

Sundhedssamarbejdsudvalget

MØDETIDSPUNKT

01-03-2024 10:00

MØDESTED

Mødelokale på regionsgården

MEDLEMMER

Lars Gaardhøj
Benedikte Kiær
Susanne Due Kristensen
Karsten Längerich
Sisse Marie Berendt Welling
Kirsten Jensen
Merete Amdisen
Trine Græse
Annie Hagel
Karin Friis Bach
Christoffer Buster Reinhardt
Jacob Trøst
Jørgen Steen Andersen
Peder Reistad
Grethe Olivia Nielsson
Randi Mondorf

INDHOLDSLISTE

1. Godkendelse af dagsorden
2. Temadrøftelse om samarbejde og gode overgange
3. Drøftelse: Ændringer i forbeholdt virksomhedsområde for sygeplejersker
4. Danskernes Sundhed - en midtvejssundhedsprofil
5. Orientering: Integrerede dobbeltdiagnosetilbud og de særlige pladser i psykiatrien
6. Meddelelser
7. Eventuelt

1. GODKENDELSE AF DAGSORDEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

INDSTILLING

Det indstilles:

at Sundhedssamarbejdsudvalget godkender den foreliggende dagsorden som grundlag for mødets afvikling.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING

-

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

-

JOURNALNUMMER

24012314

2. TEMADRØFTELSE OM SAMARBEJDE OG GODE OVERGANGE

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

På de seneste møder har Sundhedssamarbejdsudvalget (SSU) drøftet sager om samarbejde og koordination i forbindelse med indlæggelser og udskrivelser.

I forbindelse hermed har udvalget besluttet, at der som en del af videreførelsen af drøftelsen på mødet den 1. marts ønskes oplæg om:

- Det tværsektorielle projekt Kom Trygt Hjem, som flere steder i landet har gode erfaringer med
- Projekt fra Sundhedsklynge Lillebælt om at forebygge indlæggelser, fx via delegation fra almen praksis til kommuner.

Fokus på styrket samarbejdet om indlæggelser og udskrivelser, herunder at forebygge ind- og genindlæggelser, for at skabe bedre forløb for borgerne er i tråd med Sundhedsaftalens visioner og fokusområdet Ældre og borgere med kronisk sygdom.

INDSTILLING

Det indstilles:

at Sundhedssamarbejdsudvalget drøfter, hvordan erfaringerne fra de præsenterede projekter kan bruges til at understøtte styrkede borgerforløb og understøtte samarbejdet på tværs af sektorerne.

at Sundhedssamarbejdsudvalget godkender, at der udarbejdes et forslag til implementeringsmodel for Kom trygt hjem, herunder beskrivelse af ressourceforbrug/-forpligtelse, med henblik på senere forelæggelse for henholdsvis Sundhedssamarbejdsudvalget og Kommunekontaktrådet.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING

Kort om projekt ”Kom Trygt Hjem” og indsatser for borgere med hoftebrud

Indsatsen skal skabe tryghed og en bedre hjemkomst for ældre mennesker, der sendes hjem efter at være behandlet på sygehuset for hoftebrud. Det indebærer en fælles standard for opfølgning, som stiller krav til ændrede arbejdsgange og forandringer i både kommuner og på sygehus. Det vurderes, at det netop er den gensidige forpligtelse og de systematiske indsatser i både kommune og på sygehus, som er centrale for den tidlige opsporing og forebyggelse. Det gælder fx ift.:

- Sygehuset beholder behandlingsansvaret i 14 dage, hvor der tilbydes rådgivning og sparring til
- Akutsygeplejen i kommunerne sørger i de første seks dage efter udskrivelsen for en systematisk og klart defineret daglig opfølgningsindsats i et dag-til-dag program samt opfølgning dag 14, herunder måling af vitale værdier, smertevurdering og mobilisering.

- Opfølgningen varetages af personale på plejehjemmet, som kan kontakte kommunens akutsygeplejerske ved afvisninger mellem kl. 7.30-23.
- Kommunens akutsygeplejersker aflægger planlagte besøg hos patienten dag 3, 6 og 14 efter udskrivelsen med en systematisk vurdering samt akutte besøg ved behov.
- Akutsygeplejersken har rammeordination til at tage blodprøver og give IV-behandling. Akutsygeplejersken kan kontakte udskrivende afdeling for sparring.

Evaluerings af projektet viser, at andelen af patienter med hoftenært lårbensbrud, som genindlægges inden for 30 dage, reduceres fra 30 % til 14 %, og 30 dages-dødeligheden reduceres fra 13 % til 6 %.

Samtidig ses en positiv effekt på livskvalitet. Til orientering er vedlagt evaluering/projektbeskrivelse (bilag 1).

På mødet vil der være en virtuel præsentation af erfaringerne fra projektet fra chefsygeplejerske Heidi Greisen, Sygehus Lillebælt, leder af sygeplejen Anette Bach Mogensen, Fredericia Kommune samt akutsygeplejerske Kamilla Høll Christiansen, Fredericia Kommune.

Det bemærkes, at Bispebjerg og Frederiksberg Hospital også har gode erfaringer med en systematisk indsat ved hoftenære brud. Blandt andet med et udkørende team af sygeplejersker, der besøger patienter med hoftenære lårbensbrud to til tre gange inden for 14 dage efter udskrivelse. Teamet samarbejder med kommunens personale. Her er det også opnået at mindske genindlæggelser og dødelighed.

Vedrørende udbredelse af Kom trygt hjem

Til orientering arbejdes der med ”Kom trygt hjem” på tværs af landet. Danske Regioner (DR) har besluttet, at regionerne skal arbejde for at udbrede erfaringerne fra Kom trygt hjem, der kan nedbringe genindlæggelser og dødelighed, hvilket KL har udtrykt opbakning til.

Tværasektoriel strategisk styregruppe drøftede den 26. januar på den baggrund, om der med fordel kan ske en koordineret implementering af erfaringerne fra Kom trygt hjem. Der var enighed om, at det vil give mening at arbejde med en fælles understøttelse og koordinering af implementering af erfaringerne fra Kom trygt hjem frem for, at de enkelte sundhedsklynger skal løfte opgaven alene. Dog skal der tages hensyn til, at Bispebjerg Frederiksberg Hospital allerede har en lokal model.

Der blev dog efterlyst mere information om projektets formål, de kommunale opgaver, herunder særligt tids- og ressourcetrækket, som grundlag for at træffe beslutning om udbredelse i kommunerne.

Der foreligger pt. ikke systematiske opgørelser af ressourceforbruget på tværs af almen praksis og hospitaler, men der er ved at blive udarbejdet en Ph.d.-afhandling om projektet, som forsvares sommeren 2024. Oplægsholderne på dagens møde i SSU forventes at komme ind på ressourceforbruget.

I Region Syddanmark har de øvrige sundhedsklynger startet projekter, der skal udbrede erfaringerne fra Kom trygt hjem. Der er planlagt en evaluering af projekterne i Syddanmark, hvor der er fokus på tids- og ressourcetrækket på tværs af kommuner, almen praksis og hospitaler. Sundhedsaftalesekretariatet vil følge Ph.d.-afhandling og evaluering og de kan forelægges TSS og SSU, hvis det skønnes relevant.

Der vil også blive arbejdet med udbredelse af erfaringerne fra Kom Trygt Hjem i det nationale kvalitetsprogram på baggrund af beslutning i den nationale styregruppe (hvor DR og KL har

formandskab) for Lærings- og Kvalitetsteams (LKT). Der er lagt op til, at alle sundhedsklynger deltager med hospital og en til to kommuner. Beslutning om deltagelse skal træffes i sundhedsklyngerne. Det vurderes, at der godt kan arbejdes lokalt med LKT parallelt med en fælles understøttelse af implementeringen af Kom trygt hjem.

Kort om projektet fra sundhedsklynge Lillebælt

Projektet har til formål overordnet at forebygge indlæggelser via et tværsektorielt samarbejde mellem Sygehus Lillebælt, almen praksis og Akutsygeplejen i Middelfart kommune gennem optimering af de præhospitale, akutte vurderinger inklusive start af relevant behandling i primærsektoren. Projektet er formelt igangsat i efteråret 2023, men modellen har været afprøvet siden november 2022.

Projektet har desuden til formål at:

- give bedre behandlingsforløb for de borgere i Middelfart Kommune, der kan undgå en indlæggelse
- øge kvaliteten og hastigheden af den præhospitale vurdering af den akutte patient
- opspore sygdom før og begynde behandling tidligere.

Det søges opnået via fire indsatser, hvor snitflader, tilgang og ansvar er beskrevet:

- Akutsygeplejen i Middelfart Kommune tilføres udstyr, som gør det muligt på få minutter at give svar på infektionstal, blodprocent, blodsukker og væsketal. Hermed kan de hurtigt vurdere, hvorvidt patienten har en infektion, blodmangel eller er dehydreret.
- Rammedelegationer til akutsygeplejen, så akutsygeplejen kan tage blodprøver, når de efter klinisk vurdering finder grund til dette. Almen praksis kontaktes derfor ift. patienter, hvor det vurderes relevant. Almen praksis kan også bede akutsygeplejen om at foretage et akut besøg hos en borger.
- Hvis akutsygeplejen skal i kontakt med almen praksis uden for åbningstid, kontakter de fælles akutmodtagelse i Kolding (FAM) for om muligt at forebygge indlæggelser
- Klare arbejdsgange for behandling med IV til væske og antibiotika, så dette kan iværksættes hurtigt.

På mødet vil projektet og de foreløbige erfaringer blive præsenteret af Marianne Britt Larsen, områdeleder for den kommunale sygepleje og akutsygeplejen i Middelfart Kommune, og Jonas Strunge, praktiserende læge i Middelfart kommune og projektansvarlig.

Til orientering er desuden vedlagt projektbeskrivelsen for projektet (bilag 2).

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

TSS foreslår i forhold til Kom trygt hjem, at der iværksættes en proces i KKR Hovedstaden med henblik på at sikre opbakning fra kommunerne samt en proces, der skal skitsere, hvordan der med inspiration fra arbejdet med 72 timers behandlingsansvar kan arbejdes med en koordineret og centralt understøttet implementering, hvor der også er plads til lokale tilpasninger, og hvor der evt. arbejdes med prøvehandling eller faser.

Såfremt SSU ønsker, at der skal iværksættes konkrete initiativer i forhold til erfaringerne fra projektet fra sundhedsklynge Lillebælt om delegation, vil sekretariatet vende tilbage med forslag hertil på et

kommende møde.

JOURNALNUMMER

24012314

BILAGSFORTEGNELSE

- 📎 1. Projektbeskrivelse fra projekt i Sundhedsklynge Lillebælt
- 📎 2. Kom Trygt hjem Projektet Resultater 2018-2020. Ortopædkirurgisk Afdeling Kolding Sygehus

3. DRØFTELSE: ÆNDRINGER I FORBEHOLDT VIRKSOMHEDSOMRÅDE FOR SYGEPLEJERSKER

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

I januar 2024 trådte den nye lovgivning om et forbeholdt virksomhedsområde til sygeplejersker i kraft. De nye lovgivningsrammer giver anledning til en drøftelse af muligheder og problemstillinger, herunder behovet for en tværsektoriel rammeaftale, der kan sikre grundlaget for fremtidige samarbejdsaftaler om flytning af sundhedsopgaver til gavn for borgerne.

INDSTILLING

Det indstilles:

at Sundhedssamarbejdsudvalget drøfter problemstillinger og muligheder i forbindelse med den nye lovgivning om forbeholdt virksomhedsområde.

at Sundhedssamarbejdsudvalget godkender, at der nedsættes en arbejdsgruppe med repræsentanter for region, PLO og kommuner, som med udgangspunkt i Sundhedssamarbejdsudvalgets drøftelse udarbejder forslag til en rammeaftale for opgaveflytninger på tværs af sektorerne.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING

Den 1. januar 2024 trådte en ny lov om et forbeholdt virksomhedsområde til sygeplejersker i kraft. Formålet med den nye lov er at muliggøre en mere fleksibel varetagelse af sundhedsopgaver, der allerede i dag varetages i hhv. regionalt eller kommunalt regi. Med loven skabes adgang til, at:

- Sygeplejersker i kraft af deres autorisation får adgang til selvstændigt at løse en række opgaver, der i dag er forbeholdt læger, og som sygeplejersker derfor kun kan varetage som lægens medhjælp (blodprøver, visse vacciner og lægemidler, syning af overfladiske hudsår uden for ansigtet og anlæg af visse katetre, kanyler og sonder).
- Visse specialsygeplejersker (bl.a. sundhedsplejersker) tillægges et forbeholdt virksomhedsområde udover dét, som tillægges sygeplejersker ved selve autorisationen.
- Sygeplejersker kan rekvirere visse typer af lægemidler fra apotek til behandlingsstedet, opbevare lægemidlerne i et medicinskab/-taske og udlevere disse lægemidler til patienten.

