er blevet udskrevet, og der er behov for en opfølgning og så er det egen læge, der skal overtage efter udskrivelsen"* (Interview med PL, 2018).

Det sygeplejefaglige personale på HGH gengiver også episoder, hvor teamet bistår eller kunne bistå i kommunikationen. *"Jeg var ude for en patient i en weekend, hvor jeg udskrev en patient, så blev patienten genindlagt, så udskrev jeg patienten, så blev patienten genindlagt. Det nåede vi tre gange på en weekend. Jeg mente, det var fordi der var inkompetence på plejehjemmet, og de mente, der var lægen, der var inkompetent, og sådan blev vi ved med at køre frem og tilbage. Hvis vi der havde haft et team, som samlede op, så ville det være fantastisk. For der var ikke nogle problemer. Der var bare meget stor usikkerhed på det plejehjem til at tage sig af den kronisk syge patient, som ikke skulle være på sygehuset. Men sådan er det. Og der kunne de [teamet] godt hjælpe"*. (Interview med HGH 2018).

Uafhængigt at samarbejdspartnerne fortæller teamet om lignende erfaringer med at oversætte og fungere som mellemmand i kommunikationen på tværs af sektorerne. *"Vi hjælper samarbejdspartnerne i situationer, hvor de bliver utrygge og ikke altid føler, de får hjælp. Eller de har brug for hjælp til at sætte de rigtige ord på over for lægerne og hospitalerne, fordi de indimellem oplever, de ikke altid har sagt eller gjort, det, der skulle gøres for at forebygge en indlæggelse eller en eller anden situation, fx en terminal borger. Så har de brug for hjælp til at få talt med lægen og sat de ord på, der skal til, for at få en ordination igennem. Det er meget med at tale forskellige sprog både på tværs af sektorer; hospitalet når en borger skal udskrives, og når en borger skal indlægges; mellem praksis læge og personale og det kan også være hjemmeplejen. De*

taler ud fra forskellige ståsteder og forskellig sprog og de forstår ikke altid hinanden. Så vi er også lidt en tolk nogle gange, vi hjælper med at forstå det, der bliver sagt" (Interview med SHS akutteam 2018).

Pointen er, at teamet understøtter en bedre kommunikation mellem samarbejdspartnerne, hvilket yderligere er med til at understøtter sammenhæng og kvalitet i de borgerforløb, teamet er involveret i.

Det kunne være interessant at undersøge, hvad det er, der gør, at teamet oplever at have nemmere adgang til at få afklaring på situationen end andre kommunale medarbejdere. Skyldes det viden? relationer? Andet? En af årsagerne kunne eksempelvis være, at teamet er bygget op omkring samarbejdsaftaler og besidder en grundlæggende indsigt i de aftaler, fx kommunikationsaftalen, som teamet opererer inden for (Observationer i SHS akutteam 2018). Teamet kan dermed være med til at sikre, aftalerne bliver overholdt. Ligesom de har kompetencer og erfaringer til at forklare, hvorfor eller om en viden er nødvendig for, at en borger bliver passet bedst muligt i hjemmet.

5.4. SHS akutteam som brobygger og bindeled

Som det fremgik af ovenstående afsnit sikrer teamet sammenhæng ved at have tid og overskud, understøtte behandling i hjemmet samt agere 'oversætter' i kommunikationen mellem samarbejdspartnerne på tværs af sektorer. En fjerde måde, hvorpå de bistår sammenhæng for borgere og samarbejdspartnere, er ved at fungere som brobygger og bindeled mellem sektorerne.

