

TIDSSKRIFT FOR DANSK

Sundhedsvæsen

87. årgang / Nr. 5 / September 2011



 Dansk Selskab
for ledelse i
Sundhedsvæsenet

- Kommunale akutteam
- Interprofessionel læring
- Fra »forandringskaos« til trivsel



Til lands • Til vands • I luften



Falck

er der altid



På DSSnet kan du finde artikler, der tidligere har været bragt i Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen.

Du kan også læse nærmere om DSS, arrangementer m.m.

– Klik ind på www.DSSnet.dk

Danish Health Care Journal
87. årgang 5/2011

Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen udgives
af Dansk Selskab for ledelse i Sundhedsvæsenet
ISSN: 0909-6388

Henvendelse om medlemsoptagelse i DSS og om
ændringer i medlemsregistrering rettes til:
Sekretariatsleder Tove Krarup
Tlf: 24 66 48 90 · E-mail: tovekrarup@mail.dk

Artikler til TFDS:
Se forfattervejledning på www.dssnet.dk

Kommende deadlines:
Oktoberudg.: 05.09.11
Novemberudg.: 10.10.11
Decemberudg.: 06.11.11

Redaktionsudvalg:
Afdelingschef, cheflæge Hans Peder Graversen
Sundhedsstaben, Region Midtjylland
Tlf.: 87 28 48 40
E-mail: hanspeder.graversen@stab.rm.dk

Cheflæge Paul D. Bartels
Faglig leder af
Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram
Tlf.: 87 28 49 70
E-mail: paul.bartels@stab.rm.dk

Oversygeplejerske, MPM Bente Dam
Medicinsk afdeling
Regionshospitalet Viborg, Skive
Tlf.: 22 13 43 90
E-mail: bente.dam@viborg.rm.dk

Kontorchef Ole Filip Hansen
Region Midtjylland
E-mail: o.hansen@stab.rm.dk

Vicedirektør Jens-Otto S. Jeppesen
Regional Udvikling, Region Syddanmark
E-mail: jens-otto.s.jeppesen@regionsyddanmark.dk

Projektchef, dr.med. Flemming Knudsen
Region Nordjylland
Tlf. 40 40 33 83 · E-mail: f.knudsen@rn.dk

Økonomidirektør Peter Mandrup Jensen
Region Hovedstaden
E-mail: peter.mandrup.jensen@regionh.dk

Afdelingschef Vagn Nielsen
Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Tlf.: 72 26 94 91 · E-mail: vn@sum.dk

Konsulent John Arne Sørensen
Tlf.: 30 28 46 25
E-mail: johrnarnesorensen@gmail.com

Redaktion:
Hans Peder Graversen
Ansvarshavende redaktør
og formand for redaktionsudvalget

Beth Werner
Journalist/redaktionssekretær
E-mail: freefyn@mail.tele.dk

Abonnement: Civiløkonom Holger Skott
Tlf.: 22 16 25 69 · E-mail: fam.skott@mail.dk
Kr. 968,75 incl. moms pr. år for 8 udgaver

Annoncer: Dansk Mediaforsyning ApS
Klamsagervej 25¹, 8230 Åbyhøj
Tlf. 70 22 40 88 · E-mail: gre@dmfnet.dk

Grafisk produktion og tryk: GCL
Jernbanegade 7, 5550 Langeskov. Tlf. 63 38 39 40

*Forside: At drikke kaffe og spise frokost med personalet på
Hjertemedicinsk afsnit, Regionshospitalet Herning står højt
på afd. sygeplejerske Hanne Berg Fogs prioriteringsliste.
Foto: Brian Borg Andersen*

Indhold

■ Synspunkt

Akutafdelingen – banebrydende nyskabelse / 4
Af Hans Peder Graversen

■ Sundhedsvæsenet lige nu

De fælles akutmodtagelser fortjener en flyvende start / 6
Af Lisbeth Lintz og Bue Juvik

Kolding Kommunes forsøg med udgående akutafdeling / 10
Af Marie Brandhøj Wiuff og Susanne Reindahl Rasmussen

Akutteam i Viborg Kommune godt fra start / 16
Af Mette Rohde og Vibeke Juul Dalengaard

Interprofessionel læring skabt en anden tilgang
til patienterne på Glostrup Hospital / 20
Af Jette S. Holtzmann, Jette Hovedskov og Dorte Jeppesen

Hospitalsfusion i Midtjylland / 24
Af Lars Dahl Pedersen

Hospitalsbyggeri – samarbejde på tværs? / 27
Af Eva Gierding

Fra »forandringskaos« til trivsel og arbejdsglæde / 30
Af Hanne Berg Fog

Videokonference – et godt værktøj til effektivisering / 33
Af Marianne de Lemos

Kvalificeret evaluering og perspektivering af
Kaiser Permanente / 34
Af Hans Peder Graversen

Akutfdelingen

– banebrydende nyskabelse



Af
Hans Peder Gravensen,
cheflæge, afdelingschef
for Kvalitet og Sundheds-
data, Administrationen i
Region Midtjylland

Som regelmæssige læsere af TFDS vil have bemærket, har bladet de seneste år bragt en række artikler om regionernes akutplaner, oprettelsen af fælles akutmodtagelser og om bemanning og funktion af disse. Således også i nærværende udgave af Tidsskriftet. Det har været og er interessant læsning, navnlig fordi, der er tale om en banebrydende nyskabelse i måden, hvorpå sundhedsvæsenet fremover vil betjene befolkningen og behandle de akut syge og tilskadekomne patienter.

Hidtil har de mange forskellige hospitalsafdelinger taget sig af hver deres akutte opgaver. Det er blevet udført af yngste mand forrest, med betydeligt tidsforbrug, inden nødvendige diagnostiske undersøgelser, blodanalyser og billeder kunne foreligge til grundlag for en ordentlig og kvalificeret vurdering, diagnostik og planlægning. Denne fremgangsmåde blev for fem år siden forkastet af Sundhedsstyrelsen og er siden hen nu ved at være erstattet af en organisatorisk, faglig og strukturel nyskabelse, fælles akutmodtagelser eller bedre: akutfdelinger.

Akutfdelingen er rammen om modtagelse, initial diagnostik og behandling af alle slags akut syge og tilskadekomne patienter, henvist til akut hospitalsbehandling eller indbragt efter 112-opkald med ambulance. Akutfdelingen indgår i sundhedsvæsenets behandlingssystem for akut syge og tilskadekomne, hvor også det præhospitale system, Lægevagten og Akutvisitationen er vigtige aktører, foruden de praktiserende læger, hvor mange akutte patienthenvendelser i dagtiden på hverdage bliver afklaret eller visiteret.

Akutfdelingen er en faglig nyskabelse. Her ophæves det specialebaserede og opdelt hospital, der var ansvarlig for den tidligere håndtering af akutarbejdet. Akutfdelingen fokuserer på det akut syge menneske og den nødvendige intervention i den akutte sygdomsfasen, med henblik på at forhindre en livstruende udvikling eller stoppe en faretruende proces. De akutte tilstande, livstruende sygdomme og faretruende udiagnostiserede patientforløb skal kendes og konstateres omgående og imødegås med relevante hastigt udførte undersøgelser, stabiliserende tiltag og målrettet behandling. Dette skal være akutfdelingernes særkende, det er her »guldet ligger«.

Derfor skal akutfdelingerne have egen afdelingsledelse (ledende overlæge og over-sygeplejerske) og der skal være en fast stok af læger og speciallæger og plejepersonale. Det faste personale skal løfte ansvaret for at den organisatoriske nyskabelse »leverer varen« i form af hurtige og relevante udrednings- og behandlingsforløb. Dette skal ske med inddragelse af ekspertise fra akuthospitalets øvrige afdelinger, teambaseret så længe patienten befinder sig på akutfdelingen.

På akutfdelingen får personalet nye roller: En speciallæge med akutmedicinsk fagområde kompetence skal være i front. Sammen med sit tværfaglige modtageteam sørger denne speciallæge for triagering (en særlig hastegradsvurdering) og sætter det relevante udrednings- og behandlingsforløb i gang. Frontpersonalet udgør også en hospitalsvisitation, der kontaktes fra præhospitalet vedrørende indkomne akut syge patienter og fra henvisende læger, således at modtagelse af indkomne patienter kan forberedes. Visitor kan tilkalde ekspertise fra andre hospitalsafdelinger, hvis dette findes påkrævet, f.eks. ved multitraumer. Det har været diskuteret, om speciallæger vil finde den nye rolle af interesse, det viser udviklingen allerede at rollen er, og det er måske i denne rolle der netop gøres en afgørende forskel.

Akutfdelingen kan ikke gøre det alene. Hele akuthospitalet skal indrettes efter det nye faglige princip. Blodprøver og billeddiagnostik skal f.eks. kunne foregå *on demand* døgnet rundt. Hvis ikke undersøgelsesresultaterne kan frembringes hurtigt, forhindres det nødvendige løft i effektivitet og kvalitet i den umiddelbare akutte behandlingsindsats. Derfor er oprettelsen af akutfdeling en stor ledelsesmæssig udfordring for både hospitalsledelse og alle afdelingsledelser på akuthospitalerne.

Selvom tidskritiske og livsfarlige akutte tilstande kun udgør 5-10% af alle de akutte patientforløb, vil akutfdelingen med denne organisering og tilrettelæggelse være i stand til at effektivisere hospitalsdriften og medvirke til et markant løft i kvaliteten på akutområdet.

SILKEBORG LØN OG PERSONALE

Håndpluk den løsning, der passer til jer

Let arbejdsgangene med Silkeborg Løn og Personale – og løs opgaverne med færrest mulige ressourcer. Data indtastes dér, hvor de udspringer fra og går igen, når brugerne trækker informationer på kryds og tværs i organisationen. Og så snakker Silkeborg Løn og Personale sammen med den offentlige sektors økonomi- og ESDH-systemer.

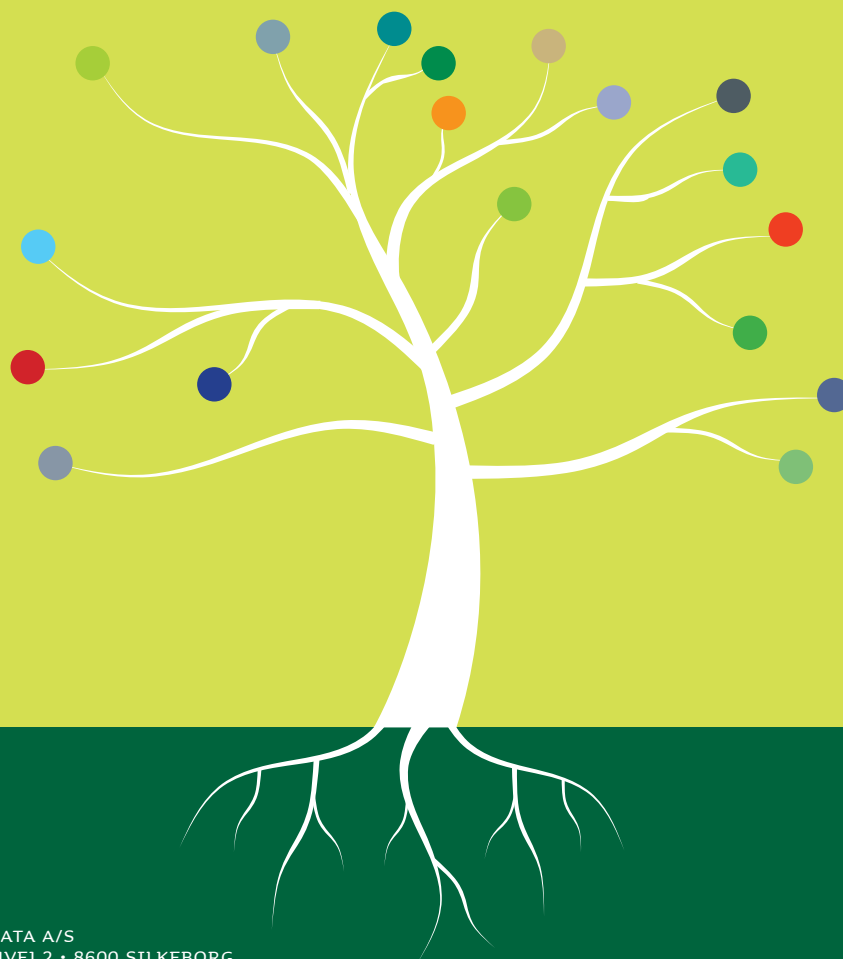
Løsningen er fleksibel og skaber sammenhæng mellem de administrative systemer. Vi bruger standardsnitflader. Det giver jer frihed til at vælge de systemer og leverandører, I foretrækker.

Integrationen mellem løn- og økonomisystemet letter administrationen – og brugerne kan frit hente data.

Brugergrænsefladen er forskellig, alt efter brugerens opgaver og kompetencer. I undgår flaskehalse – og brugerne får indflydelse og ansvar.

Vælg de moduler, der understøtter jeres arbejdsgange. Træk på Silkeborg Data og få en gennemprøvet løsning.

Ring til os på 89 89 44 40 – eller bestil en præsentation på sd.dk/kontakt.



SILKEBORG DATA A/S
KASTANIEHØJVEJ 2 • 8600 SILKEBORG
TELEFON 89 89 44 40 • SD@SD.DK
WWW.SD.DK



SILKEBORG DATA

De fælles akutmodtagelser fortjener en flyvende start

Desværre er både ledelsen og organiseringen af de fælles akutmodtagelser på en bekymrende slingrekurs, mener Yngre Læger

Af Lisbeth Lintz og Bue Juvik

De nye og kommende fælles akutmodtagelser skal være en succes fra første færd. Det skal de, fordi der er meget politisk prestige bundet til de fælles akutmodtagelser, forventningerne fra brugerne er høje, og fordi de nye store enheder kommer til at spille en nøglerolle i fremtidens danske hospitalsvæsen. Men ledelsen og organiseringen af de fælles akutmodtagelser er på en bekymrende slingrekurs. Yngre Læger ønsker en flyvende start for de fælles akutmodtagelser, og har derfor produceret et program for den gode fælles akutmodtagelse.

Den fælles akutmodtagelse er ikke »bare« en ny afdeling, et institut eller et andet af hospitalsvæsenets nye ledelses- og organisationstiltag. Den fælles akutmodtagelse er en kompleks nyskabelse i det danske hospitalsvæsen.

Efter et omfattende projektarbejde i Yngre Læger, som har resulteret i vores program »Den gode fælles akutmodtagelse«, ser vi desværre flere uheldige tegn på, at det afgørende løft i kvaliteten af den akutte behandling risikerer at udeblive.

Behov for nationale standarder

Yngre Lægers konklusion på vores projektarbejde om den fælles akutmodtagelse er, at der er behov for nationale standarder for den gode fælles akutmodtagelse.

Vi ønsker at løfte kvaliteten af den diagnostik og behandling, der bliver givet patienterne i de fælles akutmodtagelser ved at harmonisere rammer og indhold. De mere end 20 eksisterende og kommende fælles akutmodtagelser er i stor udstrækning forskellige med hensyn til ledelse og organisation.

Vi anerkender, at lokale løsninger indimellem er nødvendige. Men vi anerkender ikke, at de lokale løsninger altid er de bedste, når vi har som fælles mål at skabe Danmarks bedste fælles akutmodtagelser.

Selv inden for den samme region er svaret på spørgsmålet, »hvordan skal en fælles akutmodtagelse se ud?« meget

ofte forskelligt fra hospital til hospital.

I en tid med Den Danske Kvalitetsmodel, Institut for Kvalitet i Sundhedsvæsenet, Joint Commission, Lean og nationale kliniske retningslinjer, er det bemærkelsesværdigt og betænkeligt, at der opstår så mange forskellige lokale løsninger på den vigtige modtagelse af akutte patienter.

Yngre Lægers program for de fælles akutmodtagelser er styret af ensartethed, entydighed og behandling af høj kvalitet, hvor speciallægerne skal med i front. Det er godt for patienterne, for sundhedspersonalet, effektiviteten og den lægelige videreuddannelse. Yngre Lægers program »Den gode fælles akutmodtagelse« rummer en række konkrete forslag til, hvordan rammer og indhold for en fælles akutmodtagelse bør se ud.

Ud over varmt at anbefale, at regionerne – gerne i samarbejde med Yngre Læger og andre samarbejdspartnere – sætter sig ned og laver nationale standarder for de fælles akutmodtagelser, vil vi i det følgende fremhæve nogle pointer og anbefalinger fra programmet »Den gode fælles akutmodtagelse«.

Speciallæger i front

Yngre Læger har sagt det før

og det samme har Sundhedsstyrelsen, og budskabet bliver ikke mindre væsentligt med fremkomsten af de fælles akutmodtagelser: Speciallægerne skal med i front. Formålet er enkelt. Speciallæger i front er godt for patienterne og for den lægelige videreuddannelse.

Yngre Læger kan kun bakke op om Sundhedsstyrelsen, som anbefaler, at de fælles akutmodtagelser bemannes døgnet rundt med speciallæger i intern medicin, ortopædkirurgi, kirurgi og anæstesiologi og for radiologi som minimum en speciallæge i rådighedsvagt.