Hensigten med lovændringen er, at borgerne sikres den bedst mulige service og kvalitet, herunder at borgerne vil opleve hurtig handling på deres sundhedsmæssige problemstillinger. Fx vil en borger med tegn på infektion opleve, at den kommune akutsygeplejerske vil kunne tage en række prøver uden at skulle i dialog med patientens læge først, eller få anlagt et nyt kateter igennem urinrør uden forsinkelse,

hvis fx kateteret er tilstoppet. Hensigten er endvidere, at de samlede ressourcer på tværs af sektorerne bruges bedst muligt. Loven har således ikke til hensigt at ændre ved den nuværende opgavefordeling mellem henholdsvis det kommunale og regionale sundhedsvæsen og praksissektoren, men vil muliggøre en mere hensigtsmæssig arbejdstilrettelæggelse på tværs af sektorerne, hvor såvel regionale som kommunale sygeplejersker inden for ovennævnte områder ikke er afhængige af at afvente en læges stillingtagen til eller godkendelse af behandlingsinitiativer.

De nye muligheder giver dog også anledning til at drøfte, hvorvidt en række opgaver fremover bør løses på en anden måde og i en anden sektor end i dag, fx ud fra et hensyn til, at ældre syge borgere skal opholde sig der, hvor deres behov varetages bedst (jf. Sundhedsaftalen). Desuden hvilke samarbejdsaftaler der skal være på plads i den forbindelse, fx behandlingsansvar og økonomi.

Det foreslås derfor, at Sundhedssamarbejdsudvalget nedsætter en arbejdsgruppe med repræsentanter fra region, PLO og kommuner, der udarbejder forslag til en overordnet tilgang til og rammeaftale for opgaveflytning inden for det forbeholdte virksomhedsområde. Rammeaftalen skal danne afsæt for mere konkrete aftaler, når der opstår ønske om flytning af konkrete sundhedsopgaver på tværs af sektorerne inden for det forbeholdte virksomhedsområde.

Status for afklaringerne om det forbeholdte virksomhedsområde

Der udestår fortsat en række afklaringer, vejledninger og bekendtgørelser for brugen af det forbeholdte virksomhedsområde. Fx skal Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS) i 2024 udmønte lovens bemyndigelsesbestemmelser ved bekendtgørelse og vejledning, konkret gennem:

- Afgrænsning af hvilke former for lægemidler og vacciner, der omfattes af et forbeholdt virksomhedsområde for sygeplejersker. Denne del af det forbeholdte virksomhedsområde må derfor først tages i brug, når afgrænsning foreligger.
- Rammer for dialog mellem sygeplejersker og læger om indsatser, der iværksættes af sygeplejersker og evt. skal følges op på af en læge.
- Afgrænsning af et udvidet forbeholdt virksomhedsområde til visse specialsygeplejerske, konkret sundhedsplejersker, anæstesisygeplejersker og intensivsygeplejersker.

Lægemiddelstyrelsen fastsætter herudover nærmere regler for rekvirering og håndtering af lægemidler i kommunerne. Desuden vil der være behov for tilpasninger i rammerne for at opdatere og bruge det Fælles Medicinkort (FMK).

Når disse forhold er afklaret i løbet af 2024, vil parterne over tid med afsæt i en rammeaftale kunne drøfte og beslutte, om der er opgaver, som med fordel kan overgå til varetagelse i en anden sektor end i dag.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Arbejdsgruppen udarbejder udkast til en rammeaftale, som forelægges Sundhedssamarbejdsudvalget til drøftelse på et kommende møde, ligesom status for arbejdet også drøftes på mødet i Sundhedssamarbejdsudvalget den 17. maj 2024.

Den endelige rammeaftale vil skulle godkendes i Sundhedssamarbejdsudvalget samt i regionen og i kommunalbestyrelserne.

JOURNALNUMMER

24012314

4. DANSKERNES SUNDHED - EN MIDTVEJSSUNDHEDSPROFIL

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Da den sidste sundhedsprofilundersøgelse fra 2021 blev gennemført i en periode med covid-19 restriktioner, er der undtagelsesvist gennemført en mindre midtvejssundhedsprofil.

INDSTILLING

Det indstilles:

at Sundhedssamarbejdsudvalget tager orienteringen til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING

Hvert fjerde år udarbejder Region Hovedstaden og de øvrige regioner en regional sundhedsprofil baseret på en spørgeskemaundersøgelse blandt borgere på 16 år og ældre om sundhed, sygelighed og trivsel. Dette sker i tæt samarbejde med kommunerne, da sundhedsprofilen er en central del af regionens rådgivningsforpligtelse over for kommunerne på forebyggelsesområdet.

Sundhedsprofilundersøgelsen er koordineret mellem regionerne, Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed, og der indgår en række fælles spørgsmål i spørgeskemaundersøgelsen, hvilket danner grundlag for, at der ligeledes hvert fjerde år udarbejdes en national sundhedsprofil "Danskernes Sundhed".

Den nationale og de regionale sundhedsprofiler udkom sidst i 2022 og var baseret på et spørgeskema besvaret af borgerne i starten af 2021, dvs. i en periode præget af covid-19 restriktioner. Der har derfor været bekymring for, at resultaterne, fx om mental sundhed, var påvirkede af covid-19 situationen. Der er derfor ekstraordinært gennemført en mindre midtvejsopfølgning af sundhedsprofilundersøgelsen i starten af 2023, og resultaterne offentliggøres den 6. februar 2024 i form af rapporten "Danskernes Sundhed 2023". Denne undersøgelse er gennemført af Statens Institut for Folkesundhed for Sundhedsstyrelsen på baggrund af en bevilling fra TrygFonden. Væsentligt at bemærke om undersøgelsen er:

- Spørgeskemaet har været sendt til langt færre borgere end normalt. I alt indgår besvarelse fra 3.109 borgere i Region Hovedstaden sammenlignet med 56.2245 borgere i sundhedsprofilundersøgelsen fra 2021.
- Der udarbejdes ikke regionale sundhedsprofiler, men de overordnede resultater er præsenteret på regionsniveau, dvs. regionerne kan sammenlignes med hinanden.
- Der er ingen opgørelser på kommuneniveau. Dette er grundet datastørrelsen ikke muligt.

Hovedfund

Overordnet bekræfter ”Danskernes Sundhed 2023” de udviklingstendenser, som sås i sundhedsprofilerne fra 2021. Eksempelvis ses et fortsat fald i andelen, der ryger tobak, og en fortsat stigning i andelen, der scorer lavt på den mentale helbredsskala. Blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år havde 35 pct. i 2023 en lav score på skalaen for mentalt helbred og 53 pct. en høj score på stressskalaen. Forekomsten af tegn på ensomhed er derimod faldet lidt fra 2021 til 2023, hvilket måske kan skyldes, at covid-19 restriktionerne betød, at flere udviste tegn på ensomhed. Andelen af personer med overvægt er fortsat stigende, og i 2023 var 53 pct. af borgerne moderat eller svært overvægtige. Herudover ses også, at en fortsat voksende andel af befolkningen lever med en eller flere langvarige sygdomme.

Regionale forskelle

På de fleste parametre er borgerne i Region Hovedstaden bedre stillet end borgerne i de fleste andre regioner, hvilket fx ses i forhold til rygning, overvægt og forekomst af langvarig sygdom. I forhold til alkohol er det dog omvendt, idet flere borgere fra Region Hovedstaden har et højt alkoholindtag sammenlignet med borgerne i de øvrige regioner. På flere andre parametre er der ikke markante forskelle mellem regionerne.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

JOURNALNUMMER

24007747 / 24012314

5. ORIENTERING: INTEGREREDE DOBBELTDIAGNOSETILBUD OG DE SÆRLIGE PLADSER I PSYKIATRIEN

BAGGRUND FOR SAGENS FREMLÆGGELSE

Med denne sag orienteres om det igangværende arbejdet i forhold til et integrerede dobbeltdiagnosetilbud og de særlige pladser i psykiatrien.

INDSTILLING

Det indstilles:

at Sundhedssamarbejdsudvalget tager orienteringen til efterretning.

POLITISK BEHANDLING

Udvalgets beslutning:

SAGSFREMSTILLING

Integreret dobbeltdiagnosetilbud

Regeringen, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening har med økonomiaftalerne for 2024 indgået aftale om, at regionerne fra september 2024 og frem til og med 2027 trinvist skal indfase et integreret dobbeltdiagnosetilbud. Den trinvise indfasning betyder, at regionerne begynder at overtage borgere fra kommunernes rusmiddelbehandling fra juli 2025.

Tilbuddet skal sikre et sammenhængende behandlingstilbud og dermed imødekomme de udfordringer som mange mennesker med psykisk sygdom og en samtidig rusproblematik har oplevet som følge af, at behandlingsansvaret har været delt mellem to sektorer.

De særlige pladser

I aftalen om regionernes økonomi for 2024 er besluttet, at de særlige pladser i psykiatrien fra 1. juli 2024 omlægges til "...et længerevarende tilbud forankret i den regionale psykiatri målrettet samme målgruppe." Omlægningen af de særlige pladser træder i kraft den 1. juli 2024.

Region Hovedstadens Psykiatri vil ikke umiddelbart kunne fastholde driften af de særlige pladser i Frederikssund, når pladstallet, som følge af økonomiaftalen mellem Regeringen og Danske Regioner, reduceres fra 42 til 28 pr. 1. juli 2024. Region Hovedstadens Psykiatri oplever det allerede tiltagende vanskeligt at opretholde driften af de nuværende 42 senge på grund af personalemangel. Der er derfor en proces i gang, hvor der bliver set på den fremtidige tilrettelæggelse af pladserne. Endvidere kan det blive nødvendigt at gennemføre nogle ændringer i forhold til kapacitet og organisering af de

særlige pladser i tiden frem til, at reduktionen af pladstallet træder i kraft. I givet fald vil der også ske ændringer med hensyn til tomgangsbetaling.

Der er som bilag vedlagt et notat med flere oplysninger om det igangværende arbejde i forhold til de særlige pladser i psykiatrien og et integreret dobbeltdiagnosetilbud.

TIDSPLAN OG VIDERE PROCES

Tværsektoriel strategisk styregruppe og de tværsektorielle driftsfora for psykiatrien vil løbende blive holdt orienteret om arbejdet med det integrerede dobbeltdiagnosetilbud og om arbejdet med de særlige pladser.

Sundhedssamarbejdsudvalget vil ligeledes blive holdt orienteret.

JOURNALNUMMER

24012314

BILAGSFORTEGNELSE

📎 1. Bilag 1 - Orientering om de særlige pladser i psykiatrien og integrerede dobbeltdiagnosetilbud

6. MEDDELELSER

-

JOURNALNUMMER

-

7. EVENTUELT

EVENTUELT

-



Projektbeskrivelse og Rammedelegation

Tværsektorielt samarbejde mellem Sygehus Lillebælt,
almen praksis og akutsygeplejen Middelfart kommune



1. Formål og baggrund

1.1 Baggrund

I Region Syddanmark og de 22 kommuner er det en fælles målsætning at reducere antallet af forebyggelige indlæggelser af ældre patienter (Sundhedsaftalen 2019-2023).

En indlæggelse af ældre, skrøbelige patienter kan medføre at tab af funktioner bliver permanente, og at risikoen for at dø inden for det næste halve år øges. Ældre patienter med flere kroniske sygdomme er i risiko for flere komplikationer ved indlæggelse, ligesom risikoen for genindlæggelser er op mod 15 % i den første måned efter udskrivelse (www.sundhed.dk).

Foruden ovenstående overordnede baggrunds faktorer er der omstændigheder, som kan problematisere processen omkring den akutte patient i samarbejdet mellem almen praksis, sygehus og kommune, for eksempel:

- sjældent muligt med svar på blodprøver samme dag
- stor forskel på om praksis prioriterer/har tid til hjemmebesøg i efterspurgt omfang
- stor forskel på de diagnostiske muligheder på tværs af almen praksis

Ud fra en betragtning om, at vi ikke kan blive ved med at gøre, som vi plejer (pga. den demografiske udvikling, antal borgere med kronisk sygdom og antal sengepladser), og for at sikre, at det nære sammenhængende sundhedsvæsen faktisk hænger sammen, er alle parter nødt til at tænke nyt og afprøve nye arbejdsgange, der både er smidige for de sundhedsprofessionelle, og som kommer borgerne til gode. En fælles indsats for hurtigere vurderinger i hjemmet vil bidrage til mere lighed i sundhed, idet diagnostikken fra akutsygeplejen både vil være med til at give hurtig og adækvat behandling, ligesom tilgangen til tilbuddet ikke afhænger af borgerens eller de pårørendes egne ressourcer.

Nærværende projekt lever op til dette, ved for eksempel at forholde sig til følgende:

- er "akut syg" det samme som at behandlingen skal foregå på sygehuset?
- indlægges borgere via almen praksis, som kunne have været håndteret i primærsektoren med bedre initial diagnostik samt mulighed for udvidede behandlingsmuligheder?
- skal IV-behandling altid opstartes på sygehuset?

