



Evalueringsrapport August 2019

Samarbejdsprojekt:

Udvikling og evaluering af en samarbejdsmodel mellem de praktiserende læger og plejepersonale i plejecentre på Frederiksberg.

Frans Waldorff, speciallæge i almen medicin, professor, ph.d.

Anita Mink, speciallæge i almen medicin, praktiserende læge, Frederiksberg.

Torben Lauren, Konstitueret Social-, Sundheds- og Arbejdsmarkedsdirektør,
Sundheds- og Omsorgschef, Frederiksberg Kommune.

Denne rapport har til formål at evaluere et samarbejdsprojekt i Frederiksberg kommune. Rapporten vil bruge data fra sygesikringsydelse som led i evalueringen og sammenholde disse med den kvalitative evaluering af projektet.

Projektets formål var at udvikle og implementere en Samarbejdsmodel mellem plejecentrenes sygeplejefaglige personale og de praktiserende læger på Frederiksberg og derved bedre den sundhedsfaglige indsats for borgere i plejebolig.

Selvom den kvalitative evaluering blev lavet efter implementeringsfasen november 2016, har det først været muligt at lave denne sammenhængende evaluering i 2019, da de kvantitative data først er blevet tilgængelige på nuværende tidspunkt.

Vi har valgt at indarbejde et kort resume af den kvalitative del-evaluering, således at vi får mulighed for at diskutere begge delevalueringer samlet.

Resume af projektet:

I 2013 indgik Frederiksberg kommune et samarbejde med de praktiserende læger i kommunen for at forbedre den sundhedsfaglige indsats mellem almen praksis og plejecentrene.

Baggrunden for projektet er, at plejecenterbeboere er blandt de skrøbeligste borgere i vores samfund, med mange komplekse sundhedsfaglige problemstillinger herunder betydelig i risiko for indlæggelse og død. Derfor vil mange borgere i plejebolig have behov for den praktiserende læge som tovholder for den sundhedsfaglige indsats i tæt samarbejde med plejepersonalet.

Målet med dette projekt var at finde løsninger for samarbejdet inden for gældende rammer, organisering og overenskomst, uden at aktivt ændre på antallet af samarbejdspartnere.

Projektet startede i 2014 med at Forskningsenheden for Almen Praksis afdækkede samarbejdsrelationerne mellem lægerne i almen praksis og personalet på plejecentrene, i Frederiksberg Kommune. Det foregik ved hjælp af fire semi-strukturerede fokusgruppe-interviews. Med baggrund i disse interviews viste rapporten, et betydeligt behov for en klar struktur og entydige retningslinjer for samarbejdet.

Projektgruppen besluttede herefter at udvikle en Samarbejdsmodel mellem det sygeplejefaglige personale og de praktiserende læger, med særlig fokus på struktur, kommunikation og planlagte besøg, hvor plejepersonalets observationer inddrages.

På forhånd havde projektgruppen opstillet følgende succeskriterier:

1. Udvikling og afprøvning af en model for samarbejdet mellem personalet på plejecentrene og de praktiserende læger på Frederiksberg.
2. Større tilfredshed med samarbejdet blandt personale og læger
3. Stigning i antallet af planlagte besøg (udvalgte ydelser) hos flere borgere og bedre kvalitet af personalets henvendelser (kvalitativ).

Udvikling af samarbejdsmodellen fandt sted i 2015, gennem i alt 4 workshops hvor plejepersonale, ledere af plejecentre, praktiserende læger, sundhedschef, praksiskonsulenter og den lokale PLO-K formand indgik i en proces med relationel koordinering. Et væsentlig bidrag til denne proces var, en møderække, der havde til formål at afklare overordnede retningslinjer vedrørende medicin, fravalg af genoplivningsforsøg og livsforlængende behandling samt udarbejdelse af den konkrete håndtering hos personale og læger.

Samarbejdsmodellen havde 4 nedslagspunkter: 1. Indflytning på plejecenter, 2. planlagte besøg, 3. akut forværring af borger samt 4. den terminale fase, med konkret handlingsanvisende kommunikation for samarbejdet.

Samarbejdsmodellen blev afprøvet fra 1. november 2015 til 31. juli 2016, på alle 12 plejecentre og hos alle praktiserende læger med tilknytning til plejecentrene på Frederiksberg. Implementeringen bestod i fællesmøder, information til PLO-Frederiksbergmøder samt præsentationsrunde på plejecentrene.

På Frederiksberg Kommune bor knapt 900 borgere i plejeboliger. Plejeboligerne er fordelt på 12 plejecentre, som har mellem 23 og 150 beboere. Der er 62 praktiserende læger i almen medicin (almen praksis) fordelt på 51 klinikker.