Speciallægerne skal med andre ord ikke kun være med i front i vagten, men også i dagtiden, hvor speciallægerne skal undervise, deltage i konferencer og i det hele taget bidrage til gensidig faglig sparring og udvikling i de fælles akutmodtagelser. Hospitalsledelserne bør løfte opgaven snarest, og løsningen på problemet er først og fremmest en ledelsesmæssig udfordring. Der ligger en stor opgave og venter med at ændre vaner og kultur for at skaffe flere speciallæger i front.

Forventningerne og kravene hos brugerne er høje. Patienter og pårørende forventer i stigende omfang at blive mødt af en behandling af allerhøjeste kvalitet fra det sekund, de træder ind ad døren til den fælles akutmodtagelse. Der er en klar forventning om at blive behandlet af den relevante speciallæge hurtigt.

Oplagt til uddannelse

Den lægelige videreuddannelse bør integreres i den fælles akutmodtagelse. Det er oplagt. Med det store og brede indtag af patienter udgør den fælles akutmodtagelse et enormt potentiale for læring for læger på alle trin af videreuddannelsen.

I de nye fælles akutmodta-



Lisbeth Lintz. Formand for Yngre Læger.



Bue Juvik. Medlem af Yngre Lægers bestyrelse.

gelses vil der være god mulighed for at flere læger på alle trin i speciallægeuddannelsen er til stede. Det vil give et stort kvalitetsløft i forhold til de hidtidige skadestuer og modtagelser. Flere yngre læger såvel som speciallæger og bedre muligheder for lægefaglig sparring vil skabe mere faglig tryghed og sikkerhed for den enkelte yngre læge.

Med det større lægefaglige miljø i de fælles akutmodtagelser er det én gang for alle muligt at gøre op med tidligere tiders praksis, hvor de mest nyuddannede læger stod for arbejdet med de akutte patienter uden den nødvendige supervision. Samtidig vil det skabe bedre grobund for den enkelte læge siden hen at træffe et kvalificeret valg af speciale.

Det sikrer ligeledes en bedre kvalitet i behandlingen af den enkelte patient, som med større sikkerhed bliver set af »den rigtige læge« på et tidligt tidspunkt.

I lighed med anbefalingerne fra alle tre regionale videreuddannelsesråd mener Yng-

re Læger, at alle læger i klinisk basisuddannelse (KBU) bør have funktion i en fælles akutmodtagelse.

Introduktionslæger og læger i hoveduddannelsen bør også have længerevarende og sammenhængende funktion i en fælles akutmodtagelse – med den klare forudsætning, at der skal være adgang til tilstrækkelig supervision fra relevante speciallæger.

For læger i introduktionsstilling i intern medicin, ortopædkirurgi og kirurgi er målbeskrivelserne et godt match til de krav og udfordringer, som kendetegner en fælles akutmodtagelse.

For læger i hoveduddannelsen i alle internmedicinske specialer, neurologi, almen medicin og visse kirurgiske specialer, herunder ortopædkirurgi, er uddannelse i en fælles akutmodtagelse også yderst relevant.

Alle læger under uddannelse, uanset om de er direkte ansat i den fælles akutmodtagelse eller ansat i en af specialafdelingerne, bør have en kli-

nisk vejleder i den fælles akutmodtagelse. Læger under uddannelse, som er ansat på specialafdelingen, bør både have en hovedvejleder på specialafdelingen og en klinisk vejleder i den fælles akutmodtagelse.

Egen ledelse og egne senge

En fælles akutmodtagelse bør have egen ledelse. Det vil styrke gennemslagskraften i forhold til specialafdelingerne, løfte kvaliteten og give bedre muligheder for skabe en stærk kultur, hvor personalet er stolte over at arbejde.

Udviklingen af kompetencer, videre- og efteruddannelse hos alle faggrupper i den fælles akutmodtagelse vil med egen ledelse alt andet lige få bedre betingelser.

En egen ledelse vil fremme fokus på koordinering af specialerne og på den initiale del af patientforløbet. Den vigtige forskning i og udvikling af akutområdet, som traditionelt er underprioriteret, vil med egen ledelse i en fælles akutmodtagelse få bedre vækstvilkår.

En fælles akutmodtagelse bør også udstyres med egne senge. Derved er der mulighed for at håndtere uafklarede patienter og initial behandling under korte indlæggelsesforløb af for eksempel en til to dages varighed. På den måde slipper de mange patienter, som alligevel hurtigt bliver udskrevet, for overflytninger til specialafdelinger.

En fælles akutmodtagelse med egne senge vil som til lægsgevinst give yngre læger, som er ansatte i en fælles akutmodtagelse, bedre mulighed

for at følge op på den akutte patients videre forløb.

Flowmaster kan sikre bedre forløb

Alle fælles akutmodtagelser skal udstyres med en flowmaster, som bliver den måske væsentligste fagperson i en fælles akutmodtagelse. Flowmasteren er den koordinerende speciallæge som døgnet rundt har det overordnede ansvar for initial modtagelse, triagering, visitation, prioritering og forløbsstyring.

Funktionen som flowmaster tager for alvor hånd om den tilbagevendende kritik af manglende eller utilstrækkelige forløb for den enkelte patient, som i mange tilfælde oplever at der ikke er sammenhæng mellem forskellige elementer af forløbet i hospitalet. Flowmasteren skal sikre, at ingen patienter falder mellem to stole.

Flowmasteren skal ikke være ansvarlig for den egentlige behandling. Han eller hun skal heller ikke supervisere yngre læger. Derved sikrer man flowmasteren mulighed for at bevare overblikket. På den anden side skal de øvrige læger koncentrere sig om patientbehandling af høj kvalitet og supervision.

Sæt undersøgelser i gang

De fælles akutmodtagelser fortjener at blive undersøgt til bunds. Parametrene, som bør undersøges, er de samme som for enhver anden sund organisation i hospitalsvæsenet, nemlig kvalitet, effektivitet, patienttilfredshed, trivsel blandt personalet, ventetid, liggetid,

samarbejde, speciallægeuddannelsen og økonomi.

Undersøgelser af og forskning i de fælles akutmodtagelser er nødvendigvis ikke kun pålagt ledelsen af den enkelte fælles akutmodtagelse. Hospitalsledelsen, de tre regionale videreuddannelsesråd og de kliniske professorater i uddannelsesregionerne skal også medvirke til at løfte opgaven, gerne i samarbejde med hinanden.

Prestige er væsentlig

De fælles akutmodtagelser skal være enheder fyldt med faglig stolthed og prestige. Det er afgørende vigtigt for, at den organisatoriske nyskabelse bliver en succes. Akutarbejdet har indtil nu desværre haft lavstatus blandt sundhedspersonalet – en sørgelig arv, der ikke må overføres til de fælles akutmodtagelser.

Ellers er der risiko for, at det ikke er muligt at tiltrække og fastholde kompetente læger. Det er derfor nødvendigt, at hospitalsledelserne og lederne på de fælles akutmodtagelser arbejder systematisk med at ændre kulturen på hospitalet.

En fælles akutmodtagelse skal være et så godt og fagligt givende sted at arbejde, at læger og andet sundhedspersonale helt af sig selv søger derhen.

»Den gode fælles akutmodtagelse«, Yngre læger (2011) <http://goo.gl/iY60E>

Announce i
Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen?
– ring 70 22 40 88

REHACARE[®]
INTERNATIONAL



Trade Fair and Congress



Self-determined
living

Düsseldorf, Germany
21 – 24 Sept 2011

www.rehacare.de

MEDICA[®]



Be part of it!

16 – 19 Nov 2011

Düsseldorf · Germany

www.medica.de

For yderligere information:
Intermess ApS
Rådhusvej 2
2920 Charlottenlund
Tlf.: 45 50 56 55
Fax: 45 50 50 27
info@intermess.dk
www.intermess.dk

[®]
**Messe
Düsseldorf**

Kolding Kommunes forsøg med udgående akutafdeling

Resulterede ikke som forventet i færre akutte medicinske indlæggelser på sygehus

Af Marie Brandhøj Wiuff og
Susanne Reindahl Rasmussen

Efter strukturreformen i 2007 har kommunerne ikke blot fået nye opgaver indenfor sundhedsfremme, forebyggelse, genoptræning og rehabilitering. De skal også medfinansiere forbruget af sundhedsydelser. Hver gang en borger bliver indlagt, behandles eller genoptrænes ambulat på sygehus eller får ydelser efter Sygesikringen, skal kommunerne betale en andel af de regionale udgifter (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2004).

Kommunerne har derfor iværksat forskellige tiltag i forløbet på at nedbringe de sundhedsydelser, der ikke er kommunale. I Kolding Kommune etablerede man blandt andet en udgående akutafdeling, der tilbød ældre, svage borgere akut og fleksibel pleje, omsorg og behandling i eget hjem (se boks 1).

Dansk Sundhedsinstitut (DSI) har evalueret den udgående akutafdeling med afsæt i kalenderåret 2009 (Wiuff et al. 2010). Det lykkedes Kolding

Kommune at nedbringe antallet af akutophold på det kommunale rehabiliterings- og akutcenter. Antallet af akutte, medicinske indlæggelser på sygehus blev derimod ikke reduceret som forventet indenfor projektperioden.

Det er et par af konklusionerne fra evalueringen, som vi præsenterer i denne artikel. Evalueringen belyser også organisering, økonomi og borgerperspektivet på den udgående akutafdeling. Kolding Kommune har stået for evalueringen af borgerperspektivet.

Den udgående akutafdeling i Kolding Kommune

Det overordnede formål med etableringen af den udgående akutafdeling var at reducere ældre borgeres akutte, medicinske indlæggelser på sygehus og akutophold på det kommunale rehabiliterings- og akutcenter Låsbyhøj.

Målgruppen var voksne, fortrinsvis svage ældre borgere med et akut behov for intensiv og fleksibel pleje, omsorg og behandling, som ikke krævede sygehusindlæggelse, men som hjemmesygeplejen og hjemmehjælpen havde vanskelig ved at imødekomme med en tilstrækkelig, kvalificeret og fleksibel hjælp. Hjælpen skulle iværksættes indenfor en time.

Medarbejderne i den udgående akutafdeling havde særlige kompetencer indenfor akut rehabilitering, geriatri samt

sundhedsfremme og forebyggelse. I starten af 2009 bestod den udgående akutafdeling af otte medarbejdere, fem sygeplejersker og tre social- og sundhedsassistenter.

Den udgående akutafdeling kunne træffes i dag- og aftentimerne. Hverdage var akutafdelingen bemandet med minimum to medarbejdere, mens der i weekenden kun var én medarbejder på vagt.

Akutafdelingen havde henvisningsret til syv akutpladser på kommunens rehabiliterings- og akutcenter, hvor den udgående akutafdeling også havde til huse.

Alle, det vil sige borgere, pårørende, hjemmesygeplejen, geriatrisk afdeling, praktiserende læger samt vagtlæger mv. kunne tage initiativ til at henvise en borger til den udgående akutafdeling.

At forene to områder og tænke måder

Ideen om den udgående akutafdeling opstod i 2007 i kommunens nyetablerede Sundhedsområde, som blandt andet varetog de sundhedsrelaterede opgaver, kommunen havde fået til opgave at løfte efter strukturreformen.

Mange år forinden havde Seniordriftområdet – der ligesom Sundhedsområdet hørte under Senior- og Sundhedsforvaltningen – stået for driften af hjemmesygeplejen, hjemmehjælpen og plejecentrene.

Det arbejde, som den udgående akutafdeling skulle udføre lå tæt op af og ville få indflydelse på hjemmesygeplejens arbejde. Derfor ville Senior-driftområdet gerne bidrage til og inddrages i processen omkring etablering af den udgående akutafdeling. Det endte i et kompromis med en to-delt ledelse, der forankrede den udgående akutafdeling i både Sundhedsområdet og Senior-driftområdet.

Social- og sundhedsassistenterne i den udgående akutafdeling refererede til den ene leder, som samtidig var gruppeleder på kommunens rehabiliterings- og akutcenter (Sundhedsområdet).

Sygeplejerskerne refererede til den anden leder, som sideløbende fungerede som sygeplejefaglig leder af ét af kommunens tre distrikter (Senior-driftområdet) (se figur 1). Desuden blev lederen af rehabiliterings- og akutcenteret budgetansvarlig for den udgående akutafdeling, ligesom der blev tilknyttet en faglig koordinator – begge tilknyttet Sundheds-

området. Fra start vidste de involverede parter fra Sundhedsområdet og Seniordriftområdet godt, at det ikke var optimalt med en to-delt ledelse. De mange ledelseskasketter skabte uklarhed blandt medarbejderne i den udgående akutafdeling, og det tog lang tid for de to ledere at finde fælles fodslag.

I forhold til at udbrede kendskabet til den udgående akutafdeling havde den sygeplejefaglige leder – i kraft af sin dobbelte ledelsesfunktion – dog særlige forudsætninger for at udbrede kendskabet til den udgående akutafdeling i hjemmesygeplejen. Størstedelen af henvendelserne til den udgående akutafdeling kom fra den sygeplejefaglige leders distrikt. Det havde været vanskeligere for en leder forankret i Sundhedsområdet, at skabe den forbindelse til hjemmesygeplejen.

Når det ekstra led skal ud i yderste led

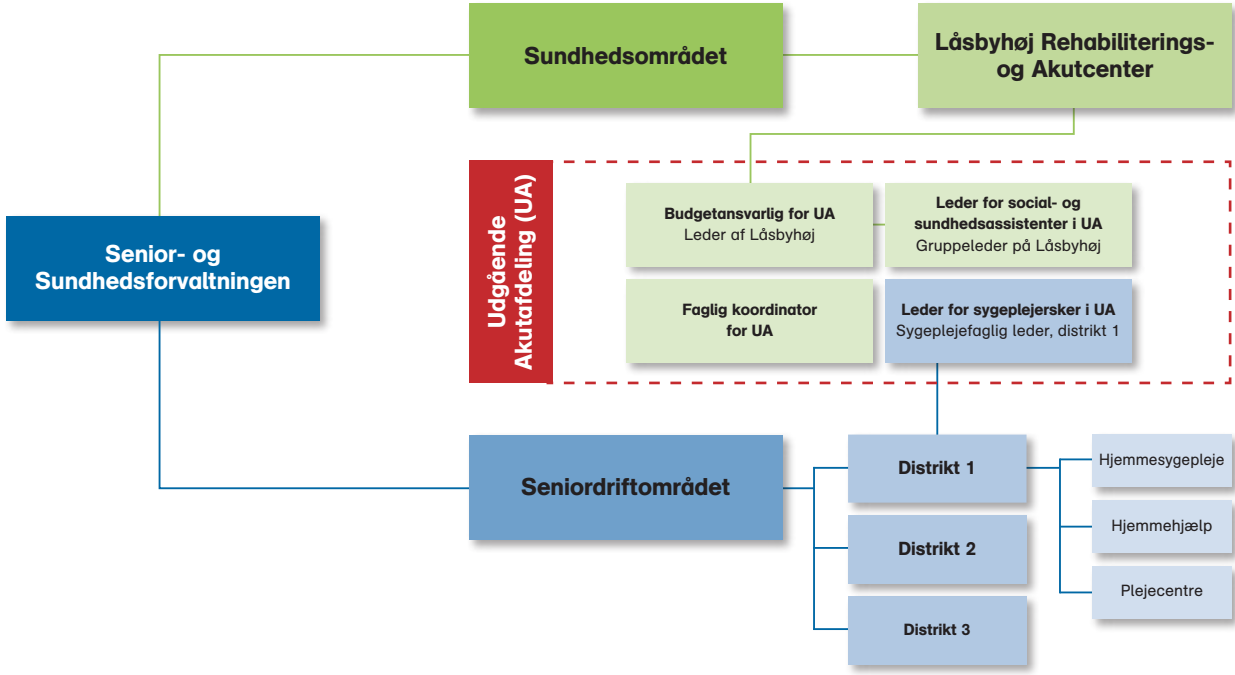
Den udgående akutafdeling var en nydannelse, som både borgere, medarbejdere i kommunen og eksterne samarbejds-

parter (sygehus, praktiserende læger og vagtlæger) skulle blive bekendte med blandt mange andre tiltag og funktioner i kommunen.

Særligt vigtig var det, at de hjemmehjælpere og hjemmesygeplejersker, som ofte kom i borgernes hjem, kunne opfange de små signaler og reagere på dem – ved fx at kontakte den udgående akutafdeling – inden en borger pludselig blev så dårlig, at en indlæggelse var uundgåelig. Det forudsætter imidlertid en forebyggende tankegang, som ikke nødvendigvis er dominerende ude i det yderste led (hjemmehjælpen og hjemmesygeplejen), blot fordi der etableres en udgående akutafdeling.

Som Vinge og Buck også påpeger, så skal der ske læring og gives feedback tilbage til den store driftsorganisation, når indsatser af denne type er etableret som en særskilt enhed (Vinge og Buch 2007).