1.2 Formål

Med baggrund i ovenstående problemstillinger har nærværende projekt til formål overordnet at forebygge indlæggelser via et tværsektorielt samarbejde mellem Sygehus Lillebælt, almen praksis og Akutsygeplejen i Middelfart kommune gennem optimering af de præhospitale, akutte vurderinger inklusive opstart af relevant behandling i primærsektoren.

Projektet har desuden til formål at:

- give bedre behandlingsforløb for de borgere i Middelfart kommune, der kan undgå en indlæggelse
- øge kvaliteten og hastigheden af den præhospitale vurdering af den akutte patient
- opspore sygdom før og begynde behandling tidligere



2. Indhold

Projektet består af fire trin:

Titel	Indsats
1. Point Of Care Testing (POCT)	Akutsygeplejen i Middelfart tilføres POCT udstyr, som gør det muligt på få minutter at give svar på infektionstal, blodprocent, blodsukker og væsketal. Dette gør det muligt hurtigt at vurdere, hvorvidt patienten har en infektion, blodmangel eller er dehydreret.
2. Rammedelegation	Der er udarbejdet rammedelegationer til akutsygeplejen, så akutsygeplejen kan tage blodprøver, når de efter klinisk vurdering finder grund til dette (normalt må blodprøver kun tages efter forudgående kontakt med patientens egen læge). Dette styrker samarbejdet mellem akutsygeplejen og almen praksis, og begge parter sparer tid, da almen praksis kun konfereres om de patienter, som akutsygeplejen har vurderet, er relevante. Omvendt skal akutsygeplejen ikke ringe og spørge om lov til at tage prøver (som akutsygeplejen ellers normalt skal). Akutsygeplejen kan således lave en vurdering af borgere, som akutsygeplejen er blevet gjort opmærksomme på af hjemmeplejen, og kun kontakte almen praksis med relevante observationer. Almen praksis kan også bede akutsygeplejen om at foretage et akut besøg hos en borger.
3. Uden for åbningstid	Hvis akutsygeplejen skal i kontakt med almen praksis uden for åbningstid (man-fre. 8-16), kontakter de lægen på fælles akutmodtagelse i Kolding (FAM) for om muligt at forebygge indlæggelse f.eks. via igangsættelse af behandling i hjemmet. Projektet involverer ikke lægevagten. Dette er for at sikre, at medarbejdere på tværs af sektorer, der bliver kontaktet, har kendskab til projektet og de målinger, der bliver foretaget, og kan handle umiddelbart på disse.
4. IV-behandling væske	Hvis borgeren via akutsygeplejens vurdering skal have IV-væske kontaktes først borgerens egen læge lige som ved de øvrige kontakter. Herefter kontakter almen praksis den vagthavende medicinske læge, Sygehus Lillebælt, som eventuelt igangsætter behandlingen og ordinerer i FMK. For eksempel særligt blandt: • plejehjemsbeboere • personer med demens • terminale patienter • raske ældre, der er dehydrerede
5. IV-behandling antibiotika	Hvis borgeren via akutsygeplejens vurdering skal have IV-antibiotika kontaktes først borgerens egen læge lige som ved de øvrige kontakter. Herefter kontakter almen praksis den vagthavende medicinske læge, Sygehus Lillebælt, som eventuelt igangsætter behandlingen og ordinerer medicinen i FMK. Her følges altså den samarbejdsaftale, der er indgået i forhold til IV-behandling i nærområdet (IV-behandling i nærområdet, 2021), dog uden at borgeren skal på sygehuset til de første to behandlinger.



	Der er allokeret et rum på Middelfart sygehus til IV-væske og IV-antibiotika inklusive remedier. På denne måde sikres det, at der ikke bruges transportudgifter eller tidsforbrug på at fragte disse fra Sygehus Lillebælt, Kolding. Hermed bliver behandlingen heller ikke yderligere forsinket.
--	---

3. Projektforløb og tidsplan

Projektet er berammet til at løbe i 12 måneder med opstart i 3. kvartal 2023 og afslutning efter 2. kvartal 2024. I denne periode vil der indsamles data, som skal danne grundlag for den evaluering, som skal præsenteres for Sundhedsklynge Lillebælt i 2024.

4. Organisering

Organisering	Medlemmer
Projektleder	Jonas Strunge, praktiserende læge, Middelfart
Arbejdsgruppe	Jonas Strunge, praktiserende læge, Middelfart Marianne Britt Larsen, leder af sygeplejen, Middelfart kommune Anne Friesgaard Christensen, cheflæge, Sygehus Lillebælt Mohamad El-Faramawi, ledende overlæge, Sygehus Lillebælt
Styregruppe	Hanne Andersen, sygeplejefaglig direktør, sygehus Lillebælt Mette Heidemann, direktør, Fredericia kommune Irene Rossavik, social- og sundhedsdirektør, Middelfart kommune Rebekka Reinert, praktiserende læge, PLO-repræsentant
Projektsupport	Iben Lykke Eggertsen, sundhedsplanlægger, Middelfart kommune Anne Marie Burgdorf, konsulent, sygehus Lillebælt

Beskrivelse af organiseringen omkring dataindsamling og analyse, samt konkrete arbejdsgange følger.

5. Projektøkonomi

Erfaringer fra nuværende periode

- Akutsygeplejen har i den indledende projektperiode fra oktober 2022 – februar 2023 foretaget 84 vurderinger. Erfaringerne viser at: 30 % indlæggelser kan forebygges af akutsygeplejen
- 50 % af akutsygeplejerskernes besøg afsluttes uden yderligere behandling ved almen praksis eller i hospitalsregi

Timer

Akutsygeplejersken bruger i alt 80 minutter på at lave en vurdering af en borger, og med en gennemsnitlig timepris på kr. 438,50, koster en vurdering i alt kr. 584,67.

Udstyr

For at kunne lave målingerne, er der indkøbt 1x POCT udstyr til decentral prøveanalyser. Dette har en indkøbspris (uden moms) på kr. 60.000. For at kunne lave målingerne er der indkøbt *kassetter*, der



anvendes til målinger ved den enkelte borger. Her anvendes hver gang to *kassetter*, á hhv. kr. 250 og kr. 150, dvs. samlet set kr. 400.

Økonomi ved indlæggelse

DRG taksten på indlæggelse er kr. 2240 pr. dag. Denne takst er en grundtakst, hvortil der lægges behandling, undersøgelser og laboratorieprøver, dvs. at det vil variere fra patient til patient. Standardlaboratorieprøver koster samlet set kr. 441. Hvis borgeren er indlagt i mere end 24 timer, og hvis der skal tages ekstra prøver, røntgenbilleder, scanninger mv., øges prisen.

IV-behandling

Såfremt der ordineres IV væske til borgeren, har Sygehus Lillebælt (FAM) behandlingsansvaret jf. projektbeskrivelsen. Prisen for IV væske er 1000 kr. i alt som honoreres efter fordelingsnøgle 70/30 jf. Samarbejdsaftale for IV i nærområdet.

Såfremt der ordineres IV antibiotika til borgeren, har Sygehus Lillebælt (FAM) behandlingsansvaret jf. projektbeskrivelsen. Prisen for IV antibiotika er 7.000 kr. De remedier, der anvendes i forbindelse med behandlingen, betales af Sygehus Lillebælt, og kommunen honoreres efter fordelingsnøgle 70/30 jf. Samarbejdsaftalen for IV i nærområdet.

Transport

Når en borger indlægges, foregår det enten med ambulance (5.000 for en liggende transport pr. vej) eller selv-transport, hvor f.eks. en pårørende skal tage fri fra arbejde, for at kunne transportere borgerne fra hjemmet til sygehuset. Transportomkostningerne afhænger derfor af flere faktorer.

Almen praksis

Almen praksis modtager honorar for at varetage sygebesøg hos borgere, der ikke kan komme til egen læge. Et sygebesøg, der har formål at forebygge indlæggelse koster mellem kr. 1.021 – kr. 1.827, og kræver opkald fra sygeplejen. Øvrige sygebesøg koster mellem kr. 410 – kr. 1.400 (plus kilometer).

5.1 Estimerede projektudgifter

Regneeksempel ud fra at 20 % vurderes til behov for indlæggelse, 30 % opstartes med behandling i hjemmet og 50 % afsluttes uden yderligere behandling.

Finansiering af tværsektorielt samarbejde mellem sygehus Lillebælt, almen praksis og akutsygeplejen Middelfart kommune

Projektperiode: 12 måneder (opstart 3. kvartal 2023)

Udgiftspost	Specificering	Finansiering	Samlet budget
-------------	---------------	--------------	---------------

Lønmidler	Projekt måneder	Timer pr. måned	Timeløn (kr.)	Sygehus Lillebælt (kr.)	Middelfart kommune (kr.)	Klyngemidler (kr.)	Samlet udgift (kr.)
Projektleder	12	8	974,60			93.562	93.562
Projektsygeplejerske	12	10	438,50			52.620	52.620
Akut sygeplejerske	12	80	585,00			561.600	561.600
I alt				-	-	707.782	707.782

IV materiale	Projekt måneder	Antal pr. måned	Pris pr. behandling	Sygehus Lillebælt 70%	Middelfart kommune 30 %	Klyngemidler (kr.)	Samlet udgift (kr.)
IV antibiotika	12	4	7.000	235.200	100.800		336.000
IV væske	12	4	1.000	33.600	14.400		48.000
I alt				268.800	115.200	-	384.000

Transport	Projekt måneder	Antal pr. måned	Pris pr. kørsel	Sygehus Lillebælt (kr.)	Middelfart kommune (kr.)	Klyngemidler (kr.)	Samlet udgift (kr.)
Transport af IV udstyr til Middelfart							
I alt				-	-	-	-



Yderligere materiale	Projekt måneder	Antal pr. måned	Pris (kr.)	Sygehus Lillebælt (kr.)	Middelfart kommune (kr.)	Klyngemidler (kr.)	Samlet udgift (kr.)
Analyseinstrument til POCT-analyser			60.000	60.000			60.000
Kassetter til POCT-analyser	12	60	400	288.000			288.000
I alt				348.000	-	-	348.000

Samlede udgifter				616.800	115.200	707.782	1.439.782
-------------------------	--	--	--	----------------	----------------	----------------	------------------

Tabel 1: Baseret på nuværende viden, estimeres ovenstående forudsat at der: gennemføres 80 vurderinger pr. måned, igangsættes 4 IV antibiotikabehandlinger pr. måned, igangsættes 4 IV væske behandlinger pr. måned

5.2 Estimerede besparelser

Såfremt indlæggelse forebygges, forudsættes nedenstående, hvilket er vanskeligt at sætte økonomi på:



- transport til og fra sygehuset undgås
- laboratorieprøver skal ikke tages
- sygehuset anvender ressourcer på relevante patienter
- borgerens funktionsniveau falder ikke i samme grad, som ved indlæggelse. Det medfører mindre behov for efterfølgende genoptræning, pleje og praktisk hjælp i hjemmet, da funktionsniveauet opretholdes

Ovenstående er estimerede omkostninger, hvis vi gør noget. Vi skal imidlertid også holde for øje, hvad der sker, hvis vi *ikke* gør noget – altså fortsætter som vanligt. Vi skal holde flere borgere hjemme, så sengepladserne bliver brugt til "de rigtige". Vi kan derfor ikke være sikre på, at vi kommer til at se en faktisk besparelse på indlæggelser, men hvis vi *ikke* gør noget, vil udgifterne stige, med samtidig risiko for øget dødelighed, såfremt behandling igangsættes for sent. Vi er derfor nødt til at tænke nyt, så de fælles ressourcer bruges bedst muligt til gavn for både borgere og samfund.

Estimerede besparelser:

	Pris (kr.)	Antal	Pr. måned (kr.)	Pr. år (kr.)
Liggende transport, pr. vej	5.000	48	240.000	2.880.000
Sygebesøg, forebyggelse af indlæggelse, varetaget af egen læge	1.021-1.827 (gennemsnit 1.424)	60	85.440	1.025.280
Forebyggelse af indlæggelse	2.240 (DRG) 441 (blodprøvepakke)	48	128.688	1.544.256
	I alt = 2.681			
Estimeret total				5.449.536



6. Succeskriterier – borgerperspektiv

Projektet skal via en grundig og systematisk dataindsamling i projektperioden og via den efterfølgende analyse være med til at belyse, hvorvidt projektets formål er opnået. Herunder påvisning af, at der via en hurtigere og bedre diagnostik i akutsygeplejen, samt en mere ensrettet tilgang til den akutte patient kan forebygges indlæggelser på sygehuset uden at gå på kompromis med behandlingens kvalitet.