Ifølge de praktiserende læger, har SHS sygeplejerskerne et godt kendskab til den kommunale sektor og de tilbud, kommunerne har til deres ældre medicinske og/eller svage borgere, ligesom de er gode til at etablere kontakter og lave opfølgninger som følge af sygebesøgene. Dermed sikres et godt borgerforløb. Eksempelvis fortæller en læge, at lægen har en dårlig KOL patient, som har angst og er bosat i en anden kommune end lægen. Lægen har derfor ikke kendskab til kommunens tilbud i borgerens bopælskommune. Efter et SHS besøg hos borgeren, oplevede lægen, at SHS sygeplejersken både fik arrangeret, at en KOL sygeplejerske ville besøge borgeren og etableret en ordning med faste omsorgsbesøg (Interview med PL 2018). Denne kvalitet – eller kompetence til at følge op på det, teamet observerer hos borgeren, – fremhæves også af andre praktiserende læger. En sygeplejerske i almen praksis fortæller om en episode, hvor teamet afdækker årsagerne til angstanfald hos en borger, der som først antaget ikke skyldes borgerens diagnose. Derimod var borgeren angst for, at borgeren – hvis behov for det – ikke kunne få hjælp om aftenen, fordi borgerens yderdør automatisk låser kl. 20 (Interview med PL 2018). Andre praktiserende læger har erfaret, teamet er gode til at få hjemmeplejen ind over en borger og sikre bedre omsorg, hvis det skønnes nødvendigt (Interview med PL 2018). Dette bekræftes af de kommunale enheder. Bl.a. fortæller en medarbejder, at *"jeg har også oplevet at blive kontaktet af SHS-teamet, når de har været ude hos en borger og give IV antibiotika hos en terminal,*

hvor vi ikke kom så tit i hjemmet. De havde nogle observationer, som gjorde at vi kom lidt mere ind over den borger” (Interview med kommunale enheder 2018).

Det sygeplejefaglige personale på hospitalet pointerer også, at teamet mestrer brobygger eller bindeled funktionen. Ifølge en medarbejder fungerer teamet, som *”brobyggere mellem sygehus og kommune, fordi de [SHS-sygeplejerskerne] ved, hvad der foregår på sygehuset [...] og er gode til at fortælle de andre sygeplejersker i kommunen, ’der er altså lagt en plan for patienten’. [...]. Det afdramatisere nogle gange. [...] Så der er de [teamet] gode til at knytte bro i virkeligheden”.* (Interview med HGH 2018). I den forbindelse fremhæver personalet på HGH også, at teamet kan bistå i forebyggelsen af indlæggelser. *”Noget jeg ikke har tænkt over – nu vi har siddet og talt om det de sidste par dage. For mig var SHS-teamet noget vi brugte efter hospitalet. Men jeg tænker det ligger før hospitalet. Det skal vi gøre mere brug af i forhold til, at de [patienterne] slet ikke skal komme ind. [...]. Der kunne vi måske være bedre til at være proaktiv hos patienten, som vi ved kommer igen og igen. Vi kan skrive i vores udskrivningsrapport, besøgsreferat eller hvad vi nu har, at det er muligt at kontakte SHS, før de indlægger borgeren”* (Interview med HGH 2018, Journalaudit med HGH 2018).

Blandt de kommunale samarbejdspartnere er det bl.a. ved manglende bestilling af hjælpemidler eller blodprøve, medicin der mangler at blive hentet på apoteket, manglende utensilier, når borgerne kommer retur fra hospitalet, eller usikkerhed omkring håndtering af medsendte utensilier (ibid.), teamet bistår og agerer bindeled. En medarbejder fortæller, *”jeg har haft brug for dem i forhold til et sår, hvor de har kørt ud på hospitalet og vist det, og på den måde har vi sparet transport for borgeren. Det bliver mere trygt, også med hjælpemidler vi ikke har kunne få fat på en fredag eftermiddag. Så kommer de også med det. Manglede en maske bl.a. – kom her med det”* (Interview med kommunale enheder 2018). Andre fremhæver, det er *”fedt med den der bagstopper i forhold til INR. Der er altid en INR, der ikke er blevet taget. Står med Marevan ordinationer om aftenen, hvor der ikke er blevet taget stilling eller forkert ordination. Fedt vi kan få nogle [teamet] til at tage ud og tage den prøve, så vi kan melde noget ud til lægevagten og sikre borgerens sikkerhed og behandling. Fedt man har de ressourcer. For mig er det kæmpe afstresning – de der Marevan, noget er glemt – hive i nødbremsen - SHS hjælper, og så er det vagtlægen, der må tage beslutningen, men man har argumentationen”* (Interview med kommunale enheder 2018).