Derudover er det en forudsætning, at den enkelte hjemmehjælper, hjemmesygeplejerske og andre som er i kontakt



Figur 1. Den udgående akutafdelings organisatoriske og ledelsesmæssige forankring 2009.

med borgerne kender muligheden for at kontakte den udgående akutafdeling.

Derfor var medarbejderne fra den udgående akutafdeling også ude og fortælle om deres arbejde i hjemmesygeplejen og senere underviste de hjemmehjælpsgrupperne i tidlig opsporing. Herved fik hjemmesygeplejen og hjemmehjælpsgrupperne også ansigt på dem, de kunne henvende sig til i den udgående akutafdeling – noget samtlige samarbejdsparter fandt afgørende for at opbygge en samarbejdsrelation. At ændre tænkemåde og daglig praksis er dog ikke gjort med et enkelt møde.

Den udgående akutafdeling lavede grundige udredninger af de borgere, de var ude hos, og behandlede og gav pleje og omsorg derefter. Det var opgaver, som mange hjemmesygeplejersker gerne ville løfte – hvis de havde tiden til det.

Hjemmesygeplejerskerne oplevede, at deres arbejdsområde blev truet, og den udgående akutafdeling mødte derfor stor skepsis fra den kant. Det vanskeliggjorde også samarbejdet, at den udgående akutafdeling i nogle tilfælde afviste hjemmesygeplejerskernes henvisninger, fordi de pågældende borgere faldt udenfor målgruppen for den udgående akutafdelings indsats.

Hjemmesygeplejen og også de alment praktiserende læger opfattede i starten den udgående akutafdeling som et unødigt ekstra led, fordi akutafdelingen havde overtaget henvisningsretten til det kommunale rehabiliterings- og akutcenter. Tidligere kunne hjemmesygeplejen og de praktiserende læger henvise direkte.

Med tiden blev medarbejderne i den udgående akutafdeling dog kendt blandt fx de praktiserende læger, Geriatrisk Afdeling på Kolding Sygehus, kommunens rehabiliterings- og akutcenteret og hjemmehjæl-

Tabel 1: Antal henvendelser til udgående akutafdeling i Kolding Kommune, 2009.

Henvendelse fra	2009	
	Antal	Fordeling (%)
Hjemmeplejen	222	50,0
Hjemmehjælpen	57	12,2
Egen læge	47	10,6
Pårørende	31	7,0
Andet	24	5,4
Visitationen*	19	4,3
Skadestue	17	3,8
Call-center**	16	3,6
Borger	9	2,0
Geriatrisk afdeling/team	3	0,7
Vagtlæge	2	0,5
Samlede antal henvendelser	444	100,0

* Visitationen står for tildeling af hjælp til personlig pleje, sygepleje, praktisk hjælp mv. til kommunens borgere.

** Hjemmesygeplejen havde indtil 1/8-09 et call-center på tværs af de tre distrikter, der døgnet rundt tog imod henvendelser om såvel akutte som ikke akutte opgaver.

Kilde: Faglig koordinator for den udgående akutafdeling, Donna Lykke Wolff.

pen for at udføre et grundigt stykke arbejde. Gode forløb med borgere, hvor der reelt var et samarbejde mellem den udgående akutafdeling og hjemmesygeplejen, blødte også op på skepsissen blandt medarbejderne i hjemmesygeplejen, som med tiden blev konstruktive samarbejdspartnere. Af tabel 1 fremgår det også, at størstedelen af henvendelserne til den udgående akutafdeling netop kom fra hjemmesygeplejen.

Akutophold og akut hjælp i eget hjem

I løbet af 2009 var der i alt 226 borgere, som modtog akut hjælp i eget hjem fra den udgående akutafdeling; knap 20 % havde mere end ét forløb. Den væsentligste årsag til at modtage akut hjælp i eget hjem var »akut fysisk sygdomstilstand/infektion« (for ca. 33 %), mens »tiltagende almen svækkelse« var den næst hyppigste årsag (godt 30 %).

Borgerne, der fik akut hjælp i eget hjem var gennemsnitligt 81,4 år (45-100 år), mens de der kom på akutop-

hold var 80,5 år (49-98 år), altså knap et år yngre. De samlede omkostninger (etableringsomkostninger og interventionsomkostninger) ved akut hjælp i eget hjem beløb sig i 2009 til samlet set ca. 2,775 mio. kr.

Et af de positive resultater ved etableringen af den udgående akutafdeling var, at antallet af borgere på kommunalt akutophold på rehabiliterings- og akutcenteret faldt meget, nemlig fra 195 borgere i 2007 til 55 borgere i 2009 – altså med 72 %. Samtidig faldt det gennemsnitlige antal opholdsdage fra 8,5 dage i 2007 til 6,2 dage i 2009. Til sammenligning modtog borgerne kun akut hjælp i eget hjem i gennemsnitlig 3,9 dage.

Faldet i antallet af akutophold på rehabiliterings- og akutcenteret førte dog ikke til et tilsvarende fald i de samlede omkostninger ved et akutophold. De steg derimod med 445.800 kr. (fra 3,180 mio. kr. i 2007 til 3,625 mio. kr. i 2009), hvilket er en stigning på 14,0%.

De største forskelle i omkostningerne er at finde på

lønkontoen. Lønudgifterne til akutophold steg i perioden med 349.000 kr. grundet op- og omnormeringer samt en følge af den almindelige lønudvikling i såvel administrations- som udviklings- og kvalitetsafdelingen og i plejegruppen.

Det indgik imidlertid ikke i aftalerne om etableringen af den udgående akutafdeling, at plejenormeringen skulle reduceres ved en eventuel reduktion af antallet af borgere på akutophold på rehabiliterings- og akutcenteret.

Akutte indlæggelser på sygehus

Det lykkedes ikke fuldstændigt for Kolding Kommune at undgå sygehusindlæggelser blandt de borgere, som modtog hjælp fra den udgående akutafdeling. Ca. 27 % af forløbene blev afsluttet med en akut indlæggelse på sygehus.

Antallet af akutte, medicinske indlæggelser blev heller ikke som forventet reduceret i Kolding Kommune. Vi sammenlignede antallet af akutte, medicinske sygehusindlæggel-

ser fra Kolding Kommune med fire omkringliggende kommuner.

I Kolding og Fredericia Kommuner blev der registreret en stigning på 11 % henholdsvis 14 % pr. 1.000 45+ årige borgere fra 2007 til 2009. I Haderslev og Vejle Kommuner blev der registreret en væsentligt mindre stigning på ½-1 %, og endda et fald på 4 % i Vejen Kommune.

I den ældre aldersgruppe (de 70+ årige) forekom den største stigning også i de to kommuner Kolding (12 %) og Fredericia (13 %), mens der var en mindre stigning i Vejle Kommune (1 %) og et fald i både Haderslev (3 %) og Vejen Kommuner (2 %).

Det betød, at den kommunale medfinansiering af akutte, medicinske indlæggelser på sygehus pr. 1.000 45+-årige borgere steg tilsvarende mere i Kolding og Fredericia Kommuner sammenlignet med Vejle, Haderslev og Vejen Kommuner. Det gjorde sig gældende både for de 45+-årige og de 70+-årige. Se figur 2.

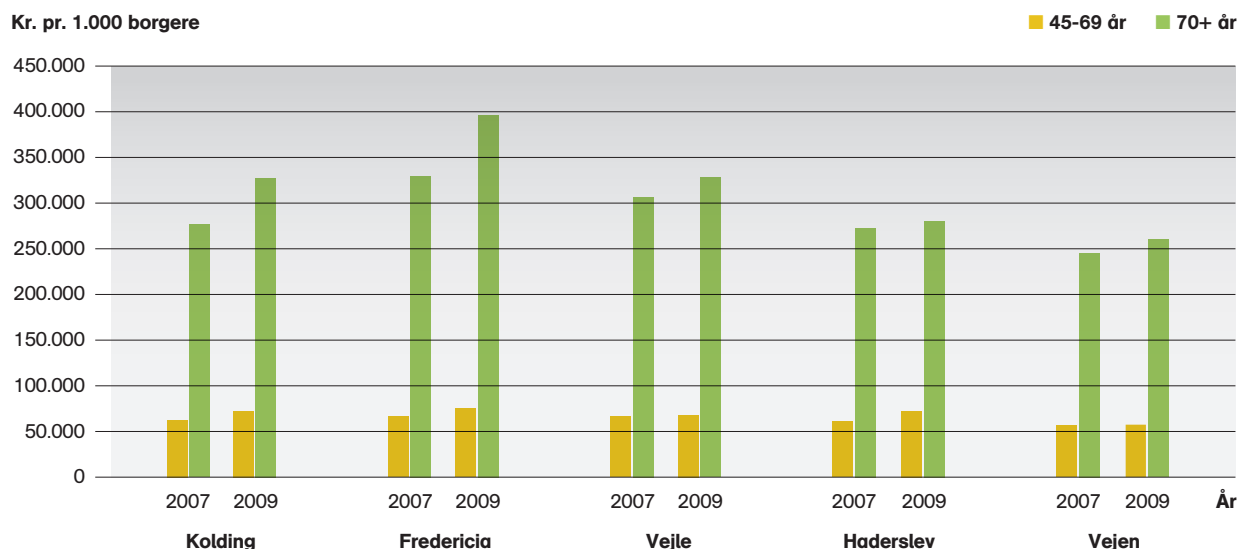
Hvad synes borgerne om den udgående akutafdeling?

I evalueringen indgik også borgernes oplevelse af den service, de modtog i eget hjem fra den udgående akutafdeling. De adspurgte borgere syntes, at akutafdelingen leverede en god pleje og behandling.

Det hang blandt andet sammen med, at borgerne fik hurtig hjælp, og der blev taget hånd om netop den problemstilling, de stod med. Borgerne oplevede en individuelt tilpasset tilgang og fleksibilitet i den udgående akutafdelings ydelser. Personalet havde samtidig tid til at snakke med borgeren om, hvordan vedkommende havde det. For nogle var netop snakken noget af det vigtigste i behandlingen.

Hovedparten af de adspurgte borgere oplevede tillige, at der blev taget hensyn til, hvordan de plejedes at få tingene gjort. Ligeledes oplevede borgerne overensstemmelse mellem den vejledning og information, der blev givet fra den udgående akutafdeling og andre faggrupper. Oplevelserne var

Figur 2. Kommunal medfinansiering af akutte, medicinske indlæggelser* i 2007 og 2009 fordelt på aldersgruppe og kommune, pr. 1.000 borgere.



* Omfatter ICD-10 koder for ernæringsproblemer (E63.8, E63.9 og E64.8); dehydrering (E86.x og E87.x); konfusion (F05.x, F10.x, F19.x og R41.0); influenza (J11.x); lungebetændelse (J12.x-J18.x); kronisk obstruktiv lungelidelse (J44.x); rygsmerter uden brud (M54.6 og M54.8); blærebetændelse (N30.x); svimmelhed (R42.x og R55.x); fald (R29.7); og sociale problemer (Z74.9).

Kilde: Udtræk fra e-Sundhed fra Landspatientregisteret.

derimod mere delte, når det kom til om hjemmesygeplejen og hjemmehjælpen fulgte op på det, som den udgående akutafdeling havde sat i gang.

At kunne blive i eget hjem og bevare sin egen rytme under en akutperiode var meget positivt og betydningsfuldt for de fleste adspurgte borgere. Hjemmet blev forbundet med tryghed i form af vante omgivelser, men især var samværet med familie og naboer betydningsfuldt. For enkelte borgere var hjemmet dog forbundet med en vis utryghed. Dette var tilfældet, hvis akutsituationen var opstået i hjemmet i forbindelse med fx et fald.

Metoder

Evalueringen af den udgående akutafdeling i Kolding Kommune er foretaget med afsæt i den danske model for en medicinsk teknologivurdering (Kristensen og Sigmund 2007).

Den organisatoriske del af evalueringen er gennemført som en interviewundersøgelse (i alt 13 interview) samt observation af den udgående akutafdelings arbejde over to dage.

I den økonomiske del af evalueringen er forbrug og kommunale omkostninger ved akut hjælp i eget hjem og akutophold på det kommunale rehabiliterings- og akutcenter opgjort på basis af de kommunale regnskaber. Derudover er de relative ændringer (2009 versus 2007) i forbrug og den kommunale medfinansiering (baseret på DRG-takster) af udskrivninger grundet akutte indlæggelser med ti specifikke medicinske diagnoser på alle landets sygehuse opgjort for Kolding Kommunes borgere. Dette er sammenlignet med fire omkringliggende kommuner (alderstandardiseret til alderssammensætningen i Kolding Kommune i 2007).

Borgernes oplevelser er belyst via en spørgeskemaundersøgelse blandt 22 borgere, der



Marie Brandhøj Wiuff. Sociolog, Projektleder i Dansk Sundhedsinstitut (www.dsi.dk). mbw@dsi.dk



Susanne Reindahl Rasmussen. Ph.d., MPH, Ergoterapeut, Senior projektleder i Dansk Sundhedsinstitut (www.dsi.dk). srr@dsi.dk

havde modtaget hjælp fra udgående akutafdeling i eget hjem. Fem af disse borgere blev også interviewet. Det er et forholdsvis spinkelt datagrundlag, som ikke kan danne grundlag for endegyldige konklusioner om borgerne oplevelser af hjælp fra den udgående akutafdeling.

Perspektiver for kommunal akut hjælp i eget hjem

DSI's evaluering kan ikke understøtte hypotesen om, at akut hjælp i eget hjem reducerer antallet af akutte, medicinske sygehusindlæggelser. Vi har imidlertid ikke kunnet finde nogen forklaring på den forholdsvis store stigning i antallet af akutte, medicinske indlæggelser fra Kolding Kommune.

Måske er der tale om en form for »stærkaseffekt« i betydningen »øget opmærksomhed på et genstandsfelt giver et øget ressourceforbrug«. At det i det hele taget er svært at substituere regionale indsatser med kommunale indsatser har sundhedsøkonom Kjeld Møller Petersen tidligere påpeget. Han finder i en gennemgang af den videnskabelige litteratur på om-

rådet, at der kun er få områder, hvor der er overbevisende be-læg for, at en kommunal indsats vil være effektiv i den betydning, at den kan substituere en regional indsats (Pedersen 2005).

Hvis man ønsker at implementere en udgående akutafdeling som et omkostningsneutralt tilbud i en kommune – i den form som den har haft i Kolding Kommune – vil det derfor kræve en reduktion i omkostningerne ved akutophold på rehabiliteringscentre/plejecentre i en størrelsesorden, der svarer til omkostningerne ved »akut ophold i eget hjem«.

Den enkelte kommune må samtidig afveje, om det alene er økonomi, der skal afgøre, hvilke indsatser kommunen etablerer. I evalueringen var de adspurgte borgere meget tilfredse med den pleje og behandling, de fik fra den udgående akutafdeling i Kolding Kommune – blandt andet fordi den foregik i deres eget hjem. Tilfredse og trygge borgere må også have værdi i det kommunale regnskab.

Ved etableringen af en indsats i lighed med den udgående

akutafdeling i Kolding Kommune, må den enkelte kommune overveje, om det giver bedst mening at etablere indsatsen som et ekstra led eller at integrere indsatsen i den eksisterende drift.

Det kan måske afkorte vejen ud til det yderste led, hvis indsatsen blev integreret som en specialistfunktion i hjemmesygeplejen. Ulempen kan dog være, at de specialiserede opgaver bliver skubbet til side i hjemmesygeplejens travle hverdag med kørelister, der skal overholdes.

Hvis kommunen forankrer en indsats på tværs af områder i en forvaltning, som det var tilfældet med den udgående akutafdeling i Kolding Kommune, er det vigtigt at sikre ejerskab og forpligtelse på alle niveauer – ledere som medarbejdere.

To områder indenfor den samme forvaltning har ikke

nødvendigt samme prioriteter og fokusområder. Der kan derfor ligge et stort arbejde i at sælge en vision om fx forebyggelse og rehabilitering og indarbejde den som en del af medarbejdernes forståelse af deres opgave – helt ude i yderste led. Det er en tidskrævende proces. Derfor kan der også stilles spørgsmålstegn ved, om det er

tilstrækkeligt at evaluere en nydannet indsats allerede efter et år – og oven i købet forvente et fald i akutte, medicinske sygehusindlæggelser!

Den udgående akutafdeling blev imidlertid lukket ved udgangen af 2009 på grund af generelle nedskæringer i Kolding Kommune.

Referencer

- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2004). *Aftale om strukturreform*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Kristensen, F.B. og Sigmund, H. (red.) (2007). *Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering*. København: Sundhedsstyrelsen, Enhed for Medicinsk Teknologivurdering.
- Pedersen, K.M. (2005). *Kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet – en idé på sandgrund?* Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Vinge, S. og Buch, M.S. (2007). *Uhensigtsmæssige indlæggelser – muligheder og perspektiver for kommunerne*. København: FOKUS og DSI.
- Wiuff, M.B., Rasmussen, S.R., Wolff D.L. og Juhl H.A. (2010). *Evaluering af Udgående Akutafdeling i Kolding Kommune. Forebyggelse af akutophold i kommunen og akutte, medicinske indlæggelser på sygehus*. København: DSI (DSI rapport 2010.04).