Dette borgerfokus betyder, at den enkelte borger vil opleve en hurtigere opsporing og behandling af sygdom i nærmiljøet, hvorved indlæggelse kan undgås. Det er forventningen, at sygehuset vil opleve færre akutte patienter, almen praksis vil få allokert mere tid til andre kerneopgaver og akutsygeplejen vil opleve en opkvalificering af medarbejdere og dermed stå stærkere i forhold til at tiltrække kompetente medarbejdere. Desuden vil der være en samfundsøkonomisk besparelse i forhold den ændrede tilgang til den akutte borger og behandlingen heraf.

Ud fra et borgerperspektiv er projektet altså med til at forebygge indlæggelser blandt de borgere, for hvem en indlæggelse vil kunne resultere i tabt funktionsniveau og forværring af tilstanden herunder øget sygelighed og dødelighed (www.sundhed.dk). Derudover vil borgeren opleve kontinuitet og sammenhæng i behandlingsforløbet i kraft af, at det er det personale, der kender borgeren bedst, der forestår behandlingen i borgerens eget hjem / vante omgivelser. Projektet kan derfor have store og vigtige konsekvenser for den enkelte borger og dennes pårørende.

7. Evaluering

Projektet vil blive devalueret efter 6 måneder og slutevalueret efter projektets udløb. Devalueringen skal bidrage til at belyse, om der skal foretages justeringer i projektet med henblik på bedste udkomme. Slutevaluering skal bidrage til at belyse projektets potentiale særligt med henblik på udbredelse.

Evalueringen af antallet af forebyggelige indlæggelser vil primært basere sig på data trukket fra sygehus Lillebælt. Disse data vil sammenholdes med en sammenlignelig kommune, for at belyse om, og i hvilket omfang, projektet er med til at forebygge indlæggelse af borgere fra Middelfart kommune.

Akutsygeplejen i Middelfart kommune indsamler under projektperioden data i forhold til antallet af vurderinger, de udfører, og hvad udfaldet af denne vurdering bliver. På den måde er det hensigten at skabe valide data i forhold til 1) borger afsluttet i hjemmet uden behandling 2) borger får igangsat behandling i hjemmet 3) borger indlægges til behandling på sygehuset.

Desuden vil der udarbejdes borger/pårørende interviews med henblik på at belyse borgerperspektivet. Disse interviews vil tage udgangspunkt i borgerens oplevelse særligt i forhold til flow, sammenhæng i forløbet og nærhed.



Procedure

Rammedelegation akutteamet for måling af blodsukker (bIs), C-reaktivt protein (CRP), hæmoglobin (Hb), væsketal, leucocyttter og differentieltælling.	
Oprettet/godkendelse af: Hvem har oprettet og hvem har godkendt.	Udarbejdet i samarbejde mellem udviklingssygeplejerske, praksiskonsulent Jonas Strunge og akutteam september 2022. Godkendt af Kvalitetsudvalget september 2022. Redaktionelle ændringer maj 2023. Praksiskonsulent Gritt Nyhegn er ansvarlig for rammedelegationen.
Målgruppe: Hvem henvender proceduren sig til? En beskrivelse af procedurens formål, og effekten af den.	Akutsygeplejen Omfatter alle borgere som akutsygeplejen er i kontakt med.
Formål: Hvad ønsker vi at opnå?	Bedre diagnostik og behandling i primærsektoren for derigennem at få opstartet behandlingen tidligere hos svage ældre borgere og undgå unødvendige indlæggelser. Sikre at akutsygeplejen bliver benyttet som første led i opsporingen af syge ældre beboere. Arbejdsgangen er at sygeplejen kontakter Akutsygeplejen hvorefter denne tager stilling til om patientens egen læge skal involveres, hvis der klinisk er belæg for dette. Ensartet tilbud til alle Middelfarts ældre beboere uanset, hvilken læge de er tilknyttet.
Definition af begreber: Forklaring af anvendte begreber	Rammedelegation: Den autoriserede sundhedsperson delegerer til en medhjælp inden for en forud fastsat ramme selv at vurdere behovet for behandling og gennemførelse heraf. Der kan foretages rammedelegation af forbeholdt virksomhed i forhold til behandling af en veldefineret patientgruppe, uden at den autoriserede sundhedsperson forinden nødvendigvis har taget stilling til, om eller hvornår behandlingen iværksættes i forhold til enkelte patienter. Ordinationer og opgaver beskrevet i instruksen kan ikke videredelegeres til andre.
Beskrivelse/fremgangs måden: Detaljeret beskrivelse af hvad, hvornår og hvordan af fremgangsmåden.	Måling af blodsukker, CRP og Hb ved kapillærblodprøve samt væsketal, leucocyttter og differentieltælling ved venøs blodprøve hører som invasive indgreb under lægeligt forbeholdt virksomhedsområde. Rammeordinationen giver på baggrund af indhentning af informeret samtykke, sygeplejersker i akutteamet i Middelfart Kommune mulighed for at: • Måle patienternes blodsukker uden en



	lægeordination, hvis der efter klinisk vurdering er mistanke om hypo- eller hyperglykæmi (indikation se VAR) • Måle patienternes CRP uden en lægeordination, hvis der efter klinisk vurdering herunder temperaturmåling er mistanke om infektioner, vævsskader eller inflammationer. • Måle patienternes Hb uden en lægeordination, hvis der efter klinisk vurdering er mistanke om anæmi (indikation se VAR) • Måle patientens væsketal, såfremt der er klinisk mistanke om dehydratio hos en klinisk påvirket patient. Klinisk mistanke kunne være stort væsketab ex længerevarende diarre/opkastning, nytilkommet konfusion, svimmelhed eller nedsat hudtugor. • Måle patienternes leucocyttal og foretage differentieltælling, hvis der efter klinisk vurdering herunder temperaturmåling er mistanke om infektioner, vævsskader eller inflammationer. Handlinger: Ved AKUT kontakt til læge fra akutsygeplejersken ved brug af en af nedenstående rammedelegationer skal der altid foreligge fuld TOBS/triagering samt klinisk vurdering. Blodsukker: Når en sygeplejerske i akutteamet måler et for højt eller for lavt blodsukker tages kontakt til lægen. For ikke diabetikere vil blodsukker normalt være: 4-11. Ved blodsukker <4 skal der handles jf. "VAR" hvis fortsat symptomer efter dette kontaktes egen læge. Hos ikke diabetiker med blodsukker >12. Hos diabetiker ved blodsukker over 20 såfremt ikke allerede plan for dette i journal eller på FMK. • Hvis der er kliniske symptomer, skal lægen kontaktes akut pr. telefon, særligt ved lave blodsukre. Crp: Når en sygeplejerske i akutteamet måler et forhøjet CRP over 10mg/L tages kontakt til lægen. • Hvis der er kliniske symptomer, skal lægen kontaktes akut pr. telefon. Hb: Når en sygeplejerske i akutteamet måler en for lav eller for høj Hb tages kontakt til lægen. Referenceinterval for hæmoglobin: Mænd er 8,3 - 10,5 mmol/L Kvinder er 7,3 - 9,5 mmol/L.
--	---



- Ved Hb værdier under 5 mmol/L skal lægen kontaktes akut pr. telefon. Hvis der er mistanke om pågående blødning skal lægen kontaktes akut uanset Hb niveau.

Væsketal:

Når en sygeplejerske i Akutteamet måler en for høj eller lav værdi svt væsketallene (Na, Ka, kreatinin) tages kontakt til patientens egen læge.

Referenceintervallerne for væsketallene er følgende:

Kalium: 3,5-4,4

Natrium: 137-145

Kreatinin for ældre: Mænd 60-125 mikromol/l, kvinder 45-105 mikromol/L

- Ved Kalium < 3 eller > 5,5 - der tages akut kontakt til lægen
- Ved Natrium < 130 eller > 150 - der tages akut kontakt til lægen
- Ved kreatinin over referenceintervallet hos en påvirket ældre patient skal der tages kontakt til lægen

Hvis der er kliniske symptomer skal lægen altid kontaktes akut.

Leucocyter:

Referenceintervallet er følgende:

Leukocyter 3,5-10 mia/L

Der tages tlf kontakt ved leukocyter under 2 eller over 10.

Differentialtælling:

Neutrofile: 2-7 Mia/L

Lymfocytter: 1,3- 3,5 mia/L

Monocyter: 0,2 - 0,7 Mia/L.

Eosinofile: <0,5 Mia/L.

Basofile: <0,1 Mia/L.

Der skal tages telefonisk kontakt til egen læge ved:

Neutrofile over 7

Lymfocytter over 10

Eosinofile over 1,0.

Abnorme fund ift monocytter og basofile noteres i korrespondance til egen læge.

Lægelig kontakt:

I hverdage mellem 8-16 kontaktes borgers egen læge. Hvis egen læge mod forventning ikke kan kontaktes, kan medicinsk bagvag FAM Kolding kontaktes på 7636 2555.

Uden for egen læges åbningstid kontaktes medicinsk bagvag FAM Kolding på 7636 2555.

Faglig sparring i vagttid:

Ved behov for lægefaglig sparring i vagttid kan medicinsk bagvag FAM Kolding kontaktes på 7636 2555.

Ved behov for sygeplejefaglig sparring i vagttid kan zoneleder FAM Kolding kontaktes på 7636 3195.



Referencer: Det er vigtigt at angive de referencer/kilder der er brugt.	Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), Sundhedsstyrelsen, VEJ nr 115 af 11/12/2009 Måling af C - Reaktivt protein og hæmoglobin (Hb), lokal procedure i VAR Blodglukosemåling, procedure i VAR Administration af insulin med insulinpen, procedure i VAR Reference til klinisk biokemi, Sundhed.dk/Lægehåndbogen/Blodprøver https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/undersogelser-og-proever/klinisk-biokemi/blodproever/				
Specielle lokale forhold: Hvis der er forhold der vigtige lokalt-fx tlf. nr. el. fysiske rammer.	Alle lægehuse skal kontaktes på bagomnumre eller akuttelefon. Disse numre forefindes på lommekort i akutsygeplejens tasker.				
Revideres af: Hvem har ansvar for at revidere.	Praksiskonsulent Gritt Nyhegn, tlf 6441 0646 (lægehuset). Underskrifter: <table><tr><td>Gritt Nyhegn/dato</td><td>Henrik Mott</td></tr><tr><td>Frandsen/dato</td><td></td></tr></table> Praksiskonsulent og Fænosundlægerne Ravn Teglårdsparken 116, 1. 5500 Middelfart Sundhedsforvaltningen Stedfortræder for social- og sundhedsdirektør Irene Rossavik Social- og Middelfart Kommune Nytorg 9, 5500 Middelfart	Gritt Nyhegn/dato	Henrik Mott	Frandsen/dato	
Gritt Nyhegn/dato	Henrik Mott				
Frandsen/dato					

Kom Trygt Hjem

Ortopædkirurgisk afdeling Kolding Sygehus Projekt 2018-2020

Resultater



Et udviklingsprojekt om patienter med hoftenært
lårbensbrud, som udskrives fra Ortopædkirurgisk
sengeafsnit O1 til plejecentre og aflastning.

Interventionsgruppe:
Ortopædkirurgisk sengeafsnit O1 Kolding Sygehus,
Kolding Kommune og Fredericia Kommune 2018-2020

Kontrol gruppe:
Ortopædkirurgisk sengeafsnit O1 Kolding Sygehus, Vejle
Kommune, Vejen Kommune og Middelfart Kommune
2018-2020

Titel Kom Trygt Hjem projektet 2018-2020 – resultater.

Forfattere Heidi Grejsen, Lis Røhl Andersen, Lisbeth Fredholm, Dorte Dall Hansen og Bjarke Viberg.

År 2020

Forlag Region Syddanmark

ISBN nummer 978-87-92217-78-3

Indholdsfortegnelse

Resume	1
Baggrund	2
Formål.....	3
Metode	3
Design/metode	3
Inklusionskriterier.....	4
Eksklusionskriterier.....	4
Intervention	4
Ad. 1 Dag-til-Dag program på plejecentret	5
Ad. 2 Besøgsprotokol for kommunale akutsygeplejersker.....	5
Ad. 3 Styrket samarbejde mellem læger og sygeplejersker på Ortopædkirurgi Kolding og de kommunale akutsygeplejersker	6
Dataindsamling:.....	6
Organisering	7
Tidsplan	7
Økonomi	7
Resultater.	8
Inkluderede patienter.....	8
Demografi.....	9
Genindlæggelser indenfor 30 dage fra udskrivelsestidspunkt.	10
Behandlinger på plejecenter, akutte besøg af akutsygeplejerske og antal kontakter til Ortopædkirurgi Kolding.....	11
Overlevelse 30 dage fra operationstidspunkt.	12
Livskvalitet og mobilitet	13
Implementering af interventionen	14
Konklusion	14
Anbefalinger	16
Referencer	17
Definitioner.....	18
Charlson comorbidity score.....	18
Cumulated Ambulation Score (CAS)	18
EQ5D	18
ASA Score.....	19
Hindsø test.....	20

Resume

Projektet Kom Trygt Hjem var et samarbejde mellem Ortopædkirurgisk sengeafsnit O1 Kolding Sygehus, og akutsygeplejerskerne og plejecentrene i Kolding og Fredericia Kommune, omkring patienter med hoftenært lårbensbrud, som blev udskrevet til plejecenter. Tidsperioden var 1. januar 2018 til 31. juli 2020.