Forskningsenheden for almen praksis i København har bidraget til projektets udformning, semi-strukturerede gruppe interviews samt evalueringsrapporter og dataindsamling. Cubion konsulenthus har medieret udviklingsprocessen af Samarbejdsmodellen. TFE har været rådgivende og udfærdiget en evalueringsrapport i 2017, vedrørende de tværgående ledelsesforhold i projektet.

Projektledelsen bestod af Torben Laurén, daværende Sundheds- og Omsorgschef i Frederiksberg Kommune og Anita Mink, praktiserende læge og daværende PLO-K formand samt projektkoordinator Susanne Mikkelsen, Specialkonsulent.

Projektet blev støttet af Frederiksberg Kommune, Kvalitet og efteruddannelse i almen praksis (KEU) og den Tværsektorielle Forskningsenhed (TFE).

1. Kort resumé af kvalitativ rapport

Den kvalitative evaluering bestod af 4 semi-strukturerede gruppe interview med læger, plejepersonale og plejhjemsledere. Evalueringsrapporten (november 2016), som var en

sammenfatning, diskussion og rekommandationer for samarbejdet, beskrev et forbedret samarbejde mellem de sundhedsprofessionelle, ved at have etableret en platform og struktur for samarbejdet. Men selve udviklingsarbejdet af Samarbejdsmodellen i projektperioden blev også nævnt som en væsentlig faktor for en bedre forståelse af samarbejdet med hinanden.

Rapporten belyste at der fortsat var problemer med kvaliteten af plejepersonalets henvendelser til lægerne, specifikt blev det anbefalet at personalet blev oplært og trænet i denne kompetence. Vedrørende lægernes besøg ønskedes også at det blev tilstræbt at disse blev planlagt personalets dagvagt, for at sikre kontinuitet i samarbejdet med personalet.

De sundhedsprofessionelle beskriver de fire nedslag i samarbejdet som relevante at fokusere på og til gavn for borgerne. Det fremgår for eksempel af evalueringen, at samarbejdet om en værdig død for beboerne er forbedret.

Der henvises i øvrigt til den kvalitative rapport, som er vedlagt denne evaluering.

2. Data og kvantitativ evaluering

Metode

Rapporten ser på data i perioden fra 1.1.2014 til 31.12.2016 begge dage inkl. Data fra 2015 anvendes som baseline-periode. Da der er en stor udskiftning af borgere på plejecentrene, er disse identificeret 1 gang om året (1. januar). Derfor er populationen ikke ens per år. Borgere over 65 år i Frederiksberg kommune anvendes som referencepopulation.

Definition af borgere der bor på plejecentre

Alle borgere, der bor på et plejecenter i Frederiksberg Kommune i testperioden med mindst én ydelse fra en Frederiksberg-læge indgår. Der skelnes således ikke mellem hvem, der har betalingsforpligtelsen over for beboeren. Alle borgerne på plejecentrene indgår i denne definition, men analyserne er kun udført på borgere over 65 år. Borgerne på plejecentrene er opgjort som borgere på et plejecenter den første dag i hver periode (dvs. på følgende datoer: 1.1.2014, 1.1.2015 og 1.1.2016).

Borgerne på plejecentrene med en Frederiksberg-læge er borgere, der den første dag i hver subperiode har en læge, der har ydernummer i Frederiksberg Kommune. Borgerne i sygesikringsgruppe 2 indgår derfor ikke.

Referencegruppen

Referencegruppen er alle borgere over 65 år bosat på Frederiksberg 1.1 2014, 1.1 2015 og 1.1 2016.

Sygesikringsydelse

Projektgruppen havde opstillet ét succesmål, som blev operationaliseret ved hjælp af ydelser i sygesikringsregisteret (Tabel 1).

Tabel 1 Definition af de forskellige typer kontakter

Direkte ydelser er for borgeren i plejebolig et lægebesøg, medens det for øvrige +65 årige i langt de fleste tilfælde er en konsultation i lægens klinik. Indirekte ydelser er enten telefoniske eller elektronisk henvendelse, for borgeren i plejebolig er det personalet der henvender sig, medens det for øvrige + 65 årig oftest er borgeren selv der tager kontakten. Udvalgte ydelser er en særlig type kontakt der på forhånd er planlagt enten i form af et besøg hos borgeren eller ved konsultation i klinikken.

Specifikt for de opsøgende og opfølgende besøg, er at disse afholdes bl.a. med det formål, at sikre samarbejdet mellem personalet i hjemmepleje eller plejecentre og den praktiserende læge.