DAGENS
Medicin

Geniale bygninger – er det nu nødvendigt?

Dagens Medicin og Dansk Selskab for ledelse i sundhedsvæsenet (DSS) er gået sammen om årets konference om Fremtidens hospitaler – inden spaden sættes i jorden.

Praktisk information
Hvornår: 13. oktober 2011
Hvor: DGI Byen, København
Hvem: Alle, der beskæftiger sig med hospitalsbyggerierne
Hvor meget: 2.900 kr. ekskl. moms for ansatte på hospitaler, regioner, ministerier og myndigheder. 4.100 kr. ekskl. moms for alle andre
 Tilmelding sker på www.dagensmedicin.dk eller www.dssnet.dk

Hovedspeaker:

Lawrence Nield, Australien

»Hospitaler er syge. Hospitaler er ikke designet til det 21. århundrede.«

Den prisbelønnede australske arkitekt Lawrence Nield lægger ikke fingrene imellem, når han taler om hospitalarkitektur. Nield er hovedtaler på Dagens Medicin og Dansk Selskab for Sygehjælpskonference i DGI Byen, og her vil han gerne inspirere de danske hospitalsplanlæggere.

Lawrence Nield har et CV på flere meter og har modtaget adskillige priser.

Han har været arkitekt og planlægger af fire olympiske lege, bl.a. blev han i 1996 leder af planlægningen af de vigtigste sportspladser under OL i Sydney. Men sundhedsvæsenet har også altid interesseret ham, og han er

også designeren bag mange store hospitaler verden over. Han har bl.a. været chefarkitekt på St Vincent's Hospital, et af Sydneys syv store universitetshospitaler.

Ved et foredrag i London har han sagt: »Hospitalsindustrien har undladt at se på, hvad der sker med designet i andre store 'menneske'-bygninger. Der er en langt mere radikal udvikling i f.eks. lufthavnsbygninger og kontorbygninger. Hospitalerne er monotone og afhængige af mure. De er slet ikke klar til at møde det 21. århundredes krav.«



Speakers i øvrigt

Michael Christiansen, DR

Mange har lagt mærke til, at der pludselig kom styr på Danmarks Radio. Fra en omtumlet tilværelse med massive budgetoverskridelser på det enorme byggeprojekt på Amager kom tingene under kontrol. Manden bag er Michael Christiansen, tidligere direktør for Det Kgl. Teater. Ikke bare har han taget sig af DR Byen, han var også involveret i Operaen, men fremfor alt i opførelsen af Det Danske Skuespilhus. Det blev gennemført inden for budgettet og før tid, og det er enestående i den offentlige sektor. Michael Christiansen ved meget om byggestyring og om, hvordan man sikrer kontrollen over store projekter. Og så ved han også, hvad det vil sige at bygge bygninger til primadonnaer.

Kom og bliv inspireret af:

- **Per Christiansen**, formand for DSS, regionsdirektør
- Fem af projektcheferne på de store hospitalsbyggerier
- **Steen Stender**, overlæge, Klinisk Biokemi, Gentofte
- **Erling Tiedemann**, tidl. amtsbergmester
- En ung kræftpatient
- **Michael Christiansen**, formand for DR
- **Johannes Flensted**, formand for Lungeforeningen
- **Bente Oure Rohrt**, chefsygeplejerske, Hillerød
- **Eise Marie Damsgaard**, ledende overlæge, geriatrisk afdeling, klinisk professor, Århus Universitetshospital
- Sygehusprovst **Dorte Rebsdorf Sørensen**
- Sundheds- og indenrigsminister **Bertel Haarder (V)** samt andre politikere.

DAGENS
Medicin

Hovedsponsor: **nne pharmaplan**
Engineering for a healthier world

Samarbejdspartner:



Information og tilmelding: www.dagensmedicin.dk

Akutteam i Viborg Kommune godt fra start

Siden marts har der været 348 forløb igennem akutteamet – heraf vurderes de 75 som forebyggelse af en sygehusindlæggelse

Af Mette Rohde
og Vibeke Juul Dalengaard

Aktiviteten stiger i sundhedsvæsenet i disse år – flere behandles, og de behandles mere intensivt. Derfor oplever både hospitaler, almen praksis og kommuner en øget opgavemængde. Med kommunalreformen blev kommunerne i endnu højere grad en del af det samlede sundhedsvæsen. Det stiller øgede krav til kommunerne om at etablere nye løsninger og tilbud, ligesom det fordrer mere samarbejde på tværs af sektorerne i sundhedsvæsenet. Kommunerne og resten af sundhedsvæsenet står over for en række sundhedsfaglige, demografiske, teknologiske og økonomiske udfordringer.

Denne udvikling med stigende specialisering og opgaveglidning kræver et tættere integreret sundhedsvæsen

- hvor viden og kompetencer er fleksible på tværs af sektorer (delestillinger, fælles

kompetenceudvikling, mv.), som blandt andet kan understøtte kommunerne i opbygning af mere specialviden på udvalgte områder

- som kan organisere sig i forhold til borgerens behov på en måde, så smidigt og effektivt samarbejde mellem sektorerne understøttes bedst muligt
- hvor teknologi i højere grad understøtter samarbejdet om borgeren på tværs af sektorer (telemedicin, videokonferencer, IT-systemer mv.)

Ifølge en DSI-rapport (Dansk Sundhedsinstitut, 2010, Sidsel Vinge, Fra opgaveglidning til opgaveoverdragelse) betyder det for kommunernes vedkommende flere opgaver i form af fx: kliniske opgaver – udredning, behandling og efterbehandling, koordinerende og logistiske opgaver – ambulante udrednings- og behandlingsforløb, medicinændringer, transport og samarbejde på tværs i kommunen samt psykosociale og vejledende opgaver – information, psykisk støtte og vejledning.

Viborg Kommune opruster

For at kunne imødekomme disse udfordringer vedtog Socialudvalget i Viborg Kommune i 2010 en strategiplan for sundheds- og omsorgsområdet.

Strategiplanen sætter den overordnede ramme og retning for indsatsen på området i de kommende år. Der er otte overordnede temaer i strategiplanen, hvoraf det ene omhandler den kommunale sundhedsindsats.

Det er målet at opbygge en sundhedsindsats i kommunalt regi, som styrker og udbygger den kommunale sundhedsindsats, styrker den forebyggende indsats og de borgernære tilbud samt styrker den akutte indsats, som kan forebygge (gen-) indlæggelser.

Det opnås ved at etablere følgende fem tiltag:

- Etablering af Sundhedscenter med sygeplejeklinikfunktion.
- Oprettelse af akutpladser.
- Oprettelse af akutteam.
- Samling af midlertidige pladser.
- Indførelse af opfølgende hjemmebesøg.

I det følgende er der kun fokus på at beskrive tiltaget om akutteam.

Akutteam – inspiration fra Helsingør Kommune

I forbindelse med udarbejdelse af strategiplanen var medarbejdere fra Sundhed og Omsorg på studiebesøg hos akutteamet i Helsingør Kommune. Besøget gav blandt andet inspiration til et ønske om selvstæn-

dig organisering af et akutteam, en opfattelse af, at der primært var behov for akutteamet fra kl. 7-23, samt et billede af hvilke opgaver et akutteam skulle have fokus på.

Akutteam – formål, målgruppe og visitation

På den baggrund blev formålet med akutteamet dels at forebygge indlæggelse ved at varetage behandling, pleje og observation af borgere med akut opstået sygdom, som efter lægehenvi- sning kan behandles i kommunalt regi og dels at afkorte indlæggelsesperioden. Akutpladserne og akutteamet yder døgndækning i samarbejde med nattevagten på det øvrige ældreområde.

I forhold til etablering af akutteamet understreges det, at formålet med disse tiltag ikke er at nedbringe antallet af sygehusindlæggelser i forhold til patienter, der har behov for behandling på hospital. Det vil sige patienter, der har behov for lægelig observation, akut iværksættelse af undersøgelser eller speciel medicinsk behand-

ling. Disse patienter vil fortsat skulle indlægges på et hospital.

De udbyggede tilbud i kommunen skal eksempelvis tage hånd om de ældre, der i dag indlægges på hospital på grund af væskemangel eller ældre med behov for observation og pleje i forbindelse med en i øvrigt ukompliceret medicinsk behandling.

Det er helt centralt at understrege, at henvisning til de kommunale tilbud sker efter lægehenvi- sning og i et tæt samarbejde mellem praktiserende læge/vagtlæge/hospital og kommunens sundhedsfaglige personale. Det forudsættes derfor, at der er løbende tilsyn fra og/eller kontakt mellem egen læge/hospital og det sundhedsfaglige personale i kommunen.

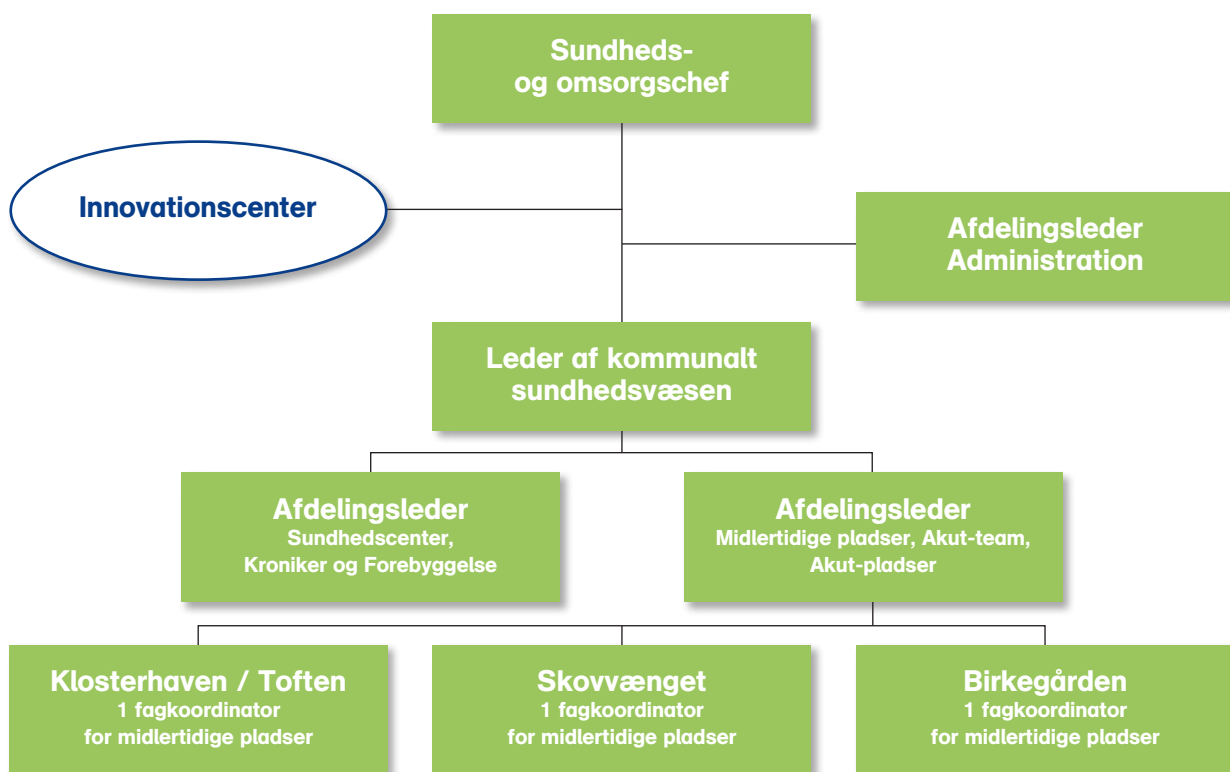
Endvidere er der kun én indgang til akutteamet. Det vil sige, at der er ét telefonnummer, som egen læge/vagtlæge/hospital kan benytte døgnet rundt. Det er altid en sygeplejerske, der besvarer opkaldet. Det er denne sygeplejerske, der i samråd med lægen visiterer til de nævnte kommunale tilbud.

Akutteam – organisering, personale og opgaver

Akutteamet er organisatorisk placeret under »Det Kommunale Sundhedsvæsen«, som er et ud af seks strategiske ledelsesområder i Sundhed og Om- sorg. Ledelsesområdet »Det Kommunale Sundhedsvæsen« har fokus på sundhedsfremme og forebyggelse i en bred betydning. Her er opgaver i forhold til forebyggende hjemme- besøg, forløbsprogrammer for borgere med kronisk sygdom, de midlertidige pladser, akutpladser og akutteam samlet.

Akutteamet er organiseret som en selvstændig enhed, som er uafhængig af de øvrige hjemmesygeplejersker. Denne organisering er valgt blandt andet på grund af inspiration fra Helsingør Kommune og for at teamet kan holde fokus på de meget komplekse borgere. På den måde sikres det, at teamets kompetencer anvendes mest hensigtsmæssigt.

I nedenstående organisationsdiagram vises den nærmere organisering af akutteamet.



Ud fra en betragtning om, at akutteamet skal bidrage til øgede sygeplejefaglige kompetencer blev det besluttet, at der udelukkende skulle ansættes sygeplejersker i teamet. Målet var at rekruttere sygeplejersker til akutteamet med en bred faglig baggrund og erfaring – både fra hospital og kommune. Der blev ansat ni sygeplejersker i alt, hvoraf de fem kom fra hospitalet og fire kom med kommunal baggrund. Endvidere er der en god spredning i forhold til alder og erfaring fra forskellige specialer.

På baggrund af de første tre måneder med akutteamet viser det sig, at der ofte er følgende henvisningsårsager – se tabel 1.

Akutteam er som udgangspunkt et tilbud til alle borgere i Viborg Kommune. Aldersmæssigt har de borgere der har været igennem akutteam været fra 15 – 103 år gamle, med en hovedvægt på aldersgruppen mellem 80 – 90 år. I forhold til kønsfordelingen har der været flest kvinder i forløb hos akutteam. (223)

I startfasen var Regionshospitalet Viborg, Skive, Silkeborg hurtig til at benytte sig af akutteamet for at få udskrevet borgere hurtigt til videre behandling i eget hjem. Dette har haft en indflydelse på de opgaver, akutteamet er startet med at have. Endvidere har det været med til at åbne op for IV-behandling i eget hjem i et langt hurtigere tempo end forventet.

Ud over de meget instrumentelle sygeplejeopgaver, har der også vist sig et behov for at tilbyde psykisk støtte og omsorg fx til borgere med lille netværk, behov for støtte og tryghed fx efter en indlæggelse samt støtte til borgere med kroniske lidelser.

Desuden har akutteamet fået henvist borgere i terminale forløb, hvor teamet har kun-

Tabel 1.

Henvist fra	Årsag	Antal
Egen læge	Væskemangel	14 (56)
Hjemmepleje	Behov for sparring	32 (157)
Plejecenter	Åndedrætsbesvær	3 (11)
Hospital	Infektioner	41 (83)
Vagtlæge	Væskemangel	6 (14)
Åben henvendelse*	Åndedrætsbesvær	12 (22)

Tal i parentes = i alt henviste fra

* Åben henvendelse er borgere der selv henvender sig, efter aftale med akutteam og egen læge. De åbne henvendelser er indtil videre givet til borgere med kroniske lidelser.

Tabel 2.

Henvist af	Marts	April	Maj	Juni	Juli*	Grand Total
Egen læge	5	12	8	27	4	56
Falck					1	1
Hjemmepleje	34	47	38	32	6	157
Plejecenter	2	1	5	3		11
Sygehus	9	25	22	26	1	83
Vagtlæge	4	6	3	1		14
Visitation	1	2		1		4
Åben henvendelse	1	7	6	7	1	22
Grand Total	56	100	82	97	13	348*

* Opgjort 4.7

net tilbyde IV-behandling, således at borgeren kunne forblive i eget hjem.

Endelig er det muligt for hjemmesygeplejegruppen at henvende sig til akutteamet for at få hjælp i forbindelse med sygdom blandt personalet eller travlhed.

Med den mængde af borgere, der indtil nu har været, har responstiden på én time kunnet overholdes. Ofte har teamet kunnet være hos borgerne hurtigere.

Erfaringer

Tabel 2 viser udviklingen af henvisninger til akutteam. Vær opmærksom på at den

samme borger kan være henvist flere gange.

Der har på nuværende tidspunkt været 348 forløb igennem akutteamet.

Ud af disse forløb kan ca. 75 vurderes som forebyggelse af en indlæggelse, hvilket svarer til ca. 20 % af forløbene. Det giver anledning til overvejelser om, hvilke opgaver akutteamet på lang sigt skal tage ind.

Der har lige fra starten været stor interesse og villighed fra Regionshospitalets side til at indgå i både udvikling, undervisning og praktikophold i forhold til akutteamet. Dette har ført til at akutteam har et

tæt samarbejde med Regionshospitalet både omkring udviklingstiltag og opgaveoverdragelse.

Det har været helt centralt for både Regionshospitalet og de praktiserende læger, at den videre behandling af patienterne udelukkende varetages af sygeplejersker med specialkompetencer.