Formålet med projektet var at undersøge, om et udbygget samarbejde mellem læger og sygeplejersker på Ortopædkirurgisk sengeafsnit O1 Kolding Sygehus, de kommunale akutsygeplejersker og plejepersonaler på kommunens plejecentre, kunne:

1. Øge overlevelsen indenfor 30 dage fra operationstidspunktet
2. Reducere antallet af genindlæggelser indenfor 30 dage fra udskrivelse
3. Øge den sundhedsrelaterede livskvalitet målt med EQ5D

Herunder:

- Forebygge komplikationer i form af infektioner, fald, obstipation og dehydrering
- Forbedre funktionsniveauet målt med CAS

Det var et ikke-randomiseret interventionsstudie. Patienter, der blev udskrevet til Kolding og Fredericia Kommune indgik i interventionsgruppen, og patienter der blev udskrevet til Vejle, Vejen og Middelfart Kommune, indgik i kontrolgruppen.

Interventionen bestod af 3 indsatser:

1. En systematisk forebyggelse og tidlig opsporing af sygdom og komplikationer
2. Et øget kompetenceniveau på plejecentret ved besøg af kommunale akutsygeplejersker
3. Et øget tværsektorielt samarbejde, hvor sygehuset var behandlingsansvarlig 14 dage efter udskrivelsen, og varetog behandlingen af patienten i samarbejde med akutsygeplejersken.

252 patienter deltog i projektet, fordelt med 100 patienter i interventionsgruppen og 152 patienter i kontrolgruppen.

Projektet viste en klinisk signifikant stigning i overlevelsen indenfor 30 dage fra 87 % til 94 %, en signifikant reduktion i antallet af akutte genindlæggelser indenfor 30 dage fra 30 % til 14 %, samt en signifikant højere sundhedsrelateret livskvalitet, målt med EQ5D.

Den hyppigste årsag til genindlæggelse var infektioner i begge grupper. I interventionsgruppen blev 10 patienter genindlagt med infektion og i kontrolgruppen var det 21 patienter. Det var ikke lykkedes at forbedre funktionsniveauet målt med CAS.

Projektets resultater lægger op til, at interventionen indføres som vanlig praksis med implementering af alle tre indsatser: systematisk tidlig opsporing af sygdom og komplikationer ved hjælp af et struktureret Dag-til-Dag-program, faste og akutte besøg af kommunal akutsygeplejerske og et behandlingsansvar fra Ortopædkirurgi Kolding de første 14 dage efter udskrivelsen.

Baggrund

I optageområdet for Ortopædkirurgisk afdeling Kolding sygehus blev der i 2015 indlagt 377 patienter med hoftenære lårbensbrud. Patienter med hoftenære lårbensbrud er en sårbar patientgruppe.

Gennemsnitsalderen var 82 år, 22 % havde en Charlson score på 3 eller mere, og funktionsniveauet blev reduceret som følge af frakturen (83 % havde CAS-score på 6 før indlæggelsen, mens 28 % havde CAS-score på 6 ved udskrivelsen). 57 af de 377 patienter blev indlagt fra plejehjem.¹

Ortopædkirurgisk afdeling Kolding Sygehus gennemførte i juni 2016 en journalaudit på de patienter med hoftenær fraktur, der døde indenfor 30 dage efter operationen i 2015. 16 ud af de 41 patienter der døde, blev udskrevet til plejecenter, mens det var 47 ud af alle 295 udskrevne patienter, der blev udskrevet til plejecenter.⁴ Der var dermed noget der tydede på, at det kunne være relevant at lave en indsats for patienter, der blev udskrevet til plejecenter, da 16 ud af 47 patienter døde indenfor 30 dage (34%).

Året efter i 2017, viste en journalgennemgang på alle patienter med hoftenære lårbensbrud, der blev genindlagt i 2016 indenfor 30 dage efter udskrivelsen, at 14 ud af 31 genindlæggelser (45%), var patienter som blev indlagt fra plejecenter. Årsagen til genindlæggelserne var infektioner, dehydrering, manglende kostindtag og fald.² Igen var der noget der tydede på, at det kunne være relevant at lave en indsats for patienter, der blev udskrevet til plejecenter.

Der var evidens for at et udgående geriatrisk team reducerede genindlæggelser indenfor 30-dage og død indenfor 30 dage og 90 dage.³

Kolding Kommune havde fra 1. januar 2015 oprettet et akutteam. Formålet med teamet var, at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser. Målgruppen var borgere i Kolding Kommune over 65 år, bl.a. borgere hvor en akut indsats kunne minimere risikoen for indlæggelse, samt borgere der kunne udskrives tidligere til forsat kvalificeret observation og behandling i eget hjem.⁴

Vi fandt det derfor relevant at undersøge, om en målrettet brug af akutsygeplejerskens kompetencer og ressourcer i samarbejde med læger og sygeplejersker på Ortopædkirurgisk sengeafsnit O1 Kolding Sygehus og personalet på plejecentrene, kunne reducere genindlæggelser, øge overlevelsen og øge den sundhedsrelaterede livskvalitet for patienter med hoftenære lårbensbrud.

Formål

Formålet med projektet var, at undersøge om et udbygget samarbejde mellem læger og sygeplejersker på Ortopædkirurgisk sengeafsnit O1 Kolding Sygehus, de kommunale akutsygeplejersker samt plejepersonaler på kommunens plejecentre, kunne:

1. Øge overlevelsen indenfor 30 dage fra operationstidspunktet
2. Reducere antallet af genindlæggelser indenfor 30 dage fra udskrivelse
3. Øge den sundhedsrelaterede livskvalitet målt med EQ5D

Herunder:

- Forebygge komplikationer i form af infektioner, fald, obstipation og dehydrering
- Forbedre funktionsniveauet målt med CAS

Hypotesen var, at:

- en systematisk målrettet plejeindsats for patienter udskrevet til plejehjem
- et øget kompetenceniveau på plejecentret ved brug af de kommunale akutsygeplejersker
- et øget tværsektorielt samarbejde, hvor Ortopædkirurgisk afdeling Kolding Sygehus var behandlingsansvarlig 14 dage efter udskrivelse,

kunne medføre tidlig opsporing af sygdom og en hurtig behandlingsindsats, kunne reducere antallet af infektioner efter udskrivelsen, forbedre patientens funktionsniveau målt med CAS, øge den patientoplevede sundhedsrelaterede livskvalitet målt med EQ5D, samt forbygge genindlæggelser indenfor 30 dage og øge 30-dages overlevelsen.

Metode

Design/metode

Det var et ikke-randomiseret interventionsstudie. Interventionsgruppe og kontrolgruppe blev valgt ud fra patientens bopæls kommune.

Patienter, der blev udskrevet til plejecentre i Kolding og Fredericia Kommune indgik i interventionsgruppen og patienter, der blev udskrevet til plejecentre i Vejle, Vejen og Middelfart Kommune, indgik i kontrolgruppen.

Inklusionskriterier

Patienter, som var indlagt i afdelingen med et hoftenært lårbensbrud (SKS kode DS720-DS722) og blev udskrevet til plejecenter eller aflastningsplads, og som samtidig i samarbejde med de pårørende gav samtykke til projektet.

Eksklusionskriterier

Døende patienter, som blev udskrevet til pallierende pleje, samt patienter som ikke ønskede at give samtykke til projektet.

Intervention

For at øge kompetencerne til pleje af patienter med hoftenær lårbensbrud, blev der tilbudt undervisning af akutsygeplejersker og plejepersonale fra plejecentrene fra de to kommuner i interventionsgruppen.

Samtidigt blev ansvar, opgaver og værktøjer i projektet præsenteret.

Undervisningen foregik på 2 workshops inden opstart af projektet.

Indholdet var en gennemgang af det generelle patientforløb for patienter med hoftenære frakturer, pleje- og behandling for patienter med hoftenære frakturer med fokus på dysfagi og mobilisering, samt undervisning i ældresygdomme med blandt andet den delirøse tilstand hos ældre.

Projektet, Dag-til-Dag programmet og besøgsprotokollen for akutsygeplejersken, blev præsenteret.

Interventionen for patienter som efter et hoftenært lårbensbrud blev udskrevet til plejecentre i Kolding og Fredericia Kommune omfattede:

1. Indførelse af et systematisk Dag-til-Dag program for borgeren.
2. En besøgsprotokol med fastlagte besøg fra kommunale akutsygeplejersker til borgeren dag 3, 6 og 14 efter udskrivelse, samt akutte tilsyn efter behov.
3. Et styrket samarbejde mellem læger og sygeplejersker på Ortopædkirurgisk sengeafsnit O1 Kolding Sygehus og de kommunale akutsygeplejersker, hvor afdelingen var behandlingsansvarlig. Der var åben indlæggelse af patienten 14 dage efter udskrivelsen, samt øgede rammeordinationer til de kommunale akutsygeplejersker.

Kontrolgruppen bestod af patienter, som efter et hoftenært lårbensbrud blev udskrevet til plejecentre i Vejle, Vejen og Middelfart Kommune.

Ad. 1 Dag-til-Dag program på plejecentret

Plejecenterets personale udførte optimeret og systematisk grundlæggende pleje ud fra Dag-til-Dag programmet de første 6 dage efter udskrivelsen, samt dag 14.

Dag-til-Dag programmet indeholdte: måling af vitale værdier (TOBS), observation af smerter, udskillelser, væskeskema i 2 døgn, proteindrik 2 stk. i 6 dage, smertevurdering, mobilisering og vægt dag 3 og 14.

Programmet skulle udfyldes:

- Dag 0: aften
- Dag 1-5: morgen og aften
- Dag 6+14: morgen

Plejepersonalet på plejecentrene kunne kontakte den kommunale akutsygeplejerske mellem 7.30 og 23.00 ved følgende afvigelser:

- Væske < 1000 ml i løbet af dagen og < 1500 ml kl 21.00
- Moderate til svære smerter
- Mistanke om infektion.
- Manglende vandladning
- Manglende afføring
- TOBS ≥ 2
- Behov for sparring

Ad. 2 Besøgsprotokol for kommunale akutsygeplejersker

Der blev gennemført planlagte besøg hos patienten dag 3, 6 og 14 dage efter udskrivelsen. Desuden akutte besøg ved behov. Akutsygeplejersken tog telefonisk kontakt til plejecenteret på udskrivelsesdagen (= dag 0), for at sikre opstart af Dag-til-Dag programmet.

Akutsygeplejersken:

- Kunne give IV væskebehandling ud fra rammeordinationer, hvor der blev suppleret med NaCl til det anførte væskebehov, og kunne give IV antibiotikabehandling efter ordination fra sygehusets læger
- Kontaktede afdelingens læger ved:
 - skæve vitale værdier
 - utilfredsstillende smertebehandling
 - hgb <6
 - mistanke om infektion med henblik på ordination af antibiotika
 - hvis patientens tilstand blev vurderet kritisk
 - ved utryghed og behov for faglig sparring

- Afsluttede patienten i projektet dag 14

De enkelte kontakter indeholdte:

- Måling af hæmoglobin og CRP på dag 3, 6 og 14
- Vurdering af behov for pleje og behandling ud fra observation af patienten, data i Dag-til-Dag programmet og blodprøvesvar

Akutsygeplejersken kunne kontakte sygeplejersker på Ortopædkirurgisk sengeafsnit O1 Kolding Sygehus hele døgnet. Sygeplejersken kunne formidle kontakt til stuegangsgående geriater og ortopædkirurg i almindelig arbejdstid på hverdage, og vagthavende ortopædkirurg i vagtperioder.

Ad. 3 Styrket samarbejde mellem læger og sygeplejersker på Ortopædkirurgi Kolding og de kommunale akutsygeplejersker

- Ortopædkirurgisk sengeafsnit O1 Kolding Sygehus var behandlingssvarlig 14 dage efter udskrivelsen, hvor patienterne havde åben indlæggelse.
- Der blev udarbejdet en individuel behandlingsplan for hver patient. Planen indeholdte ordination for laksantia og smertestillende, som blev ordineret i patientens FMK. Herudover blev der lagt plan for patientens væskebehov.
- Der blev udarbejdet rammeordinationer, så akutsygeplejersken kunne tage blodprøver i form af hæmoglobin og CRP på dag 3, 6 og 14 efter udskrivelsen og ved behov, samt en rammeordination på NaCl intravenøs op til det fastsatte væskebehov.
- Akutsygeplejersken udfyldte besøgsprotokollen for akutsygeplejerskens besøg dag 3, 6 og 14 efter udskrivelse, og kunne kontakte afdelingens læger og plejepersonale ved behov.
- Plejepersonale på plejecentret kunne kalde akutsygeplejersken til vurdering af borgeren, såfremt borgeren havde smerter eller skæve vitale værdier eller hvis plejepersonalet var utrygge, eller havde behov for sparring og vejledning.
- Såfremt lægen ordinerede antibiotika (intravenøs eller peroralt) eller intravenøs væskebehandling, kunne akutsygeplejersken give dette.