Teamet bekræfter rollen som bindeled og brobygger på tværs af sektorerne. En SHS sygeplejerske fortæller, *”vi giver en ekstra kompetence til de kommuner, vi arbejder i, hvis de forstår at benytte sig af det. En praktiserende læge ringede en dag. ’Ved du noget om ilt? vi har en dame, som fik sagt sit ilt op, og nu vil hun gerne have det tilbage’. Den praktiserende læge vidste ikke, hvordan hun kom videre. Så havde jeg et nummer, hun kunne ringe til. Så det er mange forskelligartede opgaver. Det er både den praktiske – fordi vi kan udføre tingene – men vi hjælper også folk med at komme videre i deres praktiske blindgyder. Vi bliver sådan nogle, der ved alt muligt. Vi ved, hvordan de gebærder sig rundt i systemet”* (Interview med SHS akutteam 2018).

Resultaterne giver et billede af, at det sammenhængende sundhedssystem til tider kan synes svært at navigere i for samarbejdspartnerne. Som det fremgår af analysen, fungerer teamet i disse situationer som et bindeled eller en 'problemløser', der hjælper i situationen og dels sikrer, at viden bevæger sig mellem de forskellige aktører i en borgers forløb, dels at fokus bliver på borgeren (og ikke på, hvad der mangler at blive gjort eller hvad den enkelte samarbejdspartner må eller ikke må).

I den forbindelse kunne det være interessant at undersøge teamets (og andre kommunale akutteams) rolle nærmere i forhold til at skabe sammenhæng i det sammenhængende sundhedsvæsen. Er det kulturen i teamet? Organiseringen af teamet? Ledelsen? Er det arbejdsgiverne, der giver en højere grad af fleksibilitet? Hvad er det, der gør, at teamet træder til og lukker hullerne Og hvor ofte er det?

6. Ledelse

En væsentlig årsag til teamets indsats og betydning for samarbejdspartnerne er – foruden kvalitetsstandard og teamets høje kompetenceniveau – ledelsen bag teamet. Ifølge teamet er der stor ledelsesmæssig opbakning og tillid til deres indsats og opgaveløsning (Interview med SHS akutteam 2018). Ligesom den fortløbende italesættelse af, at teamet "aldrig siger nej til en opgave" og har gode borgerforløb og understøttelse af samarbejdspartnerens arbejde i fokus har væsentlig betydning for teamets tilgang til og udførelse af opgaver for samarbejdspartnerne (Interview med SHS Akutteam 2018). Bl.a. tilskynder ledelsen altid til løsninger, også selv om det fx tager tid for sygeplejersken at løse opgaven, kræver omveje (hente medicin på apoteket for borgeren, hjælpemidler på hospitalet eller i kommunen etc.) eller indebærer en høj grad af fleksibilitet fra SHS sygeplejerskens side (Observationer i SHS Akutteam 2018-2020)¹².

Ifølge den daglige leder af teamet er der "*mange barriere i sundhedsvæsenet, som der er behov for at nedbryde eller håndteres, hvis et akutteam skal lykkes med at sikre sammenhæng og forebygge indlæggelser. Det nære sundhedsvæsen er i udvikling. Der er både brug for nysgerrighed på, hvilke opgaver der flytter sig fra den ene sektor til den anden, og hvad der kan opstå af vanskeligheder ved denne opgaveglidning. Desuden er der brug for indsamling af data, der viser, hvor store udfordringerne i praksis reelt er*" (Interview med daglig leder af SHS akutteam 2020).