Når det gælder samarbejdet med de praktiserende læger, kunne vi med fordel have intensiveret kommunikationen med dem tidligere i udviklingsfasen. Efter akutteamets start er der udført en målrettet indsats, hvor alle kommunens praktiserende læger tilbydes et individuelt informationsmøde med akutteamet.

Fordelen af at have den tætte kontakt til de praktiserende læger på nuværende tidspunkt er, at vi nu har konkrete erfaringer med, hvad akutteamet kan udføre af sygeplejeopgaver i hjemmet.

Vi har haft en strategi om at kende retningen på projektet, men ellers »lave vejen mens vi går«. Denne strategi har været til stor glæde for nogle samarbejdspartnere, og til lige så stor frustration for andre, inkl. akutteamet selv. Strategien har dog givet så meget goodwill i sygehus-samarbejdet, at det har opvejet frustrationerne.

Planlagte udviklingsstrin året ud

Da akutteamet kun har fungeret i 3 måneder, er det stadig i udviklingsfasen. I tæt dialog med nære samarbejdspartnere sker der en løbende evaluering og justering af teamets funktion, opgaveområder og udviklingspotentialer. I det følgende vil vi beskrive de planlagte udviklingsstrin for akutteamet i den resterende del af 2011.

For det første arbejdes der i regi af Viborg-klyngen på en formaliseret opgaveoverdra-



Mette Rohde. Strategisk leder af Det Kommunale Sundhedsvæsen, Viborg Kommune DL. Uddannet sygeplejerske fra Herning Sygeplejeskole. M9R@viborg.dk



Vibeke Juul Dalengaard. Specialkonsulent i Innovationscenter for Sundhed og Omsorg, Viborg Kommune. Uddannet Cand.scient.pol. fra Aarhus Universitet. vjd@viborg.dk

gelse af IV-behandling fra hospitalet til kommunerne. Opgaveoverdragelsen omfatter IV-behandling med isotoniske væsker samt antibiotika. Det forventes at opgaveoverdragelsen sættes i værk i løbet af efteråret 2011.

For det andet har vi sammen med en udviklingskonsulent fra Sundhed og Omsorgs Innovationscenter set på tal for, hvor udviklingspotentialer for akutteamet er. Ud fra det er vores næste fokusområder palliation, neurologi samt endokrinologi. I den forbindelse er der arrangeret undervisning ved endokrinologisk afd. i august måned for akutteamet.

For det tredje skal det afklares, hvilken uddannelse akutteamets sygeplejersker på sigt skal have. Et ønske er, at der kan bygges videre på den uddannelse, der er for akutsygeplejersker i hospitalsregi, med en kommunal vinkel. Dette kunne evt. laves i samarbejde med øvrige kommuner

som ligeledes opretter akutteam.

For det fjerde planlægges undervisning af sosu-personale i forhold til de nye opgaver, der følger med akutteamets indsats. Det kunne eksempelvis være observation i forbindelse med væskebehandling.

For det femte skal der udarbejdes en standard for, hvordan opgaveoverdragelse fra akutteam til hjemmesygeplejegruppen skal foregå.

For det sjette arbejder vi hele tiden på at bevare og videreudvikle et tæt fagligt samarbejde mellem hospital, praktiserende læge og akutteam/kommunal hjemmepleje, således at sammenhængende borgerforløb understøttes mest optimalt.

Slutteligt skal der udarbejdes en evaluering af akutteamet og dets indsatsområder for at belyse, om vi lever op til det forventede – herunder en vurdering af om indsatsområderne har været de rigtige.

Interprofessionel læring skabt en anden tilgang til patienterne på Glostrup Hospital

Ledelsens tydelige involvering på både det strategiske og det operationelle niveau har medført en holdnings- og kulturændring blandt personalet – med bedre patientforløb som resultat

Af Jette S. Holtzmann, Jette Hovedskov og Dorte Jeppesen

»Der skal være en helhed i tingene, du er et helt menneske, og det hele hænger jo sammen. Man oplever tit det der med, at når man kommer på øjenafdelingen så, selvom de er søde og dygtige og alt muligt, så er man sådan nogle kæmpestore øjne med ben på, der kommer gående ned ad gangen. Og på diabetes, der er man en stor bugspytkirtel med ben under altså, og karkirurgisk, der er du en dunkende gang kar, der kommer gående ned ad gangen. Hvorfor, ja fordi personalet ser det, som de kan. De ser ikke det hele menneske.«

(Martin, patient, 2010)

Sundhedsvæsenet bliver mere og mere specialiseret, indlæggelsestiderne bliver kortere, og patientprofilerne ændrer sig

med et stigende antal af borgere med kroniske sygdomme. Ydermere skaber den teknologiske og medicinske udvikling behov for nye kompetencer og ændrede arbejdsgange, hvilket medfører et øget behov for samarbejde på tværs af sektorerne i sundhedsvæsenet.

Ingen sundhedsprofessionelle besidder alene den samlede viden og kompetencer, der kræves for at behandle patienter og borgere. Vi har brug for at samarbejde, og vi bliver nødt til at tage udgangspunkt i den enkelte patient/borgers levede liv og erfaringer for at opnå det bedste forløb. Martins oplevelser illustrerer også, og ikke mindst, nødvendigheden af at arbejde mere interprofessionelt.

Interprofessionel læring og samarbejde er ikke kun et projekt eller »the flavour of the month«, men en holdning og kultur som er en nødvendighed i dagens sundhedsvæsen.

Interprofessionel læring og samarbejde kan ikke svare på sundhedsvæsenets udfordringer alene, men udgør et vægtigt skridt på vejen. Personalet arbejder allerede professionelt og kompetent. De epokegøren-

de løsninger er ikke i forhold til medarbejderne i sig selv, snarere skal de findes i rummet og relationen imellem dem eller sagt på en anden måde – det handler om at transformere måden de arbejder sammen på og måden de inddrager patienter og borgere på.

Patienter med ressourcer og viden

Nutidens patienter eller borgere og deres eventuelle pårørende er trods alvorlig sygdom ofte meget kompetente. De har ressourcer og viden om deres egen sygdom og vil tit være interesserede i et mere aktivt samarbejde med de sundhedsprofessionelle om deres eget behandlingsforløb.

Tankegangen bag interprofessionel læring og samarbejde kan medvirke til at skabe en helt ny kultur, hvor patienternes perspektiv inddrages som del af det samlede team. Et paradigmeskift frem mod en mere patientorienteret kultur kræver nye roller og samarbejdsformer. Gevinsten er, at det vil skabe øget kvalitet i behandling og pleje samt større patientsikkerhed. Endvidere

Fakta om interprofessionel læring

Interprofessionel læring og samarbejde er ikke nye begreber – de har faktisk eksisteret i over 40 år og har optrådt i diverse sundhedspolitiske dokumenter på den internationale bane fra slutningen af 60-erne. Op igennem 70-, 80- og 90-erne blev der i England, USA og Canada etableret centre for interprofessionel læring på mange universiteter og der blev udbudt kurser for studerende inden for sundhedsuddannelserne. Efter årtusindeskiftet tager udviklingen fart med nationale strategier i Canada og England, og i 2010 udgiver WHO »Framework for Action on Interprofessional Education & Collaboration«. Udviklingen betyder at fokus nu lægges på såvel de uddannelsessøgende som på de sundhedsprofessionelle i både primær og sekundær sektor, samt ikke mindst på en inddragelse af patienter og pårørende.

vil det give en bedre tilfredshed hos såvel medarbejdere som patienter og deres pårørende.

Lær med, af og om hinanden - i samarbejde med patienten

Det kan nemt komme til at lyde som en akademisk diskussion, når man skal redegøre for forskellen og betydningen af, at bruge ordene »inter« og »professionelt«, frem for »multi-, tvær-, -discipliner eller fag«. Skellen er dog vigtig, da det netop er her, at det bliver tydeligt, hvori den ekstra dimension i det interprofessionelle ligger.

»Multi« som forstavelse indikerer, at der er flere eller mange professioner involveret, men siger ikke noget om arbejdsprocessen. »Inter« på den anden side har betydningen imellem, iblandt, gensidig og sammen i sig og indikerer således en type samarbejde. Ordet »trans« eller det danske »tvær« betyder over, hinsides, på den anden side.

Den svenske forsker Ingrid Thyllefors har i en artikel fra 2005 beskrevet roller og opgaver i teams, der enten er multi-inter eller transprofessionelle. I det interprofessionelle er rollerne specialiserede, men alle forventes at interagere og opgaverne er gensidige afhængige af hinandens viden og må koordineres (Thyllefors, 2005).

I det multiprofessionelle team arbejder man derimod parallelt og sekventielt og med et minimum af indbyrdes kommunikation. Man kan også sige det med følgende: I det interprofessionelle samarbejde er produktet mere end summen af enhederne.

Den korte definition på interprofessionel læring og samarbejde er, når to eller flere faggrupper lærer med, af og om hinanden i et interagerende samarbejde med inddragelse af patienten¹.

Målet er at udvikle en sammenhængende praksis mellem professionelle fra forskellige discipliner for på den måde at forbedre og udvikle samarbejdet og patientbehandlingen og -plejen. Samarbejdet bygger på fælles værdier, visioner og mål samt inddragelse af patienternes ressourcer og viden, idet patienter og pårørende betragtes som samarbejdspartnere – en del af det samlede team i både overført og bogstavelig betydning.

Hvad har vi gjort på Glostrup Hospital?

På Glostrup Hospital har vi igennem en årrække haft et strategisk og ledelsesmæssigt fokus på interprofessionel læring og samarbejde (IPLS).

I 2009 startede vi et målrettet samarbejde med Centre of Interprofessional Education, University of Toronto i Cana-

da. Og i slutningen af maj 2009 deltog 17 ledende og uddannelsesansvarlige medarbejdere fra hospitalet i konferencen »Building Bridges Between Interprofessional Education and Practice« i Canada, samt i et to dages studiebesøg på centeret.

Deltagerne var en vicedirektør, en ledende overlæge, en ledende overfysioterapeut, fire uddannelsesansvarlige overlæger, to kliniske oversygeplejersker, tre koordinerende kliniske vejledere, en klinisk underviser i fysioterapi, en udviklingschef, en kvalitetschef og to udviklingskonsulenter. De to udviklingskonsulenter gennemførte efterfølgende en certificeret uddannelse i at facilitere processer inden for interprofessionel læring og samarbejde på University of Toronto.

En del af hospitalets virksomhedsgrundlag

Uddannelsesforløbet er nu tilrettet en dansk kontekst og tre hold er indtil videre blevet afviklet. Der er tale om et modulopbygget forløb med fem uddannelsesdage og opgaver i forhold til egen praksis i mellemperioderne.

På nuværende tidspunkt er der uddannet 84 facilitatorer fra 11 forskellige professioner med deltagelse fra andre hospitaler, kommuner, almen praksis samt professionshøjskoler. Interprofessionel læring og samarbejde er en del af hospitalets virksomhedsgrundlag både i vores vision samt i de fokusområder, der er valgt for 2010 og 2011. Endvidere er interprofessionel læring og samarbejde en del af afdelingernes årlige dialogaftale med direktionen.

Region Hovedstaden har under kronikerprogrammet udviklet et tværsektorielt kompetenceudviklingsforløb – Fælles skolebænk. Interprofessionel læring og samarbejde ind-

går her som tilgang/metode i et forløb for de medarbejdere, der skal arbejde med at implementere forløbsprogrammer fra de tre sektorer: Almen praksis, primær og sekundær sektor.

Projekter og generel kulturændring

Når hospitalets medarbejdere arbejder med interprofessionel læring og samarbejde sker det både gennem konkrete projekter og uddannelse, men også gennem fokus på en generel kulturændring på hospitalet, hvor der i højere grad mere systematisk sættes fokus på det interprofessionelle samarbejde og patientperspektivet som en naturlig del af hverdagen og arbejdet.

Et af initiativerne er et samarbejdsprojekt mellem medicinsk afdeling og operations- og anæstesiologisk afdeling, hvor overgangen for KOL-patienter bliver optimeret ved flytning fra sengeafsnit til intensivafdeling og tilbage. I dette projekt er der fokus på patienternes og de pårørendes forventninger og oplevelser samt de forskellige professioners videndeling gennem behandlermøder på tværs af afdelingerne.

I et andet projekt har de studerende inden for sygeplejerske-, -fysio- og ergoterapeutuddannelserne deltaget i et 2 ugers interprofessionelt forløb. Endvidere afvikles der fire gange for alle studerende fra de mellemlange videregående uddannelser en »IPLS – undervisningsdag« hvor de arbejder med patientinddragelse og samarbejde mellem professionerne.

Glostrup Hospital indgår i et samarbejdsprojekt med Region Nord vedrørende relationel koordinering, som handler om kultur og samarbejde på tværs af professioner, afdelinger, sektorer og ledelseslag.

Endvidere arbejder vi på at



Jette S. Holtzmann. Cand.mag i pædagogik, sygeplejerske, SD i ledelse. 26 års erfaring indenfor klinisk praksis, undervisning, udvikling og ledelse. Har de sidste 10 år arbejdet som udviklingskonsulent på Glostrup Hospital og har gennemført en international certificeret uddannelse i at lede interprofessionelle processer fra University of Toronto.

jesh@glo.regionh.dk



Jette Hovedskov. 10 års erfaring som sygeplejerske med intensiv erfaring og efteruddannelse samt senest arbejdet 12 år som udviklingskonsulent på Glostrup Hospital med organisation, ledelse og klinisk uddannelse. Har en række mastermoduler indenfor læring og en certificeret uddannelse i at lede interprofessionelle processer fra University of Toronto. Delfunktion i Enhed for Uddannelse i Region Hovedstaden.



Dorte Jeppesen. Uddannet cand. phil., 2 årig lederuddannelse fra DISPUK, flere kortere lederuddannelser, kommunal ledererfaring samt erfaring som konsulent i en række landsdækkende organisationer. Har de sidste 10 år arbejdet som udviklingschef på Glostrup Hospital.

skabe synergi og sammenhæng mellem IPLS og hospitalets arbejde med Lean. Man kan sige, at hvor Lean primært har fokus på de administrative processer i relation til patientforløb, har IPLS primært fokus på udvikling af de sundhedsfaglige processer i det kliniske arbejde. Der er således gode forudsætninger og stort behov for at skabe synergi mellem disse to metoder.

På Glostrup Hospital har den tydelige ledelsesinvolvement på både det strategiske og det operationelle niveau medført, at projekter er blevet igangsat og gennemført, lige-

som samarbejdsrelationer, videndeling og patientinddragelse er blevet en naturlig og mere systematisk del af hverdagen.

I oktober 2009 afholdt Glostrup Hospital et interessemøde, hvor mere end 120 personer deltog. På mødet blev de canadiske og danske erfaringer fremlagt. Deltagerne havde mulighed for at tilkendegive deres interesse for at stifte et dansk selskab. Det var der stor tilslutning til, og i marts 2010 blev Dansk Selskab for Interprofessionel Læring og Samarbejde dannet ved en stiftende generalforsamling på Rigshospitalet (www.ipls.dk).

Effekt og evidens

Interprofessionel læring og samarbejde og en øget grad af relationel koordinering kan nedsætte antallet af komplikationer, indlæggelsestider, gnidninger og konflikter mellem sundhedsprofessionelle.

Der er nu omfattende evidensbaserede undersøgelser, der viser en tydelig og uafviselig sammenhæng mellem behandlingskvalitet og indlæggelsestid på den ene side, og velfungerende relationel koordinering på den anden side. Behandlingskvaliteten stiger og indlæggelsestiden falder mærkbart, når den relationelle koordinering fungerer. God relationel koordinering kan altså aflæses direkte på bundlinjen (Gittel, 2009, WHO, 2010).

En anden effekt ved at indføre en tilgang baseret på interprofessionel læring og samarbejde er, at de sundhedsprofessionelle aktører ændrer måden de interagerer med hinanden på. Kulturen på arbejdspladsen og holdningerne i arbejdsstyrken forbedrer dermed de ansattes arbejdsvilkår.

Som en evaluering af facilitatoruddannelsesforløbet viser er »At lære med, af og om hinanden« blevet en »huskesætning«, som opsummerer en øget opmærksomhed på, at møde kollegaer og andre faggrupper anderledes og med større nysgerrighed end tidligere. »Så tænker jeg på: Nu skal

jeg også huske at lytte til, hvad de siger. [...] Det kan jo være, hvis jeg behandler dem mere positivt,

at det smitter af. [...] Det har helt klart en effekt.«

(Glostrup, 2011).

Note

1 Interprofessional education occurs when two or more professions learn about; from and with each other to enable effective collaboration and improve health out-comes.

Collaborative practice in health-care occurs when multiple health workers from different professional back-grounds provide comprehensive services by working with patients, their families, carers and communities to deliver the highest quality of care across settings (WHO, 2010).