Dataindsamling:

Patienten fik ved udskrivelsen Dag-til-Dag programmet inklusiv besøgsprotokollen for akutsygeplejersken med hjem. Det blev løbende udfyldt af de sundhedsprofessionelle i interventionsgruppen, og blev efterfølgende sendt til Ortopædkirurgisk sengeafsnit O1 Kolding.

For patienterne i kontrolgruppen udfyldte akutsygeplejersken 14 dage efter udskrivelsen et skema, svarende til skemaet for interventionsgruppen dag 14.

Projektlederen indhentede oplysninger om behandling efter udskrivelsen, genindlæggelser og mortalitet 30 dage efter udskrivelsen.

Organisering

Styregruppe:

Oversygeplejerske Bente Trier Kaarup, Ortopædkirurgi, Kolding Sygehus

Ledende overlæge Anders Jordy, Ortopædkirurgi, Kolding Sygehus

Ledende overlæge Poul Henning Madsen, Medicinske Sygdomme, Kolding Sygehus

Chefterapeut Deirdre Mary Toft, Fysio- og ergoterapi, Kolding Sygehus

Driftsleder Lene Borgen Esmann, Kolding Kommune

Plejeforfatter Marianne Hansen, Fredericia Kommune

Projektleder: Afdelingssygeplejerske Heidi Grejsen Ortopædkirurgi, Kolding Sygehus

Sekretær: Kvalitetskoordinator Dorte Dall-Hansen Ortopædkirurgi, Kolding Sygehus

Projektgruppe

Ortopædkirurgisk Overlæge Lis Røhl Andersen, Ortopædkirurgi, Kolding Sygehus

Forskningsadjunkt Bjarke Viberg, Ortopædkirurgi, Kolding Sygehus

Geriatrisk Overlæge Lisbeth Fredholm, Medicinske Sygdomme, Kolding Sygehus

Afdelingssygeplejerske Heidi Grejsen, Ortopædkirurgi, Kolding Sygehus

Kvalitetskoordinator Dorte Dall Hansen, Ortopædkirurgi, Kolding Sygehus

Afdelingsterapeut Jesper Hove Frehr, Fysio- og ergoterapi, Kolding Sygehus

Akutsygeplejerske Camilla Hommel Thiel, Kolding Kommune

Sygeplejerske Tina Gunde Hansen, Kolding Kommune

Sygeplejerske Nina Kjergaard Lindved, Kolding Kommune

Tidsplan

Undervisning: Oktober 2017

Dataindsamling: 01.01.2018 – 31.07.20

Økonomi

Projektet har fået støtte fra de nationale DÆMP-midler.

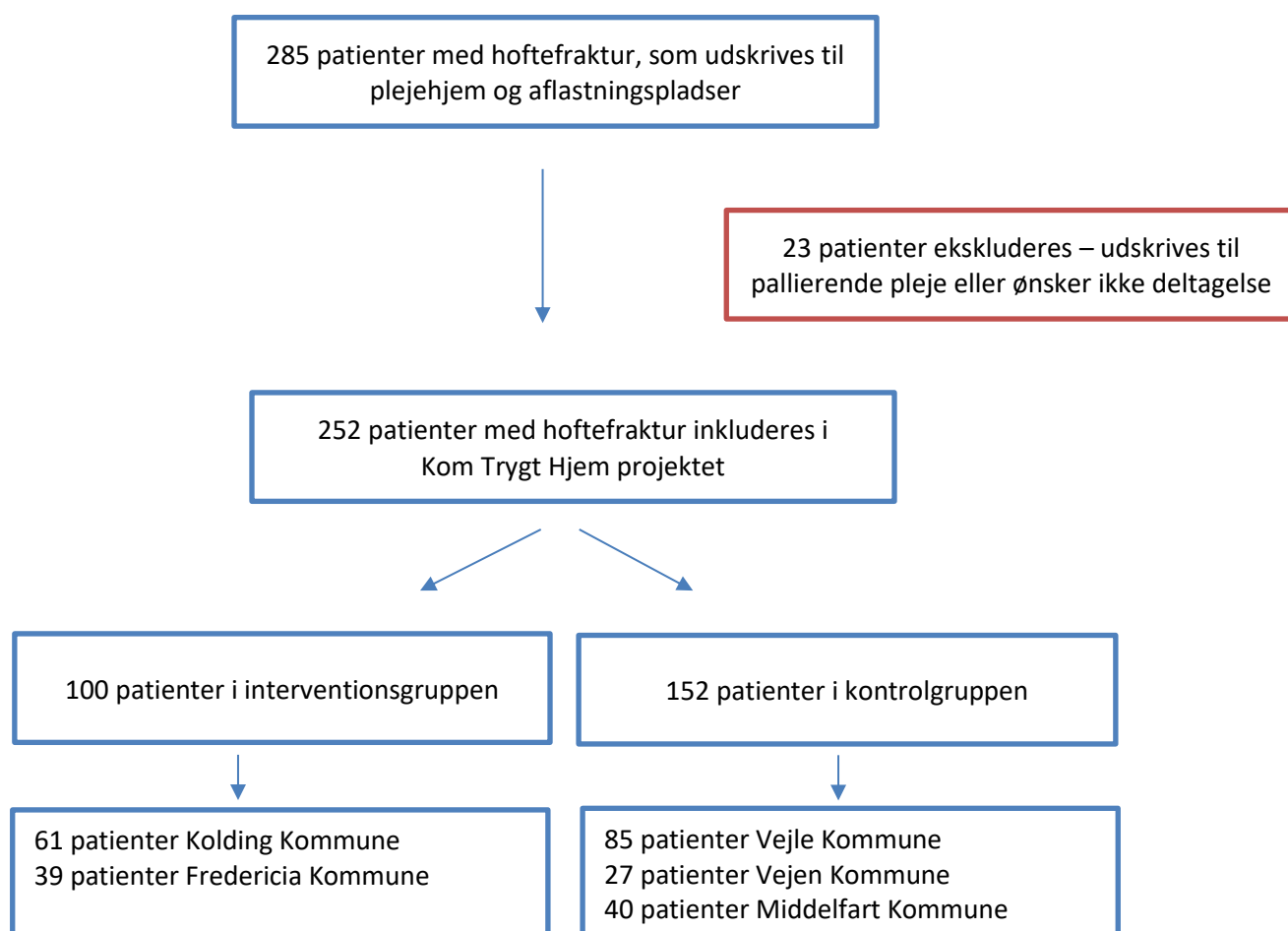
Resultater.

Inkluderede patienter

Der var i projektperioden fra 1. januar 2018 til 31. juli 2020 udskrevet 285 patienter til plejecenter eller aflastningsplads, efter et hoftenært lårbensbrudbrud.

23 patienter blev ekskluderet, enten fordi de ikke ønskede at deltage i projektet, eller fordi de var udskrevet til en pallierende indsats - fordelt med 11 patienter i interventionsgruppen og 12 patienter i kontrolgruppen.

Der var dermed inkluderet 252 patienter i projektet, fordelt med 100 patienter (40 %) i interventionsgruppen (Kolding og Fredericia Kommune) samt 152 patienter (60 %) i kontrolgruppen (Vejle, Vejen og Middelfart Kommune.) (Figur 1)



Figur 1

Demografi.

Der var ikke forskel i forhold til alder, køn, demens, ASA score, frakturtype og operationstype i interventionsgruppen og kontrolgruppen.

Tabel 1 Demografi

	Intervention		Kontrol		p<
	n	%	n	%	
Antal	100	40	152	60	
Kolding	61	24			
Fredericia	39	15			
Vejle			85	34	
Middelfart			40	16	
Vejen			27	11	
Gns. alder*	85	83-87	86	85-87	0.358
Kvinder	67	68	104	68	0.902
ASA					0.951
2	16	16	25	17	
3	70	70	103	68	
4	14	14	23	15	
Fraktur					0.507
Collum femoris	41	41	73	48	
Pertrokantær	50	50	65	43	
Subtrokantær	9	9	13	9	
Operationstype					0.327
Skruer/DHS	26	26	29	19	
Marvsøm	44	44	62	41	
Hemialloplastik	30	30	59	39	
Girdlestone	-	-	1	1	
Kognitiv svækkelse#	62	62	102	67	0.406
Indlæggelsestid*	4	4-5	5	4-5	0,432

*95% Confidens interval.

#Hindsø score < 6

Den gennemsnitlige alder var 85 år for interventionsgruppen og 86 år for kontrolgruppen. Der var overvægt af kvinder i begge grupper med 67 % kvinder i interventionsgruppen og 68 % i kontrolgruppen.

Mere end halvdelen af patienterne i begge grupper var kognitivt svækkede, med en Hindsø score under 6 med henholdsvis 62 % i interventionsgruppen og 67 % i kontrolgruppen.

Der var ikke forskel på ASA scoren i de to grupper - der var flest patienter med ASA 3 score svarende til 70 % i interventionsgruppen og 68 % i kontrolgruppen.

Der var ikke forskel i de 2 grupper i forhold til frakturtype eller operationstype. Der var heller ikke forskel i den gennemsnitlige indlæggelsestid. For patienterne i interventionsgruppen var den gennemsnitlige indlæggelsestid 4 dage med en variation på 4-5 dage, og i kontrolgruppen var den gennemsnitlige indlæggelsestid på 5 dage med en variation på 4-5 dage ($p=0,432$).

Genindlæggelser indenfor 30 dage fra udskrivelsestidspunkt.

Der var signifikant forskel i antallet af genindlæggelser indenfor 30 dage mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen med henholdsvis 14 % og 30 % ($p=0.004$).

I interventionsgruppen var der forskel i antallet af genindlæggelser mellem de to kommuner. I Kolding Kommune var antallet af genindlæggelser 10 %, og i Fredericia Kommune var antallet 21 %.

I kontrolgruppen var der også forskel i antallet af genindlæggelser imellem de tre kommuner. I Vejle og Vejen Kommune var antallet af genindlæggelser henholdsvis 34 % og 30 %, og i Middelfart Kommune var antallet af genindlæggelser 20 %.

Der var en signifikant forskel i tiden fra udskrivelse til genindlæggelse imellem interventionsgruppen og kontrolgruppen, med henholdsvis 5 dage og 10 dage i gennemsnit ($p=0,026$).

Tabel 2 Genindlæggelse indenfor 30 dage

	Intervention		Kontrol		$p <$
	$N=100$	%	$N=152$	%	
Antal	14	14	45	30	0.004
Kolding	6	10			
Fredericia	8	21			
Vejle			29	34	
Middelfart			8	20	
Vejen			8	30	
Gns. dage til genindl*	5	3-7	10	7-12	0.026
Årsag til genindl					
Infektion	10	71	21	47	0.328
Lav hæmoglobin	1	7	1	2	
Væskebalance	2	14	5	11	
Delir	-	-	1	2	
Fald	-	-	4	9	
Andet	1	7	13	29	

*95% Confidens interval.

Der var ingen signifikant forskel på årsagen til genindlæggelser i de to grupper.

I interventionsgruppen var 14 % af patienterne genindlagt. Heraf var 71 % grundet infektion, 14 % grundet skæv væskebalance/status, 7 % grundet lav hæmoglobin og 7 % af andre årsager.

I kontrolgruppen var 30 % af patienterne genindlagt. Heraf var 47 % grundet infektion, 11 % grundet skæv væskebalance/status, 2 % grundet delirium, 9 % grundet fald, og 29 % af andre årsager.

I gruppen af andre årsager i kontrolgruppen var årsagen til genindlæggelserne hjertesvigt (3 patienter), nyresvigt, cerebral infarkt, DVT (2 patienter), smerter (2 patienter), ilius, morfika overdosering, dyspnø og appetitløshed.

Behandlinger på plejecenter, akutte besøg af akutsygeplejerske og antal kontakter til Ortopædkirurgi Kolding.

31 patienter (31%) i interventionsgruppen fik behandling, som blev udført af akutsygeplejersken ude på plejecentret, og hvor Ortopædkirurgisk afdeling Kolding var behandlingsansvarlig: enten peroral eller intravenøs antibiotika eller intravenøs væsketerapi.

- 14 patienter (45%) modtog behandling med antibiotika.
1 patient (3%) blev behandlet med IV antibiotika, 8 patienter (26%) blev behandlet med peroral antibiotika og 5 patienter (16%) blev behandlet med både peroral antibiotika og intravenøs væske.
- 22 patienter (71%) modtog behandling med væsketerapi.
17 patienter (55%) blev behandlet med intravenøs væske og 5 patienter (16%) blev behandlet med både peroral antibiotika og intravenøs væske.

Af de 31 patienter blev 4 patienter genindlagt indenfor 30 dage fra udskrivelsen, og 3 patienter døde indenfor 30 dage fra operationstidspunktet, på trods af behandling.