Endvidere gengiver lederen, at "*for at sikre at denne viden bliver tilgængelig, og der ikke laves unødvendige aftaler og lovgivning, skal teamet have frihed til at løse de opgaver, der er. De skal også have frihed og tid til at søge viden om opgaveløsninger og andre muligheder, som er iværksat, men ikke er nået ud til de relevante aktører i en borgers forløb. Det kræver, at ledelsen understøtter medarbejderne både i at tilgå forløb med fokus på borger, men også i at få afdækket om de problematikker, de løber ind i undervejs, er gentagende eller enkelstående problemer. Tilsvarende betyder det, at der*

¹² Fra ledelsens side er der generelt ikke accept af, at en opgave ikke kan løses grundet tid, manglende utensilier, manglende adgang til borgerens bolig mv.

i teamet (og i de kommunale akutfunktioner?) arbejdes med, at teamet dels løser kendte opgaver, som vi ved har betydning for, at borgeren oplever sammenhængende forløb og her sikrer at kendte metoder til forebyggelse af indlæggelser bliver anvendt af vores samarbejdspartner. Dels skal sygeplejerskerne også indsamle data om, hvad der ikke virker, og hvad vi så gør, indtil vi kan få det til at virke, sådan at sundhedsvæsenet fremstår professionelt og leverer den faglighed og kvalitet, der er ønsket”.

Ifølge lederen kan det ”være et administrativt problem, at der ikke er en urinstix, en pødepind eller ”en dimse-dut” tilstede ved et borgerbesøg, som vi skal have kigge på internt. Men det kan ikke være et problem i den konkrete situation, da SHS sygeplejersken selvfølgelig skal hente det, der er brug for, hvis det har betydning for afklaring af en borgers tilstand og hvilken plan, der efterfølgende skal iværksættes. Så må vi kigge på vores arbejdsgange og se, om det giver mening, vi har faste pødepinde i vores tasker fremover. Men det enkelte borger-situation bliver løst også uden, sygeplejerskerne føler, de anvendes dårligt. Det er jo en afvejning af ressourcer op imod antallet af gange, SHS sygeplejersken skal køre efter en pødepind, samt om de [pødepindene] når at udløbe alligevel” (Interview med daglig leder af SHS akutteam 2020).

Denne ledelsestilgang kræver, at teamet kender de interne rammer i teamet. Men samtidig også har kendskab til samarbejdspartnerens rammer og kan hjælpe med at afklare misforståelser og ’historier’ om, hvad de forskellige professioner må/kan og ikke må/kan. Dermed rollerne som ’oversætter’ og bindeled. Således er det en ledelsesopgave at vise vejen og sikre at viden og kompetencer i teamet er tilstede og vedvarende bliver fastholdt, sådan at historier og formodninger bliver håndteret og kvalificeret.

Sammenfattende tyder det dermed på, at teamets evne til at skabe tryghed og sikre sammenhæng også er afhængig af en ledelsesindsats, der har fokus på at sikre rammerne og friheden, sådan at teamet netop kan handle med borgerne i fokus.

7. Forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser

Analysen viser, teamet i sin fremtræden og varetagelse af kliniske vurderinger, instrumentelle sundhedsfaglige opgaver og IV behandling skaber tryghed og sammenhæng for borgere og samarbejdspartnere i det nære sundhedsvæsen. Et interessant spørgsmål er, om det får betydning for forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser?

7.1. SHS audit – forhindring af uhensigtsmæssige indlæggelser

Teamet vurderer, de har 'forhindret en indlæggelse'¹³ i mere en 40% af de 'borgersager', de kontaktes til (audit på 100 borgerjournaler). De primære bevæggrunde hertil er, teamet lægger en behandlingsplan for borgeren (som er syg men teamet vurderer i stand til at blive i hjemmet), samarbejdspartnerne kan forholde sig til, indtil borgerens aktuelle helbredstilstand ændrer sig. Og/eller de udfører en instrumentel sygeplejefaglig opgave fx kateteranlæggelse. Dermed skabes en form for tryghed omkring borgerens aktuelle tilstand og eventuelle handlingsanvisninger tydeliggøres, så de kommunale samarbejdspartnere omkring borgeren ved hvordan de skal reagere, hvis borgerens tilstand ændrer sig.