Referencer

- Barr, H. et al (2005) Effective Interprofessional Education, Argument, Assumption and Evidence, Blackwell Publishing.
- CAIPE (1997) Interprofessional education – A Definition. London: Centre for the Advancement of Interprofessional Education.
- Gittel JH. High Performance Health Care – Using the Power of Relationships to achieve Quality, Efficiency and Resilience, McGraw Hill, 2009
- Glostrup Hospital, Evalueringsrapport, Interprofessionel læring og samarbejde – et uddannelsesforløb for facilitatorer, 2011 (in press).
- HealthForceOntario, Implementing Interprofessional Care in Ontario, May 2010
- Martin Helle Max, Er der styr på mig? Sammenhængende patientforløb fra patientens perspektiv, Dansk Sundhedsinstitut 2010
- Pedersen, L.: Patientinddragelse – refleksion, læring, innovation og ledelse, Hans Reitzels Forlag, 2011
- Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Mammick M, Koppel I. (2009). Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes (Review). The Cochrane Library, Issue 3.
- Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. (2009) Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review), The Cochrane Library Issue 3.
- WHO Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Care, 2010
- www.cihc.ca
- www.ipls.dk

Brand din virksomhed!

En annonce, virksomhedsprofil eller et indstik i Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen bliver set af beslutningstagere i det danske sundhedsvæsen!

Er du/I interesserede i at blive set, så ring på telefon 70 22 40 88

Hospitalsfusion i Midtjylland

Travlt efterår med 14 fusioner, gennemførelse af gigantisk spareplan, en akkreditering og implementering af Midt-EPJ

Af Lars Dahl Pedersen

Første april 2011 fusionerede Regionshospitalet i Viborg, Silkeborg, Hammel og Skive. Alle fusioner har helt særlige udfordringer. Her er ledelsesudfordringen at forene fire hæderkronede og selvbevidste hospitaler til en ny fælles, beskåret men samtidig slagkraftig hospitalsenhed i Region Midtjyllands sundhedsvæsen. Det er første gang, at to store hospitalsenheder krydser tidligere amtsgrænser med de muligheder og udfordringer, det giver.

Det er et ekstremt komprimeret beslutningsforløb i Region Midtjylland, der omgærdet hospitalsfusionerne og den spareplan, de var en del af.

Knap var blækket i efteråret 2010 tørt på budget 2011, der allerede indeholdt meget betydelige og gennemgribende besparelser, før Regionsrådet bad om endnu en spareplan, der skulle give et yderligere provenu på 500 millioner kroner årligt, med fuld virkning fra 2012. Vel at mærke en spareplan, der skulle fremlægges og reelt besluttes i januar må-

ned 2011. En spareplan uden de sædvanlige detaljerede bindinger på strukturen fra akutplan og hospitalsplan, ud over at der ikke måtte pilles ved, at der fortsat skulle være fem akuthospitaler, akutklinikker og ét Center of Excellence (læs: Regionshospitalet Silkeborg).

Forslagene blev helt bogstaveligt bearbejdet hen over julen 2010. Der var ikke tid til at involvere mange andre i processen end Koncernledelsen, bestående af direktion, afdelingschefer i regionshusene og hospitalsledelser.

I begyndelsen af januar blev forslaget sendt i høring og 31. januar indgik 23 ud af 41 medlemmer af Regionsrådet et forlig med årlige driftsbesparelser på 455 millioner kroner.

1. april 2011 trådte de to hospitalsfunktioner så i kraft. I Århus fusionerede Skejby Sygehus og Århus Sygehus og i midtjylland fusionerede Regionshospitalet i Viborg og Skive med Regionshospitalet i Silkeborg og Hammel Neurocenter.

En kompleks fusion

Som barn af en meget gennemgribende spareplan, er fusionen omgærdet af en række komplicerende elementer. Konkret skal der i Viborg spares og afvikles funktioner for 103,4 millioner kroner og i Silkeborg for 64,4 millioner kroner (gang med tre, så er det et kvalificeret bud på antallet af stillinger).

Viborg mister medicinsk sengekapacitet, flytter onkologi til Herning og Øre-, Næse-, Halsspecialet samles i Holstebro. Viborg skal til gengæld overtage fødsler og gynækologi fra Silkeborg og mammakirurgi fra Holstebro. Ud over fødslerne skal Silkeborg reducere medicinsk sengekapacitet. Til gengæld samles Friklinikerne i Brædstrup, Grenå og Ringkøbing i Silkeborg, ligesom også livsstilscentret i Brædstrup skal flyttes til Silkeborg.

Generelt har regnereglen været, at fusioner lukkes til 75% af DRG og samles til 25% af DRG, hvilket giver 50% til spareplanen. Komplexiteten

Fusionslitteraturens anbefalinger:

- Ledelsen skal kommunikere vision og have en plan
- Ledelsen skal træffe hurtige beslutninger og få overordnede strukturer på plads for at minimere usikkerhed
- Ledelsen skal informere, kommunikere åbent og ærligt og lyttende
- Ledelsen skal medinddrage relevante interessenter

Fra: Digmann og Hughes: *Fusioner i det offentlige*, Børsens Forlag, 2007



Region Midtjylland 2012

understreges også af at der ud over den overordnede fusion på afdelingsniveau er 14 fusioner af funktioner, ledere og medarbejdere på afdelingsniveau. Heraf er kun tre mellem de to tidligere hospitalsenheder: Administrationen samles i Viborg, de to tekniske afdelinger lægges sammen og klinisk biokemi samles under én afdelingsledelse. Resten er interne fusioner og samling af Friklinikker og Livsstilscenter i Silkeborg samt afdelingsfusioner med Hospitalsenheden Vest (Herning og Holstebro)

To nye centre i Silkeborg

Da det politiske forlig blev nærlæst, kunne man også konstatere, at to nye centre på Regionshospitalet i Silkeborg havde set dagens lys. Medicinsk afdeling og Radiologisk afdeling former sammen med Livsstilscentret et nyt Diagnostisk Center, hvor man blandt andet skal udvikle nye former for udredningsforløb for patienter med mistanke om alvorlig sygdom (okkult cancer),

leddegigt, alvorlig hjertesygdom og andre forløb, hvor det forhold at alle ni intern medicinske specialer repræsenteret på speciallægeniveau kan udnyttes.

Center for Planlagt Kirurgi er en fusion mellem ortopædkirurgisk afdeling (med bl.a. landets største hoftesektion og andre tunge elektive funktioner) og anæstesiaafdelingen samt fusionen af Friklinikkerne.

Centerledelsen i de to centre består af tre personer: to ledende overlæger og en oversygeplejerske. Organisatorisk er de på afdelingsledelsesniveau, svarende til den velafprøvede ledelsesmodel med tre personers centerledelse på Hammel Neurocenter, der igennem mange år har vist sin bæredygtighed.

Der er således ikke med den valgte model skudt et ekstra ledelseslag mellem hospitalsledelse og afdelingsledelser ind. Det er aftalt med FAS, at ledelsesmodellen med to ledende overlæger i én ledelse, evalueres efter to år.

Tal og fakta for Viborg, Silkeborg, Hammel, Skive

- Primære kommuner: Viborg, Silkeborg og Skive
- Ansatte: 4.400 – Viborg: 2.500 – Silkeborg: 1.200 – Hammel: 500 – Skive: 200
- Antal senge: 702
- Udskrivninger årligt: 54.000
- Ambulant besøg årligt: 402.000
- Fødsler årligt: 2.800
- Budget: 2,35 mia. kr. (2011)

Fra syv til fem til ? hospitalsenheder

Da Region Midtjylland blev dannet i 2007, var der syv hospitalsenheder med hospitalsfunktioner på 21 matrikler. I 2012 vil der være fem hospitalsenheder med hospitalsfunktioner på 11 matrikler.

Det er svært at spå, men der begynder på mange måder at tegne sig en tre-delt struktur for hospitalsfunktionerne i Region Midtjylland. Funktioner i Randers og Horsens samdrives i stigende omfang med det nyfusionerede Aarhus Universitetshospital.

Funktionerne fra de fire enheder i Vestjylland vil blive samlet i det nybyggede hospi-

tal i Gødstrup. Med den ledelsesmæssige fusion af de fire Regionshospitalet i Midtjylland, er der selvfølgelig risiko for at blive klemt på politisk opmærksomhed, bevillinger og faglig specialisering mellem Øst og Vest.

Store ambitioner både sammen og hver for sig

Men der er også store potentialer i fusionen i Midt'en, som bare venter på at blive udfoldet. Det gælder både den faglige, den organisatoriske og den patientoplevede kvalitet, hvor der også fremadrettet er behov for hospitaler, der tør og kan vise vejen i det danske sundhedsvæsen.

Et sundhedsvæsen der vil blive presset på ressourcer, på tilgængeligheden af sundhedsuddannede, på stigende udrednings- og behandlingsbehov i befolkningen og på en primær sektor, der skal understøttes langt mere kvalificeret og effektivt end det, vi gør nu. Her kan det endda vise sig at være en fordel, at der i den nye hospitalsenhed i Midtjylland skal udvikles og udbygges på funktioner i eksisterende bygningsmæssige rammer, frem for de særlige udfordringer og risici barmarksprojekterne vil møde i de kommende 10 år.

Det er fire stærke og selvbevidste regionshospitalet, der sammen former den nye hospitalsenhed. Men det er også funktioner, der har behov for et tæt samspil på tværs. Hospitalsledelse og administration vil være lokaliseret på den største enhed i Viborg, men skal vide at være både tilgængelig og til stede på alle matrikler.

Med centerdannelsen i Silkeborg er der her og i Hammel lokale centerledelser, der kan sikre, at de lykkes med deres særlige missioner. Hammel Neurocenter skal – sammen med Vestdansk Center for rygmarvsskader i Viborg og neu-



Lars Dahl Pedersen. Hospitalsdirektør, Hospitalsenheden Silkeborg 01.10.2008 – Tidligere afdelingschef, Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland og vicedirektør og planchef, Sundhedsforvaltningen, Viborg Amt. Censor ved Aarhus og Københavns universiteter (Statskundskab og MPH) 1996 – Ph.d., statskundskab, Århus Universitet 1997. Cand.scient.pol., Århus Universitet 1989. ldp@rm.dk

rorehabiliteringsfunktionen i Skive være internationalt fyrtårn indenfor Neurorehabilitering.

Diagnostisk Center i Silkeborg skal tilsvarende vise vejen for et sundhedsvæsen, der bliver stadig mere specialiseret, men også skal kunne rumme de udfordringer, som den stigende forekomst af kroniske sygdomme fører med sig. Det kan kun lykkes i et tæt samspil med afdelinger og funktioner i Viborg.

Endelig skal Center for Planlagt Kirurgi i Silkeborg være effektiv til at sikre korte ventetider på ikke akut udredning og behandling. Igen med base i allerede høstede erfaringer, men i et tæt samspil med funktionerne i Viborg.

Det er naturligvis afgørende, at der også bliver plads til og opmærksomhed omkring udviklingen af de tunge og vigtige funktioner, der fortsat er på Regionshospitalet i Viborg. Med bevillingen på 1,1 mia. kr. fra Statens Kvalitetsfond og behørig medfinansiering fra Region Midtjylland er der penge til at skabe de bygningsmæssige rammer. Det gælder selvfølgelig udviklingen af den fælles akutmodtagelse.

Men der er fortsat en meget betydelig samling af specialiserede udrednings- og behandlingsfunktioner, der skal have plads til at udvikle sig. Også

her er der synergieffekter i samarbejdet på tværs af hospitalsenheden.

Ledelsesmæssige udfordringer

Tiden frem til 1. april har vi i hospitalsledelsen brugt på at få udpeget næste ledelseslag, med udgangspunkt i samtaler med de mange dygtige afdelingsledelser, der indgik i fusionen. Samtidig har vi fået dissekeret spareforslagene, så afdelings- og centerledelser har kunnet få at vide, hvor meget de hver især skulle spare i kroner og levere af aktivitet.

Vi forsøger at leve op til fusionslitteraturens anbefalinger (se faktaboks), men må samtidig erkende, at vi skal etablere vejen, mens vi går på den.

Vi skal have formuleret mission, vision, værdier og strategier for den fusionerede hospitalsenhed. Men samtidig er der ud over de 14 fusioner, gennemførelse af spareplanen, de absolutte krav om budget- og aktivitetsoverholdelse lige en akkreditering, der skal gennemføres, lige en Midt-EPJ, der skal implementeres og en hel masse IT-systemer, der er født i to forskellige amter, administrative rutiner og mødefora, der er noget forskellige, men som vi fra den første dag skulle have sat på skinner.

Derfor venter vi med at sætte turbo på strategiarbejdet til efteråret – forhåbentlig – 2011.

Hospitalsbyggeri – samarbejde på tværs?

Det nye Forum for Sygehusteknik og -arkitektur vil dele viden og erfaring til gavn for fremtidens hospitalsdrift og de nye byggerier

Af Eva Gierding

De største hospitalsprojekter siden 70'erne er skudt i gang med regeringens igangsætning af kvalitetsfundsprojekterne. I løbet af de næste 10-15 år gennemgår mange af landets hospitaler gennemgribende om- og nybygninger, og flere steder bygges helt nye hospitaler. Der vil blive brugt milliarder af kroner og investeret mange menneskelige ressourcer i forbindelse med realiseringen af disse projekter.

Staten har givet tilsagn om medfinansiering af projekterne og forudsat, som en del af tilsagnet, at de enkelte regioner sikrer, at der sker systematisk vidensopsamling og -deling omkring etablering af de nye hospitalsbyggerier. Der skal drages fælles nytte af de erfaringer, der bliver gjort, så de enkelte regioner ikke hver især skal bruge tid og ressourcer på at indhøste de samme erfaringer.

Det giver god mening at bruge andres erfaringer og på den måde være med til at kvalificere de enkelte beslutninger – også set i lyset af at anvende de

økonomiske ressourcer bedst muligt.

Nytteværdien af erfaringsdelingen gælder både på tværs af regionerne og inden for de enkelte regioner. Der er ingen grund til at opfinde den dybe tallerken i hvert projekt!

Nyt tværfagligt forum

Senest er der taget initiativ til at danne et tværfagligt fællesskab for faggrupper og interessenter, der har berøring med og/eller er direkte involveret i planlægning, byggeri og drift af sygehuse (Forum for Sygehusteknik og -arkitektur, FSTA). Foreningens formål er blandt andet at danne et tværfagligt forum på højt niveau for personale, som beskæftiger sig med emner inden for sundhedsområdet så som planlægning og programmering, arkitektur og byggeri, logistik og infrastruktur, teknik, IT og medikoteknik, drift og vedligeholdelse, ledelse og styring, kvalitet og hygiejne samt miljø og energi.

Foreningen ønsker at dele viden og erfaring til gavn for fremtidens hospitalsdrift og de nye byggerier.

Det er endvidere en forudsætning for regeringens tilsagn om medfinansiering, at der opnås en effektiviseringsgevinst på 6-8 % på hospitalernes driftsbudget, som skal være realiseret i år 1 efter ibrugtagning.

De nye fysiske rammer skal muliggøre en mere effektiv opgaveløsning på hospitalerne. Der er ikke nogen facitliste på, hvordan denne effektiviseringsgevinst kan opnås, så udfordringen for hospitalerne de kommende år er, blandt mange andre, at finde løsninger, der kan realisere de måltal som regeringen har opstillet.

Sammenlægning af specialer og ikke-kliniske funktioner

Gennem tiderne har man generelt svinget mellem at centralisere og decentralisere. Hver gang pendulet har svinget, har man set på arbejdsgangene og opnået effektiviseringsgevinster og øget kvalitet i løsningen af opgaven. Et godt eksempel i denne sammenhæng er regionernes beslutning om at samle kliniske specialer på udvalgte hospitaler.

Der har ikke været helt samme fokus på at samle de ikke-kliniske funktioner, selv om argumenterne her kan være de samme, nemlig at samle og højne kvaliteten og tilmed opnå en effektiviseringsgevinst.

Inden for udvalgte områder som f.eks. køkkenområdet har man valgt at se på fælles levering af mad til flere hospitaler. For eksempel producerer Centralkøkkenet på Århus Universitetshospital i Risskov også mad til Skejby Universitetshospital og børne- og ungdomspsykiatrisk Center, Risskov.



Centralkøkkenet på Rigshospitalet producerer ligeledes mad til Frederiksberg og Amager hospitaler samt Psykiatrisk Center København (Rigshospitalet), Amager, Frederiksberg og Hvidovre. Gennem denne centralisering af madproduktionen er der opnået årlige besparelser på mange millioner kroner samtidig med, at man har sparet millioner på at undlade at renovere gamle nedslidte køkkener.

En yderligere fordel er den synergieffekt det giver at samle ekspertisen ét sted og skabe rum for nytænkning. Alt sammen noget, der kan være med til at højne kvaliteten og opfylde de krævede effektiviseringsgevinster.

I Region Hovedstaden har man endvidere valgt at samle alle lagerfunktionerne på ét centralt lager, at fusionere tre apoteker til ét Regions Apotek samt samle hospitalernes steriliseringscentraler. Sammenlægninger, der har betydet årlige

besparelser i millionbeløb, og samtidig har man også her opnået at samle ekspertisen på ét sted.