24 patienter (24%) i interventionsgruppen startede dermed behandling og de hverken døde indenfor 30 dage fra operationstidspunktet, eller blev genindlagt indenfor 30 dage fra udskrivelsen.

- 11 patienter (46%) modtog behandling med antibiotika.
7 patienter (29%) blev behandlet med peroral antibiotika og 4 patienter (17%) blev behandlet med både peroral antibiotika og intravenøs væske.
- 17 patienter (71%) modtog behandling med væsketerapi.
13 patienter (54%) blev behandlet med intravenøs væske og 4 patienter (17%) blev behandlet med både peroral antibiotika og intravenøs væske.

Tabel 3 Behandling efter udskrivelse

	Intervention		Kontrol		p<
	N=100	%	N=152	%	
Behandling plejehjem	31	31	-	-	
IV antibiotika	1	3	-	-	
Peroral antibiotika (AB)	8	26	-	-	
Peroral AB + IV væsk	5	16	-	-	
IV væske	17	55			
Behandling plejehjem u. genindlæg/død	24	24			
IV antibiotika	0	0			
Peroral antibiotika (AB)	7	29			
Peroral AB + IV væsk	4	17			
IV væske	13	54			
Gns. antal akutte besøg#	1	0-9	0	0-1	0.295
Patienter med akut besøg	58	58	18	12	0,001
Gns. antal opkald til O1#	2	0-7	0	0-4	0.001
Opkald på patient til O1	80	80	58	37	0.001

#Median og range

Der var signifikant forskel i antallet af patienter, der fik akut besøg fra akutsygeplejersken, imellem interventionsgruppen og kontrolgruppen. I interventionsgruppen fik 58 % akutbesøg, mens det var 12 % i kontrolgruppen (p=0,001).

I interventionsgruppen var der i gennemsnit 1 akut besøg hos borgeren med en variation på 0-9 besøg, og i kontrolgruppen var der i gennemsnit 0 besøg med en variation på 0-1 besøg.

Der var signifikant forskel i interventionsgruppen og kontrolgruppen i forhold til antallet af kontakter til Ortopædkirurgisk sengeafsnit O1 Kolding Sygehus.

I interventionsgruppen var der kontakt mellem plejecentret/akutsygeplejersken og afdelingen i 80 % af patientforløbene efter udskrivelsen, imens der for kontrolgruppen var kontakt i 37 % af patientforløbene (p=0,001)

I gennemsnit var der 2 kontakter per patientforløb i interventionsgruppen med en variation på 0-7 kontakter, imens der i kontrolgruppen i gennemsnit var 0 kontakter med en variation på 0-4 kontakter (p=0,001).

Overlevelse 30 dage fra operationstidspunkt.

Der var klinisk signifikant forskel på overlevelsen indenfor 30 dage imellem interventionsgruppen og kontrolgruppen.

I interventionsgruppen var overlevelsen 94 % og i kontrolgruppen var overlevelsen 87 %

Der var ikke signifikant forskel i interventionsgruppen og kontrolgruppen i forhold til den gennemsnitlige tid fra operationstidspunkt til død. I interventionsgruppen var der i gennemsnit 13 dage med en variation på 5-20 dage, og i kontrolgruppen var der i gennemsnit 16 dage med en variation på 11-20 dage.

Tabel 4 Mortalitet indenfor 30 dage

	Intervention		Kontrol		<i>p</i> <
	<i>N</i> =100	%	<i>N</i> =152	%	
Antal	6	6	20	13	0.068
Kolding	4	6			
Fredericia	2	6			
Vejle			13	15	
Middelfart			4	10	
Vejen			3	11	
Gns. dage til doed*	13	5-20	16	11-20	0.340

Livskvalitet og mobilitet

Der var signifikant forskel i EQ5D scoren imellem interventionsgruppen og kontrolgruppen.

Interventionsgruppen havde en højere EQ5D score med en median på 0,65, mens kontrolgruppen havde en median på 0,59 (*p*=0,045)

Tabel 5 Livskvalitet samt mobilitet ved CAS score

	Intervention			Kontrol			<i>p</i> <
	<i>Antal</i>	<i>Median</i>	<i>Range</i>	<i>Antal</i>	<i>Median</i>	<i>Range</i>	
CAS Indlæggelse	99	6	2-6	152	6	0-6	0.528
CAS Udskrivelse	100	3	0-6	152	2	0-6	0.502
14. dag	75	3	0-6	75	3	0-6	0.528
Timer ud af sengen	69	9	0-16	75	9	0-19	0.788
EQ5D score	67	0,65	0-1	76	0,59	-0,3-1	0.045
Helbredsscore	42	61	10-90	54	53	10-100	0,709

Der var ingen forskel i den patientoplevede helbredsscore imellem de 2 grupper (*p*= 0,709).

Der var ikke signifikant forskel i CAS score dag 14 imellem interventionsgruppen og kontrolgruppen, ligesom der ikke var forskel på, hvor mange timer borgeren var ude af sengen, dag 14 efter udskrivelse.

Implementering af interventionen

Det fremgår af data, at der i interventionsgruppen var forskel mellem de to kommuner i forhold til antallet af genindlæggelser, men ikke i forhold til overlevelsen.

I Kolding Kommune var der 10 % genindlæggelser indenfor 30 dage, og i Fredericia Kommune var der 21 %. En forklaring kunne være, at den del af interventionen, der omfattede besøg fra akutsygeplejersken blev organiseret forskelligt i de to kommuner, og at der var forskel på akutsygeplejerskens kompetencer i de to kommuner.

I Kolding Kommune var akutsygeplejerskerne tilknyttet en selvstændig enhed og havde dermed en organisering, hvor de som gruppe oparbejdede kompetencer i forhold til vurdering og håndtering af akutte patienter. Kompetencer, der adskilte sig fra de kompetencer, der fandtes på plejecentrene.

I Fredericia Kommune var akutsygeplejersken ansat i de enkelte teams i første halvdel af projektperioden. I denne organisering udførte akutsygeplejersken kun Hgb og CRP måling ved besøgene. Hun foretog ikke en helhedsvurdering af patienten.

Endvidere var akutsygeplejerskerne i Fredericia Kommune ikke oplært til at give intravenøs antibiotika eller intravenøs væske i projektperioden, og de havde kun i nogle tilfælde haft mulighed for at give væske subcutant.

Konklusion

Formålet med projektet var at:

1. Øge overlevelsen indenfor 30 dage fra operationstidspunktet
2. Reducere antallet af genindlæggelser indenfor 30 dage fra udskrivelse
3. Øge den sundhedsrelaterede livskvalitet målt med EQ5D

Herunder:

- Forebygge komplikationer i form af infektioner, fald, obstipation og dehydratio.
- Forbedre funktionsniveauet målt med CAS

Samlet set var det i Kom Trygt Hjem projektet lykkedes, at øge overlevelsen og reducere antallet af genindlæggelser indenfor 30 dage og øge den sundhedsrelaterede livskvalitet målt ved EQ5D.

252 patienter deltog i projektet, fordelt med 100 patienter i interventionsgruppen (Kolding og Fredericia Kommune) og 152 patienter i kontrolgruppen (Vejle, Vejen og Middelfart Kommune.) De to grupper var ens i forhold til demografi og indlæggelsestid.

Der var klinisk signifikant forskel på overlevelsen indenfor 30 dage med henholdsvis 94 % i interventionsgruppen og 87 % af patienterne i kontrolgruppen.

Der var signifikant forskel i antallet af genindlæggelser indenfor 30 dage med henholdsvis 14 % genindlæggelser i interventionsgruppen og 30 % genindlæggelser i kontrolgruppen.

Der var en signifikant forskel i tiden fra udskrivelse til genindlæggelse mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen. I interventionsgruppen var der i gennemsnit 5 dage fra udskrivelse til genindlæggelse, mens der i kontrolgruppen var 10 dage i gennemsnit.

En mulig forklaring kunne være, at interventionsgruppen lavede tidlig opsporing af kritisk sygdom, og dermed hurtigere fik handlet på komplikationer.

Den hyppigste årsag til genindlæggelse var infektioner i begge grupper. I interventionsgruppen blev 10 patienter genindlagt med infektion og i kontrolgruppen var det 21 patienter.

I interventionsgruppen blev 31 % af patienterne behandlet efter udskrivelsen. Her var infektioner også en hyppig komplikation, hvor 45 % af disse patienter blev behandlet med antibiotika. Dehydrering var også en hyppig komplikation, hvor 71 % blev behandlet med væsketerapi.

Af de 31 patienter, der blev behandlet efter udskrivelse, blev 4 patienter genindlagt indenfor 30 dage fra udskrivelsen, og 3 patienter døde indenfor 30 dage fra operationstidspunktet, på trods af behandling. 24 % af patienterne i interventionsgruppen var dermed startet behandling og var efterfølgende hverken død indenfor 30 dage fra operationstidspunktet, eller genindlagt indenfor 30 dage fra udskrivelsen. 46 % af disse patienter modtog behandling med antibiotika og 71 % modtog behandling med væsketerapi.

Det var ikke lykkedes at forbedre funktionsniveauet målt med CAS.

Det var derimod lykkedes at øge den sundhedsrelaterede livskvalitet målt med EQ5D. En mulig forklaring kunne være, at borgeren undgår genindlæggelse, at borgeren var bedre smertedækket, var bedre hydreret og oplevede tæt kontakt til personalet, som udførte den tidlige opsporing af sygdom og forebyggelse af komplikationer.

Anbefalinger

Det lykkedes at øge overlevelsen, reducere antallet af genindlæggelser og øge den sundhedsrelaterede livskvalitet målt ved EQ5D med projektet Kom Trygt Hjem.

Interventionen i projektet byggede på 3 indsatser:

1. En systematisk forebyggelse og tidlig opsporing af sygdom og komplikationer
2. Et øget kompetenceniveau ved besøg af kommunale akutsygeplejersker
3. Et øget tværsektorielt samarbejde, hvor sygehuset var behandlingsansvarlig 14 dage efter udskrivelsen og varetog behandlingen af patienten i samarbejde med akutsygeplejersken.

Projektets resultater lægger op til, at interventionen indføres som vanlig praksis med implementering af alle tre indsatser: systematisk tidlig opsporing af sygdom og komplikationer ved hjælp af et struktureret Dag-til-Dag-program, faste og akutte besøg af en kommunal akutsygeplejerske og et behandlingsansvar fra Ortopædkirurgisk afdeling O1 Kolding de første 14 dage efter udskrivelsen.

Referencer

1. Dansk Tværfagligt Register for Hoftenære Lårbensbrud, National årsrapport 2016, 1. december 2014 – 30. november 2015, Version 1, 06. april 2016
2. Rapport. Mortalitetsaudit på Hoftenære Lårbensbrud 2015 17. juni 2016, Ortopædkirurgi, Kolding Sygehus
3. Rapport. Genindlæggelser indenfor 30 dage. Hoftefrakturer december 2015 – november 2016, Ortopædkirurgi. Kolding Sygehus
4. Gregersen M, Zintchouk D, Damsgaard EM et al. Interdisciplinary geriatric intervention among nursing home residents with hip fracture reduces mortality [in Danish]. Ugeskr Laeger. 2010;172(25):1902-1907
5. Kolding Kommunes hjemmeside
<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2013/~media/7F96FF7FC205427F9873BED318DA44CB.a>

Definitioner

Charlson comorbidity score

Charlson comorbidity index score benyttes til at beskrive antal og alvorlighed af patientens komorbide tilstande og bygger på CPR-nummer-baseret søgning på pågældende persons udskrivningsdiagnoser og ambulante diagnoser indberettet i Landspatientregisteret gennem de seneste 10 år før akut indlæggelse med A-diagnose hoftenær fraktur.

Der benyttes 4 kategorier. Kategori 0: ingen kontakter registret i Landspatientregisteret gennem de seneste 10 år før og under akut indlæggelse med A-diagnose hoftenær fraktur. Kategori 1: 1 point for relevante komorbiditets diagnoser. Kategori 2: 2 point for relevante komorbiditetsdiagnoser. Kategori 3: 3 eller flere point for relevante komorbiditetsdiagnoser.

(Dansk Tværfaglig Register for hoftenære lårbensbrud, national årsrapport 2017 p. 135)

Cumulated Ambulation Score (CAS)

CAS (Cumulated Ambulation Score) anvendes til vurdering af basismobilitet.

Tre aktiviteter vurderes: ud af og op i seng; rejse/sætte sig i stol; gang inden døre.

De tre aktiviteter scores hver med 0-2 point, hvor 0 = kan ikke, 1 = kan med personstøtte, 2 = kan selvstændigt. Dette resulterer i en total CAS score fra 0-6.