I forbindelse med defineringen af hvorvidt teamet har forhindret en indlæggelse, skal det understreges, at blodprøvetagning og IV borgere indgår i svarkategorien 'nej' til forhindring af indlæggelse. Disse ydelser indgår således ikke i det samlede antal af forhindrede indlæggelser (til trods for at borgerne skulle på hospitalet for at få taget blodprøver, hvis ikke teamet stod for det).

I 15% af tilfældene er borgerne ikke behandlingskrævende.

7.2. Ikke forhindret en indlæggelse

I lidt over 50% af tilfældene vurderer teamet, de ikke har forhindret en indlæggelse, dvs. borgeren indlægges. Årsagerne hertil er A) borgeren indlægges, dvs. indlæggelsen er velkvalificeret¹⁴ og derfor hensigtsmæssig. B) teamet tager blodprøve på borgeren¹⁵. C) teamet giver faglig sparring. Ved sparring kan SHS sygeplejerskerne ikke vide, hvad der sker med borgeren efterfølgende, eller problemstillingen er ikke af en sådan karakter, at det kræver overvejelse om indlæggelse, fx sparring om et sår. D) teamet indlægger selv borgerne.

Størstedelen af de indlæggelser, der sker i regi af teamet kan ikke forebygges, da problemet er opstået akut. Kun en af indlæggelserne vurderer SHS-sygeplejersken kunne være forebygget, fordi indlæggelsen skyldes manglende plads på et rehabiliteringscenter i en af samarbejdskommunerne. Dvs. indlæggelsen er et organisatorisk problem.

Langt de fleste borgeren er blevet tilset af andre, inden teamet kontaktes (sygeplejerske eller SOSU-assistent). De primære årsager til kontakt til teamet angives at være manglende kompetencer, utryghed, behov for akut blodprøvetagning samt forsøg på selv at løse opgaven uden succes. Dette bekræftes som vist i interviews med de

¹³ Det er evaluatorene, der vurderer, om der er forhindret en indlæggelse i den pågældende situation. Vurderingen er baseret på en faglig vurdering af den pågældende situation, borgerens velbefinde og handlemuligheder, professionel erfaring samt etiske overvejelser.

¹⁴ Indlæggelsen er fagligt velkvalificeret: Ud fra en ABCDE-vurdering er borgeren behandlingskrævende.

¹⁵ I teamet er det besluttet, at SHS-sygeplejerskerne i deres dokumentation altid skriver nej til forhindret indlæggelse ved blodprøvetagning.

kommunale samarbejdspartnere. I størstedelen af tilfældene (94 ud af 100 borgerjournaler) vurderer teamet, de er blevet kontaktet i rette tid. I halvdelen af disse tilfælde, er der sket en forværring over 24 timer, dvs. samarbejdspartnere formodes at reagere hensigtsmæssigt, bl.a. fordi de kontakter teamet eller andre samarbejdspartnere og er opmærksomme på forværringen. Kun i fire tilfælde ud af de 98, vurderer teamet, de ikke er blevet involveret i rette tid.

I forhold til genindlæggelserne¹⁶ viser data, at 75 % af borgerne indlægges med anden problemstilling eller fortsat er behandlingskrævende efter teamets indsats. Til trods for teamets indsats har det således ikke været tilstrækkeligt til at undgå en indlæggelse, fordi mulighederne for behandling i hjemmet er afprøvet, men borgeren er stadig syg. Dermed vurderes det at være fagligt velkvalificeret, at borgerne indlægges.

7.3. Journalaudit på hospital

Data fra hospitalsaudit bekræfter det overordnede billede af, at teamet dels forebygger uhensigtsmæssige indlæggelser dels kvalificere de hensigtsmæssige indlæggelser. 70% af indlæggelserne (14 ud af 20) vurderes i overvejende grad som hensigtsmæssige. 30% af indlæggelserne blev vurderet som uhensigtsmæssige¹⁷. Det skyldtes overvejende, at problemstillingen kunne være løst i primær sektor, problemstillingen er velkendt eller manglende kompetencer fra den samarbejdspartner, som har henvendt sig til den indlæggende læge. På tværs af deltagerne blev det vurderet, at de grundlæggende indlæggelsesårsager i disse tilfælde kunne være løst uden indlæggelse, hvis teamet havde været involveret (Journalaudit med HGH 2018). Det tyder således på, det er et forbedringspotentiale i at øge kendskabet og anvendelsen af akutfunktionerne i de kommunale enheder. 5 borgere ud af gruppen på 20 borgere er indlagt under 24 timer.