Analyser sikrer kvalificeret beslutningsgrundlag

Der har været gennemført flere spændende analyseopgaver af de ikke-kliniske funktioner – alle båret af et ønske om at opnå højere kvalitet samt driftsbesparelser. Flere af regionerne har i forbindelse med kvalitetsfundsprojekterne behov for at få analyseret de samme områder. Nødvendige arbejder der skaber grundlag for at beslutningstagerne kan træffe kvalificerede beslutninger.

Som eksempel kan nævnes, at Region Hovedstaden og Region Midtjylland i 2009 begge har afdækket fordele og ulemper ved centralisering af fremtidens steriliseringscentraler. I den forbindelse fik de udarbejdet analyser i deres respektive regioner.

Analyserne er tilsyneladende

gennemført ud fra lidt forskellige præmisser og kommissorier, og der er truffet beslutning på baggrund af forskelligartede forhold herunder geografiske. At konklusionen i de to regioner gik i hver sin retning kan være rigtig nok, da der er forskellige forhold, der begrunder de konkrete anbefalinger.

Det kan være en overvejelse værd at drøfte, om der kan opnås et rationale ved at koordinere disse analysearbejder således, at indstillingerne i de enkelte regioner hviler på samme grundlag, selv om beslutningerne ikke falder ens ud.

Koncepter og konsekvenser

På et tidspunkt i forbindelse med alle hospitalsbyggerierne – helst tidligt i planlægningen – skal der tages stilling til driften og dermed den logistik, der er knyttet til de tværgående leverancesystemer, herunder transport af mad, varer, affald mv. Man skal tage stilling til, hvor-

dan man vil adskille rent og urent, man skal tage stilling til, hvordan man sikrer arbejdsmiljøet, herunder sikrer medarbejderne mod tunge løft og meget meget mere.

Inden for mad/ køkkenområdet skal der f.eks. tages stilling til, hvilket madkoncept hospitalet ønsker fremover (cook chill, a la carte, tilberedning i afsnitskøkkener o.s.v.). Når der er taget stilling til dette, skal det vurderes, hvilke konsekvenser det valgte koncept har i forhold til byggeri, transport, teknik og personaleressourcer.

Hvis der peges på et koncept, der indebærer, at maden skal tilberedes eller færdigtilberedes på afdelingerne, skal der tages højde for hvor mange kvadratmetre, der skal anvendes lokalt. Såfremt man vælger et koncept, hvor maden blot skal opvarmes i afdelingen, er arealbehovet begrænset. Det samme gælder, hvis man vælger at have opvask i afdelingerne frem for i centralkøkkenet. Overvejelser der alle har en væsentlig indflydelse på arealbehovet i de nye byggerier. Derudover skal der naturligvis vurderes mange andre forhold som f.eks. anvendelsen af de personalemæssige ressourcer i de enkelte koncepter.

Koordinering af analysearbejdet

I dag gennemfører brugergrupper på hospitalerne deres egne analyser og beskrivelser af de enkelte madkoncepter, hvorefter brugergruppen peger på hvilket koncept, de ønsker på deres hospital.

Den forudgående beskrivelse/analyse af koncepterne og de bygningsmæssige og driftsmæssige konsekvenser er formentlig identiske, uanset hvilket hospital i landet det drejer sig om. De enkelte hospitaler kan hver især have forskellige lokalt betingede grunde til at pege på netop det koncept, de ønsker – det kan være begrundet i de



Eva Gierding. Bygherrerådgiver hos NIRAS, cand. jur. egi@niras.dk

forskellige principper og prioriteringer eller i de visioner, der gælder for det pågældende hospital.

De samme overvejelser kan gøre sig gældende inden for logistikområdet. Hospitalerne skal vælge nye logistiske løsninger baseret på nye teknologier, der både skal være moderne og energieffektive.

Før de kan træffe de rigtige valg om forsyningssystemer og metoder, skal det afdækkes, hvilke teknologier der findes på markedet eller kan udvikles f.eks. AGV, rørpost, lagerautomater mv. Endvidere skal deres nuværende forsyningssystem afdækkes, for at kunne dokumentere eventuelle driftsbespareser ved indførelse af nye systemer.

En overvejelse kunne være, at man på enten regionalt eller på landsplan gennemfører én analyse inden for hvert enkelt område (mad, transport mv.). Analysen skal naturligvis foretages af eksperterne inden for de konkrete områder på hospitalerne og forankres centralt.

Beslutningsgrundlaget kan sandsynligvis optimeres, når analysen foretages i et kompetent og innovativt miljø forankret i en formel ramme. Samtidig kan det undgås, at de enkelte hospitaler bruger ressourcer på at analysere samme områder.

Analysen kunne munde ud i en konkret vejledning, der beskriver de forskellige modeller og løsninger, der findes inden

for hvert område. Alternativt kunne en vejledning beskrive alle de områder, man skal være opmærksom på og indtænke, når man vælger koncept uden at pege på konkrete løsninger.

Brugergrupperne på hospitalerne kunne på det grundlag efterfølgende tage stilling til, hvilket af koncepterne, de ønsker på deres hospital og kan måske samtidig bedre forklare, hvorfor netop det koncept er fundet mest hensigtsmæssigt.

Tanken er, at det kan give en synergi at samle de gode kræfter, og det kan være med til at sikre en ensartethed i beslutningsgrundlaget. Det enkelte hospital vil stadig have mulighed for at vælge det koncept, der passer dem bedst samt sætte deres præg på udformning. Samtidig kan det være med til at give regionspolitikkerne et mere ensartet og gennemskueligt billede af, hvad der ligger til grund for valget på de enkelte hospitaler.

Der åbnes op for en drøftelse af, om regionerne i større omfang kan koordinere deres analyser på de ikke-kliniske områder. Denne fremgangsmåde kunne være med til at sikre effektive fælles løsninger, ensartet beslutningsgrundlag og dermed større robusthed i beslutningerne.

Koordineringen kan ske i de enkelte regioner eller tværregionalt – afhængig af de ikke-kliniske aktiviteter, der skal træffes beslutning om.

Fra »forandringskaos« til trivsel og arbejdsglæde

Intensiveret lederskab, kompetenceudvikling og kulturarbejde øgede trivsel og reducerede skyhøjt sygefravær på Hjertemedicinsk afsnit, Regionshospitalet Herning

Af Hanne Berg Fog

Sommeren 2009 blev akut kardiologi i Hospitalsenheden Vest samlet i Hjertemedicinsk Sengeafsnit på Regionshospitalet Herning. Det betød, at funktionen udvidede fra 26 til 40 senge, og at der opstod et øget indtag af akutte patienter. Personalegruppen blev samtidig øget med ca. 50 procent og derfor udsat for store forandringer. Der var mange synlige og også usynlige problemer, som gav personalet en dårlig trivsel.

Alene de strukturelle ændringer kunne være nok til at sætte afsnittet under pres, men derudover oplevede personalet også, at der med samlingen pludselig var flere forskellige kulturer, der skulle finde sammen om at løse den fælles opgave. Der viste sig en mangfoldighed af udfordringer mellem både de nye og de gamle ansatte i afsnittet. De var alle indstillet på at gøre det så godt som muligt, men så forskelligt på, hvordan opgaven skulle løses. Mange var stressede, og flere blev sygemeldt. I fe-

bruar 2010 ramte korttidssygefraværet således 6,31 procent.

For at hele afsnittet ikke skulle bukke under i situationen, var det nødvendigt, at problemerne blev angrebet på tre fronter: Ledelse, kulturen og kompetenceudvikling. Derudover blev der udarbejdet og implementeret en trivsels- og stresspolitik, og afsnittet blev tilmeldt Projekt Nærvær i Arbejdet.

Synlig og tilstedeværende ledelse

I en struktur under forandring er det nødvendigt, at der altid er en til stede, som kan udvise lederskab og holde linjen. Derfor blev det prioriteret at udanne og supervisere et støtte-system af nøglepersoner, som nu har fået uddelegeret ledelsesopgaver. Det gør, at der nu altid er mulighed for faglig sparring og afklaring af ledelsesmæssige spørgsmål i hverdagen. Ledelsen skal være synlig, så hvis jeg ikke er til stede, så er der en anden med ledelsesmæssige kompetencer, som kan svare.

De problemer, som opstod i forbindelse med forandringsprocesserne, måtte der også tages direkte hånd om. Der blev foretaget sygefraværssamtaler med de medarbejdere, som var meget væk. Senere – i 2010 – blev der afholdt trivselssamtaler med alle. Spørgsmål som: Hvor-

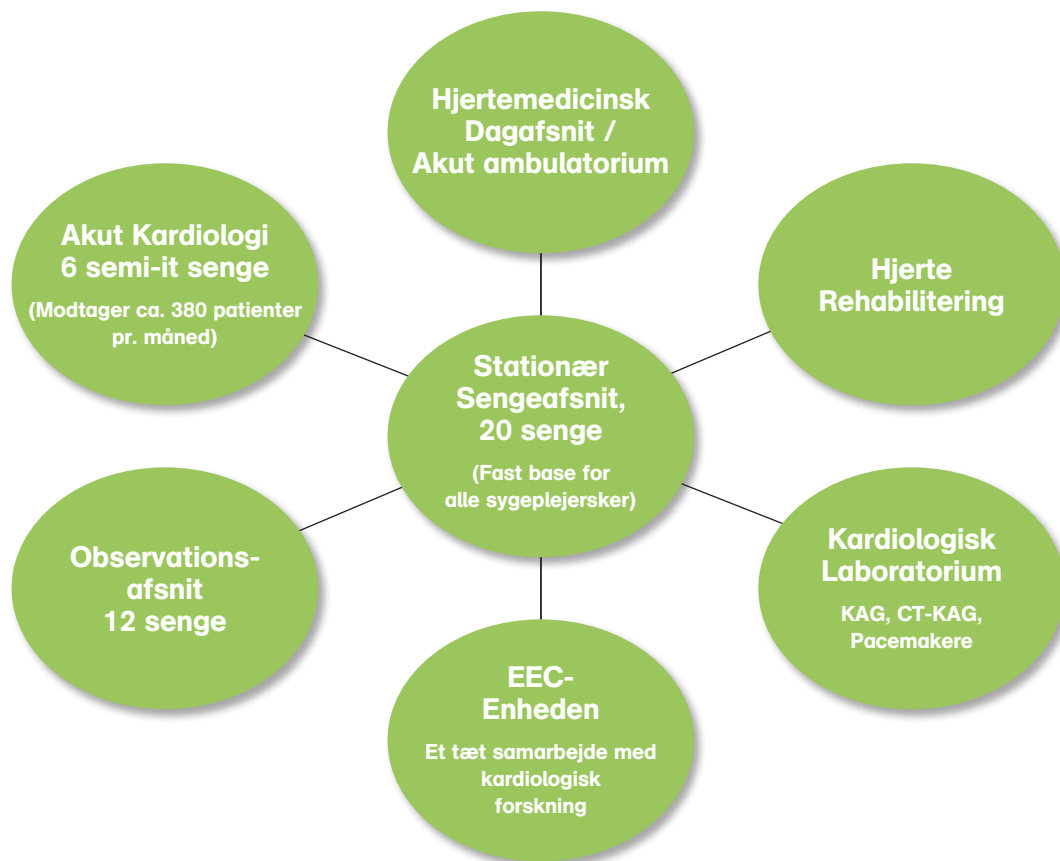
dan bidrager du og hvordan bidrager ledelsen? Hvad ønsker du bliver gjort endnu bedre? Hvad kan du gøre? Hvad vil du gøre? Hvornår og hvordan? Alle fik desuden udleveret deres sygefraværslister – også dem som ikke havde været syge. Det betød, at der også var fokus på det positive. Hvordan passer du på dig selv, så du ikke bliver syg?

Jeg afviklede sygesamtaler med udvalgte medarbejdere og trivselssamtaler med alle. Vi går ind og støtter – og ønsker at se alle som hele mennesker.

I 2009 afviklede vi gruppeudviklingssamtaler der tog afsæt i den enkeltes værdi-hjul og den værdsættende undersøgelse. Tanken bag denne del af processen er, at vi skal lytte efter det, der virker, fordi det, vi fokuserer på, bliver vores virkelighed.

Vi har i afsnittet udarbejdet en tydelig kommunikations- og implementeringsstrategi. Blandt andet bliver afsnittets nyhedsbøger, sendt til alles private mail hver uge, så alle er ajour.

I centrum for hele den indsats står bevidstheden om, at ledelse kun kan fungere, hvis den er synlig og tilstedeværende. Selvom vi har travlt, så spiser vi vores frokost sammen. Også lederne. Jeg skal være tæt på de ansatte og jeg skal praktisere hvad vi prædiker: At der er tid til at holde pause – for det er



Den store bredde i arbejdsopgaverne gør, at afsnittet har en krævende men attraktiv faglig profil. Stor fleksibilitet i placeringen af de ansatte på forskellige funktioner i afsnittet medvirker til succes indenfor rekruttering og fastholdelse, og fungerer som en driver for kompetenceudviklingen på afsnittet.

pauserne, der gør os effektive. At jeg er, der hvor mine medarbejdere er, giver mig også bedre mulighed for at høre og se de ting, som jeg kan give positiv feedback på. Derfor er jeg også rundt og sige godmorgen til alle. At drikke kaffe og spise frokost med personalet er simpelthen noget jeg prioriterer. De gode relationer er ledelsens mest synlige redskab til at opbygge tillid. Tillid, godt samarbejde og retfærdighed fremmer trivsel og arbejdsglæde. Men det slutter ikke på arbejdspladsen. Hvert år skriver jeg julekort med personlig hilsen til alle, jeg har tæt kontakt med sygemeldte, og vi sender blomster ved behov.

Personalehåndbog og Buddy-ordning

Kultur er en væsentlig faktor for en organisations succes. Det er reelt et styringsredskab – jo stærkere kultur, jo større tillid – mindre behov for kontrol og overvågning, mere effektive

medarbejdere. Storytelling – væk med janteloven, dyrk og gør det legalt at fortælle de gode historier.

Vores trivsels- og stresspolitik blev udarbejdet i tæt samarbejde med medarbejderne. Det sikrede både stort ejerskab og hjælp i forhold til implementeringen.

I samme ånd som trivsels- og stresspolitikken blev arbejdet med at formulere en perso-

nalehåndbog lagt i hænderne på de ansatte. Den rummer de personalepolitiske retningslinjer for bl.a. håndtering af sygdom, private mobiler, vagtbelastning samt håndtering af behov for akut frihed. Den fungerer også som en beskrivelse af den enkeltes ansvar, ansvaret for kollegaen og ledelsens ansvar. Retningslinjerne får ekstra gode rammer at fungere i, idet der også er blevet etableret

Personalehåndbogen, som er formuleret af de ansatte er et rammende udtryk for kulturen i Hjertemedicinsk Afsnit, Hospitalsenheden Vest.

- I særlig grad kendetegnes kulturen af faglig stolthed. Vi er stolte af vores arbejdsplads og vores høje faglige kompetencer
- Yder omsorg for og hjælper hinanden
- Udviser åbenhed, ærlighed, respekt og tillid
- At vi er rummelige overfor såvel kollegaer som patienter
- At vi taler til hinanden med ordentlighed og giver konstruktiv feedback
- At vi udviser anerkendelse og accept – såvel faglig som personligt
- At vi arbejder ud fra fælles vision, mål og strategi
- At vi udviser og forpligtiger hinanden på ansvarlighed
- Det er vigtigt, at alle prioriterer at holde pauser – evidens for at man har brug for 5 min. pr. time, og at man er mere effektiv og når mere på en dag, når man afvikler sine pauser.
- Alle har selv ansvar for at sige til og fra

en Buddy-ordning. En Buddy er en personlig støtte til den enkelte, for at fremme den enkeltes sociale netværk i afsnittet, medvirke til at fremme socialiseringsprocessen i Hjertemedicinsk Sengeafsnits kultur samt give en positiv indføring og fastholdelse i det faglige miljø. Alle nye ansatte får en Buddy fra dag ét, og alle ansatte har en.

Intensiv oplæring, uddannelsesmuligheder og læsegrupper

Udover arbejdet med kulturen i afsnittet har vi også arbejdet med at sikre og udvikle fagligheden. Da vi med det nye og udvidede afsnit stod med mange nye medarbejdere, blev det klart, at der var behov for et intensivt oplæringsprogram, så afsnittet altid er faglig kompetent.

Allerede fra dag ét på afsnittet oplever nyansatte nu, at de træder ind på et afsnit, hvor den faglige udvikling er i høj-



Foto: Brian Borg Andersen

Hanne Berg Fog. Afdelingssygeplejerske, Hjertemedicinsk afsnit, Hospitalsenheden Vest
Regionshospitalet Herning.
hannefog@rm.dk

sædet. Der står et team af faglige mentorer klar, og introduktionsforløbet indeholder blandt andet følgedage for personale under oplæring med vores intro- og oplæringssygeplejerske.

Afsnittets hverdag er desuden præget af adgangen til eksterne kursustilbud, temadage, et stort udbud af interne uddannelsesmuligheder / kurser, daglige monofaglige og tværfaglige konferencer med henblik på læring samt briefing i vagtskifte.