(Dansk Tværfaglig Register for hoftenære lårbensbrud, national årsrapport 2017 p. 121)

EQ5D

EQ-5D er et ikke-sygdomsspecifikt (generisk) instrument udviklet med henblik på at vurdere helbredsrelateret livskvalitet. Instrumentet er hverken målrettet ældre eller personer med demens. EQ-5D sigter mod en rating af den helbredsrelaterede livskvalitet baseret på udvælgelse af ét blandt tre udsagn inden for hvert af fem domæner (se oversigtstabel). Tidsrammen for ratingen er den aktuelle tilstand (idag).

Udsagnene eller spørgsmålene suppleres af en visuel analog skala (VAS) – også kaldet et 'følelsetermometer' - der går fra 0 (værst tænkelige helbred) til 100 (bedst tænkelige helbred).

Svarene på de fem domæneudsagn kan ved hjælp af såkaldte præferencevægte baseret på danske normdata omsættes til en enkelt indekssværdi inden for intervallet 1,000 til -0,624, idet højere værdier indikerer bedre helbredsrelateret livskvalitet og vice versa (3;4). Indekssværdierne svarer til de 243 kombinationer (35) af svarmuligheder eller helbredsprofiler, som instrumentet rummer.

Oversigt over domæner og udsagn i EQ-5D

Bevægelighed	Jeg har ingen problemer med at gå omkring
	Jeg har nogle problemer med at gå omkring
	Jeg er bundet til sengen
Personlig pleje	Jeg har ingen problemer med min personlige pleje
	Jeg har nogle problemer med at vaske mig eller klæde mig på
	Jeg kan ikke vaske mig eller klæde mig på
Sædvanlige aktiviteter (fx arbejde, studie, husarbejde, familie- eller fritidsaktiviteter)	Jeg har ingen problemer med at udføre mine sædvanlige aktiviteter
	Jeg har nogle problemer med at udføre mine sædvanlige aktiviteter
	Jeg kan ikke udføre mine sædvanlige aktiviteter
Smerter/ubehag	Jeg har ingen smerter eller ubehag
	Jeg har moderate smerter eller ubehag
	Jeg har ekstreme smerter eller ubehag
Angst/depression	Jeg er ikke ængstelig eller deprimeret
	Jeg er moderat ængstelig eller deprimeret
	Jeg er ekstremt ængstelig eller deprimeret

<http://www.videnscenterfordemens.dk/media/1240179/eq-5d%20beskrivelse.pdf>

ASA Score

ASA-systemet (American Society of Anesthesiologists)

- ASA I - en i øvrigt rask patient
- ASA II - en patient med mild systemsygdom uden påvirket funktionsniveau
- ASA III - en patient med svær systemsygdom og nedsat funktionsniveau
- ASA IV - en patient med alvorlig systemsygdom, som er konstant livstruende
- ASA V - en moribund patient, som ikke anses at overleve 24 timer med eller uden kirurgi

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/kirurgi/tilstande-og-sygdomme/anaesthesi/praeoperativ-vurdering/>

Hindsø test

HINDSØ-TEST

Vurdering af den kognitive funktion

For hvert spørgsmål patienten besvarer korrekt, gives et point. Et samlet antal point på under 6 tyder på nedsat kognitiv funktion

Kan patienten angive	Ja	Nej
1. Alder Præcis angivelse af år		
2. CPR nummer Samtlige 10 cifre.		
3. Adresse Hele postadressen. Hvis patienten er flyttet accepteres svar om at være flyttet		
4. Telefonnummer Hvis pt. ikke har telefon skal dette oplyses af patienten		
5. Højde og vægt +/-5 cm/kg fra det aktuelle		
6. Indlæggelsesdato Dato, måned og år. Angives med +/- 1 dag		
7. Indlæggelsesårsag Hoftebrud/fald		
8. Medicintype Eget medicin i hovedgrupper f.eks. smertestillende og Blodtryk Hvis patienten ikke bruger medicin oplyses dette		
9. Genkende interviewer Efter minimum en time		
Samlet antal point		

https://infonet.regionssyddanmark.dk/d4doc/formularer/Upload/2020/08/Delirium%20Hinds%C3%B8-test%20%2C%20SLB_2.pdf

NOTAT

Til: Sundhedssamarbejdsudvalget

Bilag 1 – Orientering om de særlige pladser i psykiatrien og integrerede dobbeltdiagnosetilbud

De Særlige Pladser

I aftalen om regionernes økonomi for 2024 er besluttet, at De Særlige Pladser i psykiatrien fra 1. juli 2024 omlægges til "...et længerevarende tilbud forankret i den regionale psykiatri målrettet samme målgruppe." Omlægningen af De Særlige Pladser træder i kraft den 1. juli 2024.

Region Hovedstadens Psykiatri vil ikke umiddelbart kunne fastholde driften af de særlige pladser i Frederikssund, når pladstallet, som følge af økonomiaftalen mellem Regeringen og Danske Regioner, reduceres fra 42 til 28 pr. 1. juli 2024. Region Hovedstadens Psykiatri oplever det allerede tiltagende vanskeligt at opretholde driften af de nuværende 42 senge på grund af personale-mangel.

Der er en proces i gang, hvor der bliver set på den fremtidige tilrettelæggelse af pladserne. Herunder er fordele og ulemper ved forskellige scenarier blevet belyst og drøftet. På den baggrund har Region Hovedstadens social- og psykiatriudvalg på møde den 6. februar godkendt et scenarie, der indebærer en flytning af 23 særlige pladser til Psykiatrisk Center Glostrup (Brøndbyøstervej) samt aflastningsmulighed med én intensiv seng på hvert af de fem psykiatriske centre. Desuden er en forudsætning i scenariet, at der sker fusion af to rehabiliteringsafsnit på Psykiatrisk Center Ballerup samt kapacitetsændring vedrørende rehabiliteringspladserne. Forslagene skal nu forelægges til godkendelse i Region Hovedstadens forretningsudvalg og regionsråd.

Endvidere skal oplyses, at det kan blive nødvendigt at gennemføre nogle ændringer i forhold til kapacitet og organisering af de særlige pladser i tiden frem

til, at reduktionen af pladstallet træder i kraft. Fx overvejes det at samle aktiviteten på to afsnit (mod tre i dag) tidligere end planlagt. I givet fald skal der også ske ændringer med hensyn til tomgangsbetaling. Det er nødvendigt, at belægningen ikke er markant over 28, når pladstallet bliver reduceret, da det vil skabe en omplaceringsproblematik

Det skal desuden nævnes, at det er Region Hovedstaden Psykiatri's ønske at fastholde en visitationsproces med stor inddragelse af kommunerne også efter den 1. juli 2024, selvom visitationsretten overgår til regionerne.

Integreret dobbeltdiagnosetilbud

Regeringen, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening har med økonomiaftalerne for 2024 indgået aftale om, at regionerne fra september 2024 og frem til og med 2027 trinvis skal indfase et integreret dobbeltdiagnosetilbud. Tilbuddet skal sikre et sammenhængende behandlingstilbud og dermed imødekomme de udfordringer som mange mennesker med psykisk sygdom og en samtidig rusproblematik har oplevet som følge af, at behandlingsansvaret har været delt mellem to sektorer.

Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen har udarbejdet en faglig visitationsretningslinje (1), der beskriver målgruppen og rammerne for tilbuddet nærmere.

Det integrerede dobbeltdiagnosetilbud er målrettet mennesker over 18 år med moderat til svær psykisk sygdom (eller mistanke herom) og samtidig rusmiddelproblematik. Henvielse til det integrerede tilbud skal tage udgangspunkt i en individuel, helhedsorienteret afdekning af den enkeltes behandlingsbehov og hidtidige forløb, herunder karakteren og sværhedsgraden af den psykiske sygdom og rusmiddelproblematikken, den samlede funktionsevne og forekomsten af sociale problemer og somatiske sygdomme.

I den faglige visitationsretningslinje skelnes der mellem parallelle behandlingsforløb, hvor psykiatri- og rusmiddelbehandling foregår samtidigt og koordineret på tværs af kommune og region, og integrerede behandlingsforløb, hvor psykiatri- og rusmiddelbehandling udelukkende foregår i regionen og er forankret på én lokation.

Visitationsretningslinjen beskriver en model for "stepped-care", hvor det parallelle forløb og det integrerede forløb er placeret på hver sit trin i modellen. Det er centralt, at den enkelte borger modtager behandling på det rette indsatstrin og har let adgang til behandling. Visitationsretningslinjen peger i den sammenhæng på, at regionerne skal følge princippet om "no wrong door" i behandlingen til mennesker med dobbeltdiagnose.

Trinvis indfasning af integreret dobbeltdiagnosetilbud

Det integrerede dobbeltdiagnosetilbud skal, som vist nedenfor, indføres trinvis. Den trinvis indfasning betyder, at regionerne først begynder at overtage borgere fra kommunernes rusmiddelbehandling fra juli 2025.

Tabel 1: Plan for indfasning af integreret dobbeltdiagnosetilbud i regionerne		
Tidspunkt	Målgruppe	Antal (landsplan)
Indføres fra: September 2024	Gruppe 1: Patienter i aktuel behandling i psykiatrien, men ingen samtidig behandling for rusmiddelproblem	4.600
Indføres fra: Juli 2025	Gruppe 2: Patienter i aktuel behandling i psykiatrien og samtidig behandling for rusmiddelproblem i kommunalt regi	4.000
Indføres fra: Juli 2026	Gruppe 3: Patienter alene i behandling for rusmiddelproblem i kommunalt regi, men formodning om moderat til svær psykisk lidelse	700

Til at finansiere det integrerede dobbeltdiagnosetilbud øges regionernes bloktilskud med 64 mio.kr. i 2024, 178 mio. kr. i 2025, 285 mio. kr. i 2026 og 323 mio. kr. i 2027 og frem. Samtidig reduceres kommunernes bloktilskud med 17 mio. kr. i 2025, 124 mio. kr. i 2026 og 162 mio. kr. i 2027 og frem.

Tværrregionalt arbejde med integreret dobbeltdiagnosetilbud

For at sikre ensartet tilbud på tværs af landet nedsatte de fem regioner i efteråret 2022 en tværrregional arbejdsgruppe til udvikling af det integrerede dobbeltdiagnosetilbud. Det er Region Hovedstaden, der leder arbejdet, og det gennemføres i tæt samarbejde med Kommunernes Landsforening, Foreningen for Ledere i Offentlige Rusmiddelbehandling (FLOR) og andre kommunale repræsentanter.

Den tværrregionale arbejdsgruppe har til opgave at udarbejde beskrivelser af ambulante patientforløb og forløb for indlagte patienter. Derudover arbejder gruppen med kompetenceudvikling primært målrettet medarbejdere i regionerne, men der arbejdes også på at afdække muligheder for kompetenceudvikling til kommunale medarbejdere og pårørende.

Regionalt arbejde med integreret dobbeltdiagnosetilbud

Det regionale arbejde med det integrerede dobbeltdiagnosetilbud er forankret i Region Hovedstadens Psykiatri.

Der er nedsat en faglig reference, hvor der indgår repræsentanter fra Region Hovedstadens Psykiatri, brugerrepræsentanter og to kommunale repræsentanter. Derudover har Tværsektoriel strategisk styregruppe (TSS) godkendt, at TSS og de tværsektorielle driftsfora for psykiatrien løbende holdes orienteret om arbejdet med det integrerede dobbeltdiagnosetilbud.

Der er også opmærksomhed på, at det er nødvendigt at afklare, hvordan det mere lokale samarbejde mellem hvert psykiatrisk center og kommunerne i centerets optageområde organiseres mest hensigtsmæssigt.

Det er forventningen, at den konkrete plan for implementeringen af det integrerede dobbeltdiagnosetilbud vil være klar i løbet af februar 2024. På nuværende tidspunkt er der besluttet en række principper for implementeringen:

- Implementering i eksisterende tilbud og opretholdelse af nuværende organiseringer for at undgå yderligere overgange i behandlingen, det vil sige at der ikke oprettes specialtilbud eller -enheder.
- Implementering i hovedfunktioner først for at sikre grundlæggende erfaringer inden der tages stilling til implementering i eventuelle specialtilbud.
- Trinvis implementering for sikre en lærings- og kompetenceudviklingsproces, der tager hensyn til resterende drift, tilstrækkelige ressourcer til implementeringsunderstøttelse og optimale muligheder for løbende læring og justering.
- Eksisterende dobbeltdiagnosetilbud fortsætter som tidligere, indtil der er indsamlet erfaringer med den integrerede behandling og dermed viden om, hvordan behandlingen påvirker de eksisterende tilbud.

Videre proces

Tværsektoriel strategisk styregruppe og de tværsektorielle driftsfora for psykiatrien vil løbende blive holdt orienteret om arbejdet med det integrerede dobbeltdiagnosetilbud og om arbejdet med de særlige pladser

1) ([link](https://www.sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2023/Visitation-til-integreret-behandling-af-mennesker-med-psykisk-lidelse-og-rusmiddelproblematik)) www.sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2023/Visitation-til-integreret-behandling-af-mennesker-med-psykisk-lidelse-og-rusmiddelproblematik.