¹⁶ Genindlæggelser defineres som indlæggelser, der sker i en periode på 1 måned efter teamets besøg hos borgeren (Sundhedsstyrelsen 2009; Kjellberg, Ibsen og KORA 2017).

¹⁷ Med begrebet 'uhensigtsmæssige indlæggelser' henvises til de indlæggelser, der kunne have været undgået fx ved hjælp af en tidlig indsats (Sundhedsstyrelsen 2015; Kjellberg, Ibsen og KORA 2017). Det drejer sig primært om indlæggelser (se Vinge m.fl. 2011, s. 6):

- der kunne have været forebygget, hvis problemstillingen havde været opsporet tidligere, og der havde været handlet virkningsfuldt.
- der kun er nødvendige, fordi der mangler kommunale alternativer til indlæggelse i form af mere akut og intensiv hjælp i hjemme eller i andet kommunalt regi.
- der kun er nødvendige, fordi der mangler regionale alternativer til indlæggelse i form af fx (sub)akutte ambulante muligheder for udredning / behandling.
- der sker som følge af, at henviser ikke er opmærksom på, at der findes relevante alternativer uden for hospitalsregi, eller hvis de eksisterende tilbud er fuldt belagte.
- der sker som følge af usikkerhed hos plejepersonalet i primærsektoren eller som følge af hensynet til pårørende, eller fordi indlæggende læge er usikker på, om patienten kan håndteres forsvarligt i primærsektoren.
- hvor færdigbehandlede patienter forbliver indlagt i kortere eller længere tid, som følge af ventetid på kommunale tilbud/plejehjem.

Det skal understreges, at der i enkelte tilfælde var uenighed blandt deltagerne i hvilke indlæggelser, der kunne have været forebygget under journalaudit på hospitalet. Personalet fra hospitalet vurderede et højere antal hensigtsmæssige indlæggelser, fordi de indlagte borgere har behov for mere udredning, end hvad de vurderer, teamet eller andre samarbejdspartnere kan tilbyde. Sygeplejersken fra teamet gav i modsætning hertil udtryk for, at flere af indlæggelserne (som af hospitalet blev vurderet som hensigtsmæssige) kunne være forhindret, idet problemstillingerne kunne være løst i hjemmet, bl.a. ved tidlig opsporing eller kontakt til samarbejdspartnere på kommunalt niveau. Det tyder således på, at der i en vis grad er diskrepans i forståelserne af hensigtsmæssige og uhensigtsmæssige indlæggelser på tværs af de to sektorer. Dette bekræftes også af en nylig publiceret rapport omhandlende diskursen 'forebyggelige indlæggelse' (Mølbæk, Pretsch og Baastrup 2019). Rapporten viser en tydelig forskel på tværs af hospital, almen praksis og den kommunale sygepleje mellem forståelserne af forebyggelige indlæggelser, og hvad det kræver (kompetencer, organisering mv.) at forebygge indlæggelser (ibid.).

Ligeledes kan det tyde på, det sundhedsfaglige personale på hospitalet ikke er opmærksomme på – eller har kendskab til – de muligheder, som eksisterer i den kommunale sektor, hvilket data fra hospitalsaudit og gruppeinterview på hospitalet som nævnt også viser. Medarbejderne udtrykte et manglende kendskab til kommunal praksis og/eller teamets involvering i en borger, herunder teamets målinger af kliniske værdier. Viden om teamets involvering i en borger før indlæggelsen er ifølge deltagerne fra HGH vigtig viden for hospitalet i forhold til igangsættelse af hurtig behandling samt eventuel videre behandling i hjemmet efter borgeren er udskrevet (Journalaudit med HGH 2018, Gruppeinterview med HGH 2018).