Ganske centralt i kompetenceudviklingsstrategien står etableringen af læsegrupper, hvor personalet mødes i fritiden. Nu meldes det ud til ansættelsessamtalerne, at hvis man ønsker ansættelse hos os, så forventes det, at man bruger fritiden på at være aktiv i en læsegruppe, hvor der drøftes sygeplejefaglige problemstillinger. Når det faglige miljø er så veludviklet giver det mening også at holde ugentlige kaizen-tavlemøder, hvor alle gode ideer og udfordringer drøftes.

Endelig er der årlige genoplivningskurser og løbende simulationstræning i afsnittet. Det er meget vigtigt, at vi tager medarbejdernes faglige udvikling alvorligt, for de er vores vigtigste ressource.

Dramatisk fald i sygefravær

Resultater af alle disse delelementer er, at der fra 2009 til 2010 skete en reduktion i det totale sygefravær med 36,5 procent, korttids-sygefraværet faldt med 15,1 procent. I januar 2011 holdt sygefraværet sig helt nede på 2,45 procent – trods meget hektiske dage. Og i maj 2011 blev det opgjort til 1,92 procent!

Det vidner om, at der nu er en høj grad af trivsel og arbejdsglæde. De ansatte oplever retfærdighed og tillid fra ledelsen og besidder et meget høj fagligt niveau. Dagligdagen er præget af rigtig gode relationer, samarbejde samt tillid.

Kompetenceudvikling

Modul 1

Grøn sygeplejerske

- Ny sygeplejerske på 1. del
- Grundlæggende nybegynderniveau

Blå sygeplejerske

- Kompetent sygeplejerske på 2. del
- Avanceret nybegynderniveau

Modul 2

Gul sygeplejerske

- Kompetent intensiv sygeplejerske på 1. del
- Grundlæggende niveau

Rød sygeplejerske

- Kompetent og kyndig sygeplejerske på 2. del
- Intensivt niveau

Alle medarbejdere er inddelt i fire grupper efter deres kompetenceniveau. Det skaber overskuelighed i såvel kompetenceudviklingen som i vagtplanlægningen. Der er altid mindst to sygeplejersker med klassifikationen rød på arbejde, hvilket højner kvaliteten for patienter og skaber tryghed for kollegerne. Pt. har 88 procent af alle sygeplejersker kompetencer svarende til »rød sygeplejerske«.

Videokonference – et godt værktøj til effektivisering

Psykiatrien i Region Midtjylland har gode erfaringer med konsultationer og behandling over video

Af Marianne de Lemos

Psykiatrien i Region Midtjylland har de sidste to år målrettet satset på brugen af videokonference. På administrativt plan og i det kliniske arbejde er videokonference blevet et naturligt arbejdsredskab i hverdagen.

Patienten sidder på Samsø. Hun har en tid til konsultation hos en speciallæge. Men denne gang slipper både hun og familien for at tage den lange tur til Gerontopsykiatrisk Afdeling på Århus Universitetshospital i Risskov. Hun er i stedet mødt op på Samsø Syge- og Sundhedshus.

De skal bare tænde for videokonferenceudstyret, så dukker speciallægen op, og konsultationen kan begynde. Det er virkeligheden i et af de pilotprojekter, der er i gang i Psykiatri og Social, hvor Gerontopsykiatrisk Afdeling afprøver behandling via videokonference.

Formålet med projektet er både at øge kvaliteten i behandlingen og samtidig effektivisere speciallægeressourcerne. I forbindelse med projektet er der blevet etableret et ambulatorium på Samsø Syge- og Sundhedshus hvorfra videosamtalerne kan foregå. Og har patienterne ikke mulighed for at kom-

me til Syge- og Sundhedshuset kan videosamtalerne også foregå i patientens eget hjem.

Det er ikke kun på Samsø, at patienterne bliver behandlet via videokonference. I OPUS Herning – Klinik for unge med skizofreni har man netop gennemført den første hjemmebehandling over video med succes.

I OPUS Herning foregår meget af behandlingen som hjemmebesøg og da klinikken dækker den vestlige del af Region Midtjylland bruger behandlerne rigtig meget tid på landevejene.

Projektet skal derfor afklare om behandling via videokonference kan frigøre noget af den tid behandlerne bruger på transport til andre opgaver.

Også Klinik for Angst- og Tvangslidelser i Silkeborg håber snart på at kunne tilbyde behandling over video til de patienter, der er så invaliderede af deres angst, at de ikke kan forlade hjemmet.

Teletolkning

Et af de områder, der er længst fremme med brugen af videokonference i behandlingen er Klinik for Traumatiserede Flygtninge i Holstebro. Her foregår ca. 90 procent af alle tolkninger via videokonference.

Det har mange fordele at tolken er med via skærm fra sit kontor. Dels er tolken blevet mere anonym, dels giver det en højere intensitet i behandlingen, når det kun er patienten

og behandleren, der er fysisk til stede i rummet. Tidligere kendte tolken og patienten ofte hinanden, og det betød i nogle tilfælde, at patienten ikke havde lyst til at fortælle alt om sine traumatiserede oplevelser. Teletolkningen har også gjort det lettere at skaffe tolke, der taler patientens dialekt. Dertil kommer, at prisen per tolkning er faldet med næsten to tredjedele, fordi tolkene ofte kom langvejs fra.

Etableringsprocessen

Processen med indkøb og installation af videokonferenceløsninger blev skudt i gang i 2008 og i begyndelsen af 2009 var der videokonferenceudstyr i administrationen og på alle de psykiatriske afdelinger i regionen.

Målet var i første omgang at bruge udstyret til administrative møder for at spare tid og udgifter til transport. Indførelsen af videokonference betyder ikke, at der aldrig holdes fysiske møder. Antallet af fysiske møder er blot blevet skåret ned. Øvelsen i at bruge videokonference til administrative møder har modnet medarbejderne til også at se brugen af videokonference i andre sammenhænge, fx til behandling som nævnt tidligere.

Udover hjemmebehandling af patienter anvendes udstyret også til fx visitation. Eksempelvis har Regionspsykiatrien Silkeborg og den psykiatriske ska-

destue i Risskov gode erfaringer med at visitere skadestuepatienter fra Silkeborg via en videokonference, hvor patienten selv er med.

Pilotprojekter på vej

Den målrettede satsning på videokonference har medført et samarbejde med Medcom om en række pilotprojekter. Erfaringer fra disse projekter skal indgå som beslutningsgrundlag for en national satsning på området.

Videokonference er generelt et godt værktøj, når der er behov for at samarbejde over længere afstande. Samtidig er det også et realistisk værktøj til at løse de udfordringer psykiatrien står overfor som manglen på



*Marianne de Lemos. Psykiatri og Social, Region Midtjylland.
marianne.delemos@ps.rm.dk*

speciallæger og krav om øget effektivitet.

Psykiatrien i Region Midtjylland vil også fremadrettet satse på videokonferenceløsninger som arbejdsredskab i det administrative og kliniske arbejde.

Samtidig er det visionen, at videokonferenceløsninger tænkes ind i nye sammenhænge, fx i samarbejdet med de praktiserende læger, kommunerne og de pårørende.

Kvalificeret evaluering og perspektivering af Kaiser Permanente

Aktuel bogudgivelse giver et nuanceret billede af den kendte amerikanske sundhedsorganisation – det hilses meget velkomment

Af Hans Peder Graversen, cheflæge

I løbet af de sidste 10 år har mange ledere, fagfolk og politikere fra Danmark deltaget i studiebesøg i USA, hvor formålet har været at blive informeret om Kaiser Permanente (KP).

KP er en sundhedsorganisation bestående af en sygekasse/forsikringsdel, en udbygget primær sundhedstjeneste og et hospitalssystem. KP har cirka 8 mio. medlemmer, især i Californien, hvor organisationen blev grundlagt for et trekvart århundrede siden.

KP har bl.a. implementeret kronikeromsorg, forløbsprogrammer og fokuserer på forebyggelse, bl.a. af indlæggel-

ser, som i KP betegnes »systemfejl«. Det er karakteristisk, at alle besøgende hos KP bliver imponeret over det, de hører og ser, og ofte udtrykkes ønske om, at vi i Danmark skal indrette os tilsvarende KP.

Den aktuelle bogudgivelse »*Hvad kan det danske sundhedsvæsen lære af Kaiser Permanente?*« hvor Anne Frølich som redaktør og ved hjælp af andre kyndige forskere beskriver KP og analy-

serer organisationens arbejde nærmere, er meget velkommen!

Her er det muligt at læse en kvalificeret evaluering og perspektivering af KP, set med danske systemforskeres øjne. Bogen er sammensat af elementer fra projektet »The Danish Health Care System and Kaiser Permanente, CA, US – A comparative study of performance and organization«, som Rockwool Fonden i 2005 valgte at støtte.

Sammenligning af seks præstationsmål

I bogen gennemgås sammenligning på seks præstationsmål, KP versus Det danske Sundhedsvæsen. De seks temaer er omkostninger, kvalitet af sundhedsydelser, forbrug af senge-dage, antallet af sundhedsprofessionelle og socioøkonomiske og helbredsmæssige karakteristika. Her skal blot fremhæves nogle af forholdene, hvor det er hensigten herved at skærpe lys-ten til selvstudie i bogen!

- 1) KP er væsentligt dyrere per borger/medlem end det danske sundhedsvæsen. Indførelse af integrerede forløbsprogrammer og opnåelse af større patient compliance har forøget omkostningerne, og der påvises ikke afledte besparelser ved bedre og mere komplet behandling.
- 2) Forbruget af sengedage ligger væsentligt lavere i KP end i det danske sundhedsvæsen. Dette er opnået ved en målbevidst opgradering af den primære sundhedstjeneste, hvor en indlæggelse betragtes som noget af en systemfejl/utilsigtet hændelse.
- 3) KP har færre ansatte end det danske sundhedsvæsen. Praksislæger og specialister arbejder side om side i samme organisation, med fælles økonomiske systemer og grundlæggende ens økonomiske og ikke-økonomiske incitamentsstrukturer og ens organisationskultur. KP har

en samlet gennemgående elektronisk patientjournal, der sikrer, at de samme informationer er til stede overalt i organisationen.

- 4) Patienter i KP får betydeligt mere støtte til egenomsorg end patienter i det danske sundhedsvæsen. Der er stort fokus på patienternes rolle i deres egen behandling, og patienterne modtager undervisning i egenomsorg samt en løbende proaktiv indsats. Desuden viser det sig, at praksislæger i KP i højere grad end danske praktiserende læger oplever at være en del af et sammenhængende sundhedsvæsen. KP har således skabt en organisatorisk struktur og en ledelsesmæssig kultur, der understøtter sammenhængende patientforløb.
- 5) KP har en sundhedsfaglig organisering med styring af de enkelte lægers og øvrige sundhedspersoners professionsudøvelse. Sundhedsydelserne er standardiserede, og læger og øvrige sundhedspersoner skal følge anbefalingerne i de kliniske guidelines og forløbsprogrammer. Forudsætningerne i Danmark er som bekendt meget anderledes.
- 6) KP i Californien betjener en befolkning, som i forhold til den danske er lidt rigere og bedre uddannet, men måske også i lidt højere grad lider af kroniske sygdomme.

Betydeligt potentiale for kvalitetsforbedring

Forfatterne anbefaler på fire generelle områder, som anses for at rumme et betydeligt potentiale når det gælder forbedring af kvaliteten af sundhedsydelserne i Danmark:

- Initiativer i det danske sundhedsvæsen, der kan støtte udbygning af praksissektoren med fokus på en forbedret infrastruktur for almen praksis.

- Initiativer, der kan støtte en løbende overvågning af kvaliteten, hvor det tilstræbes at anvende sammenhængende it-systemer i de tre forskellige sundhedsorganisationer (sektorer).
- Initiativer, der fremmer et proaktivt, struktureret og organiseret tilbud af sundhedsfaglige ydelser med flere opsøgende tilbud om forebyggelse, overvågning og behandling af kronisk syge.
- Initiativer, der fremmer støtte til egenomsorg, fra de sundhedsprofessionelles side gennem mere systematisk inddragelse af patientens egne ressourcer.

Det er anmelders opfattelse, at bogen giver et nuanceret billede og ikke blot lander en uforbeholden anbefaling af at kopiere Kaiser Permanente i Danmark. På den anden side skal inspirationen fra KP tages med i overvejelserne, ved udviklingen af det danske sundhedsvæsen.

Bogen bør påvirke både politisk, ledelsesmæssigt og fagligt, og der må forventes iværksat en række danske initiativer. Vi er stadig et stykke væk fra det ønskede, hvor et samarbejdende og integreret sundhedsvæsen med patienten som partner leverer effektive sammenhængende sundhedsydelser.

»Hvad kan det danske sundhedsvæsen lære af Kaiser Permanente?«

En sammenligning mellem den amerikanske forsikringsorganisation Kaiser Permanente og det danske sundhedsvæsen.

Anne Frølich (redaktion),
Finn Diderichsen, Ilana Graetz,
John Hsu, Allan Krasnik, Mary Reed,
Michaela L. Schiøtz,
Martin Strandberg-Larsen og
Jes Søgaard.
Syddansk Universitetsforlag
2011

Dansk Selskab for ledelse i Sundhedsvæsenet

Bestyrelsen

Regionsdirektør

Per Christiansen, formand
Region Nordjylland
E-mail: per.christiansen@rn.dk

Oversygeplejerske, MPM Bente Dam

Medicinsk afdeling
Regionshospitalet Viborg, Skive
Tlf.: 22 13 43 90
E-mail: bente.dam@viborg.rm.dk

Afdelingschef, cheflæge

Hans Peder Graversen
Sundhedsstaben, Region Midtjylland
E-mail: hanspeder.graversen@stab.rm.dk

Kontorchef Ole Filip Hansen

Region Midtjylland
E-mail: o.hansen@stab.rm.dk

Økonomidirektør Peter Mandrup Jensen

Region Hovedstaden
E-mail: peter.mandrup.jensen@regionh.dk

Vicedirektør Per Jørgensen

Glostrup Hospital
E-mail: perjoe02@glo.regionh.dk

Sygehusdirektør Michael Storm Klausen

Sygehus Thy Mors
E-mail: michaelstorm@rn.dk

Hospitalsdirektør Peder Mogensen

Amager Hospital
E-mail: peder.mogensen@amh.regionh.dk

Ledende overlæge

Jens Møller Rasmussen
Odense Universitetshospital
E-mail: jens.moeller.rasmussen@ouh.regionyddanmark.dk

Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen

REDAKTIONSUDVALG

Afdelingschef, cheflæge
Hans Peder Graversen, formand
Sundhedsstaben, Region Midtjylland
Tlf.: 87 28 48 40
E-mail: hanspeder.graversen@stab.rm.dk

Cheflæge Paul D. Bartels

Faglig leder af Regionernes
Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram
Tlf.: 87 28 49 70
E-mail: paul.bartels@stab.rm.dk

Oversygeplejerske, MPM Bente Dam

Medicinsk afdeling
Regionshospitalet Viborg, Skive
Tlf.: 22 13 43 90
E-mail: bente.dam@viborg.rm.dk

Kontorchef Ole Filip Hansen

Region Midtjylland
E-mail: o.hansen@stab.rm.dk

Økonomidirektør Peter Mandrup Jensen

Region Hovedstaden
E-mail: peter.mandrup.jensen@regionh.dk

Vicedirektør Jens-Otto S. Jeppesen

Regional Udvikling, Region Syddanmark
E-mail: jens-otto.s.jeppesen@regionsyddanmark.dk

Projektchef, dr.med. Flemming Knudsen

Region Nordjylland
Tlf.: 40 40 33 83
E-mail: f.knudsen@rn.dk

Afdelingschef Vagn Nielsen

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Tlf.: 72 26 94 91
E-mail: vn@sum.dk

Konsulent John Arne Sørensen

Tlf.: 30 28 46 25
E-mail: johnarnesorensen@gmail.com

REDAKTION

Afdelingschef, cheflæge
Hans Peder Graversen
Sundhedsstaben, Region Midtjylland
Tlf.: 87 28 48 40
E-mail: hanspeder.graversen@stab.rm.dk

Kursus- og uddannelsesudvalget

Vicedirektør Per Jørgensen, formand

Glostrup Hospital
E-mail: perjoe02@glo.regionh.dk

Kontorchef Annette Bang

Region Midtjylland
E-mail: annette.b.andersen@ps.rm.dk

Sygehusdirektør Michael Storm Klausen

Sygehus Thy Mors
E-mail: michaelstorm@rn.dk

Hospitalsdirektør Peder Mogensen

Amager Hospital
E-mail: peder.mogensen@amh.regionh.dk

Ledende overlæge

Jens Møller Rasmussen
Odense Universitetshospital
E-mail: jens.moeller.rasmussen@ouh.regionyddanmark.dk

Markedschef, Sundhed EBA

Helle Susanne Olsen
Niras
hso@niras.dk

Sekretariat

Sekretariatsleder Tove Krarup

Tlf. 24 66 48 90
E-mail: tovekrarup@mail.dk

KASSERER

Civiløkonom Holger Skott
Tlf. 97 18 20 56
Mobil 22 16 25 69
E-mail: fam.skott@mail.dk