7.4. Sammenfatning

Resultaterne fra de to journalaudits viser således, at teamet dels er med til at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser, bl.a. fordi teamet i forbindelse med deres indsats lægger en plan for borgeren, som samarbejdspartnerne følger, og/eller teamet hjælper samarbejdspartnerne med at løse instrumentelle sygeplejefaglige opgaver og herigennem skaber tryghed og sammenhæng for borgerne og samarbejdspartnerne. Dels er teamet med til at kvalificere de indlæggelser, som ikke kan forebygges. Dette bekræftet i journalaudit med HGH, hvor de sundhedsfaglige deltagere fra hospitalet vurderer, at de indlæggelser, teamet er inde over, er hensigtsmæssige.

8. Øvrige fund og forbedringspunkter

Øvrige fund fra projektet er, at tilgængeligheden og den telefoniske kontakt til teamet fremhæves af samarbejdspartnerne på tværs af sektorerne som en vigtig kvalitet ved samarbejdet. Samarbejdspartnerne pointerer, det er let at komme i kontakt med teamet, og at teamet altid tager telefonen eller ringer tilbage, hvis de ikke har mulighed for at tage telefonen. Ifølge de kommunale samarbejdspartnerne betyder den telefoniske kontakt også, at de kan modtage sparring fra teamet og/eller beskrive en borgers tilstand over telefon, når de er ude hos den pågældende borger. En

medarbejder fortæller, *"jeg kan holde øje med borgerens imens. Der er en helt anden kontakt til en person, du taler med i telefon end ved skrift. Plus jeg kan få svar med det samme"* (Interview med kommunale enheder 2018).

De praktiserende læger fremhæver, at den telefoniske kontakt med teamet både før og undervejs, når teamet er hos borgeren, giver mulighed for en hurtig afklaring af borgerens tilstand og for fastlæggelse af en plan for det videre forløb for borgeren. (Interview med PL 2018). En af lægerne fortæller bl.a. at *"teamet er let at få kontakt med. De giver gode tilbagemeldinger både skriftlig og mundtligt, og så tager de ud den samme dag til borgeren. Dvs. jeg får hurtig tilbagemelding og vurdering"* (Interview med PL 2018). En anden forklarer, *"de er let tilgængelige, og det er jo en kæmpe fordel. Tit er problemet, at der er ventetid alle mulige steder, og det er svært at komme igennem, og hvis man kommer igennem, kan man ikke lave en hurtig aftale. Og de to ting, det er rigtig fint. Sådan noget der gør, at man kan bruge dem [teamet]"* (Interview med PL 2018).

Tilgængeligheden betyder også, at samarbejdspartnerne oplever, teamet kommer hurtigt. *"De kommer hurtigt og virker stadig, som om de ikke har travlt"* (Interview med kommunale enheder 2018). Andre gengiver, *"man fornemmer, man taler nærmest med den [SHS sygeplejerske], der går ud og gør det. Så en helt anden personlig overlevering, og det betyder rigtig meget for, at man føler det fungerer. Så det må de endelig ikke lave om. Den fornemmelse, at man taler med en person, der er derude, og så lover de at gøre det. Der kan godt gå nogle timer, men jeg ved en kompetent person er på opgaven"* (Interview med PL 2018).

Flere af de praktiserende læger, som fungerer som plejecenter læger eller er tilknyttet Rehabilitering, pointerer, at teamet bidrager til kompetenceudvikling og uddannelse i de kommunale enheder (Interview med PL 2018).

På tværs af de kommunale enheder ytrer medarbejderne også et ønske om case gennemgang samt kompetenceudvikling og undervisning fra teamet. Ligeledes påpeger flere af medarbejderne, at de får meget ud af sparring og samsesøg med teamet, fordi teamet understøtter medarbejderne i deres antagelser og tager ansvar samt øger medarbejdernes kompetencer, viden og evne til selvledelse. Det er dog ikke tydeligt, hvilken uddannelse eller kompetenceudvikling de kommunale enheder efterspørger. Ledelsen i teamet tilbyder løbende undervisning til samarbejdspartnerne. Senest er de kommunale enheder blevet undervist af teamet i anvendelsen af Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom (TOBS) screeningsværktøjet. Det kunne derfor være interessant at undersøge nærmere hvilke kompetencer og uddannelse, der efterspørges, og hvorvidt og hvordan kompetenceudviklingen bidrager til det kommunale kompetenceniveau samt forebyggelsesgraden af u hensigtsmæssige indlæggelser.

9. Konklusion

Som der fremgår af analysen, har teamet et højt fagligt kompetenceniveau med flere års erfaring inden for hospital og specialiseret sygepleje. Sygeplejerskerne udviser selvstændighed og kan handle og bistå i komplekse situationer. Fokus i teamet er først og fremmest at yde en god service over for borger og samarbejdspartner og sikre sammenhæng og gode borgerforløb.

Ledelsen sikrer rammer og tilskynder løsninger (teamet siger ikke nej til opgaver). I teamet er der skabt en kultur, der giver medarbejderne frie rammer til at udføre en opgave. Det betyder, at hvis teamet oplever en uhensigtsmæssighed i opgaveløsningen, så løser SHS sygeplejersken opgaven på anden vis med borgerens accept.

Undersøgelsen viser endvidere, teamet spiller en væsentlig rolle i forhold til at agere livlinje og 'oversætter' samt bindeled og brobygger imellem sektorerne. Det være sig både i forhold til at skabe tryghed i usikre situationer og løse akutte opgaver. Men også i forhold til at håndtere og lukke de løse ender i skabelsen af gode borgerforløb i det sammenhængende sundhedssystem fx hente manglende medicin eller utensilier, bistå i kommunikationen mellem samarbejdspartnerne eller give IV behandling i hjemmet. Teamet knytter med andre ord bro imellem de forskellige sektorer.

Resultatet er således, at etableringen af et velfungerende akutteam i kommunerne, der understøtter sammenhæng og gode borgerforløb på tværs af sektorerne, forudsætter, at teamet tilbyder 'skal' og 'kan' opgaverne i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandard, har en nærværende og fokuseret ledelse, der har fokus på rammen og opgavesætningen. Teamet har det gode borgerforløb i centrum samt består af sygeplejersker med flere års erfaring inden for klinisk, specialiseret sygepleje og med kompetencer inden for selvledelse i komplekse og akutte situationer.

Litteraturliste

Mølbæk, Anne-Marie, Pretsch, Jesper Foverskov og Baastrup, Marie 2019: Forebyggelige indlæggelser – giver det mening? Master of Public Governance.

Jakob Kjellberg, Jakob, Ibsen, Rikke og KORA 2017: Forebyggelse af indlæggelser – med fokus på borgere i Roskilde Kommunes hjemmepleje.

Sundhedsstyrelsen 2009: Genindlæggelser af ældre i Danmark 2008 – nye tal fra Sundhedsstyrelsen. Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering.

Sundhedsstyrelsen 2015: Forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser – en oversigt over viden om kommunale indsatser.

Sundhedsstyrelsen 2017: Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen. Krav og anbefalinger til varetagelse af særlige sygeplejeindsatser.

Vinge, Sidsel, Buch, Martin Sandberg, Kjellberg, Pia Kürstein, Kjellberg, Jakob Rasmussen, Susanne Reindahl og Wiuff, Marie Brandhøj 2011: Forebyggelse af indlæggelser. Oversigtsnotat om metoder, koncepter, evalueringer og effekter. Dansk Sundhedsinstitut.

Vinge, Sidsel og VIVE 2018: Komplexitet i den kommunale sygepleje – En analyse af sygeplejerskernes perspektiver på kompleksitet i sygeplejen. Reklame Tryk.

Kilder

Interview med praktiserende læger (PL) 2018.

Interview med Herlev Gentofte Hospital (HGH) 2018.

Interview med kommunale enheder 2018.

Interview med SHS akutteam 2018.

Interview med leder af SHS akutteam 2018.

Journalaudit med HGH 2018.

SHS journalaudit 2018.