Ydelseskode	Navn på ydelseskode	Bemærkning til afgrænsning
Direkte kontakter		
0101	Konsultation	Ydelsen er afgrænset til dagtid
0102	Behandling af 2. sikrede i samme hjem	Ydelsen er afgrænset til dagtid
0120	Aftalt specifik forebyggelsesindsats	
0121	Opsøgende hjemmebesøg	
0411	Sygebesøg indtil 4 km	
0421	Sygebesøg 5-8 km	
0431	Sygebesøg 9-12 km	
0441	Sygebesøg 13-16 km	
0451	Sygebesøg 17-20 km	
0461	Sygebesøg påbegyndt 21 km	
0491	Sygebesøg på ruten	
4282	Kontrol demens (årlig)	
4250	Opfølgende hjemmebesøg	
Udvalgte kontakter		
0121	Opsøgende hjemmebesøg	
4250	Opfølgende hjemmebesøg	
0120	Aftalt specifik forebyggelsesindsats	
4282	Kontrol demens (årlig)	
Indirekte kontakter		
0105	E-konsultation	
0201	Telefonkonsultation	
3201	Telefonisk henvendelse til/fra kommune	

Datakilder

Data vedrørende hvilke borgere, der bor på plejecentre, er hentet fra Care. Data vedrørende hvilken læge borgerne har, er hentet fra Yderregisteret gennem Forskerservice. Data vedrørende testgruppens og kontrolgruppens forbrug af sygesikringsydelser, er hentet fra Kommunal Økonomisk Sundhedsinformationsgrundlag (KØS) gennem Forskermaskinen og Sundhedsdatastyrelsen.

Analyser

Der anvendes kun deskriptive analyser til dette projekt.

Resultater

Tabel 2 viser oversigten over beboere på plejecentre. Der ses en lille stigning i antallet af beboere, antallet af 65+ årige er konstant. Andelen med mindst én kontakt til Frederiksberg-

læge er ligeledes nogenlunde konstant, disse borgere udgør projektpopulationen (borgere i plejebolig, der har en Frederiksberglæge).

Tabel 2 Oversigt over beboere på plejecentre i Frederiksberg, per projektår.

	2014	2015	2016
Borgere på plejecentre	862	884	891
Antal borgere 65 år + på plejecentre	833	849	855
Antal borgere 65 år, med mindst én kontakt til Frb. læge	675	705	680

Tabel 3 viser udviklingen i sygesikringsydelserne. De direkte ydelser (alle besøg) hos borgere i plejebolig falder 23% medens ydelser (almindelig konsultation) hos øvrige +65 årige er stationære. De indirekte ydelser (elektroniske og telefoniske henvendelser) lå højt hos borgere i plejebolig, mens der var en faldende tendens hos øvrige +65 årige. Der var en beskedent stigning i udvalgte ydelser (planlagte besøg) i projektpopulationen på 13%.

Tabel 3 Antal leveret ydelser fra almen praksis per borger på plejecenter, med Frederiksberg borgere på 65 år som reference, per projektår.

	2014	2015	2016
Direkte ydelser			
Plejecenter beboer	4,9	4,8	3,7
Reference borgere over 65+	4,9	4,8	4,6
Udvalgte ydelser			
Plejecenter beboer	0,7	0,8	0,9
Reference borgere over 65+	0,3	0,4	0,4
Indirekte ydelser			
Plejecenter beboer	14,8	16,9	16,3
Reference borgere over 65+	4,8	4,9	4,2

Tabel 4 viser at antallet af opsøgende besøg var konstant over projektperioden; hvor 41 % dvs. at 4 ud af 10 borgere i plejebolig fik et opsøgende besøg. Aftalt specifik forebyggelsesindsats og kontrol for demens samt opfølgende hjemmebesøg fordobledes. Ud fra vores datamateriale har vi ikke kunne vurdere om der er flere unikke patienter der får besøg eller om det er de samme borgere der får flere besøg.

Tabel 4**Udviklingen i leverede udvalgte ydelser til borgere på plejecentre per projektår**

	Antal leverede udvalgte ydelser			Antal leverede udvalgte ydelser pr. beboer på plejecenter		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Sammenlagt for alle plejehjem	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Aftalt specifik forebyggelsesindsats	54	95	93	0,08	0,13	0,14
Kontrol demens	29	41	62	0,04	0,06	0,09
Opfølgende hjemmebesøg	94	142	195	0,14	0,20	0,29
Opsøgende hjemmebesøg	280	276	279	0,41	0,39	0,41
I alt	457	554	629	0,68	0,79	0,93

3. Diskussion

Som udgangspunkt havde den praktiserende læge lige så meget direkte kontakt med borgere i plejebolig, som øvrige +65 årige. Hos borgeren i plejebolig, i form af besøg, medens øvrige + 65 årige oftest selv kommer i klinikken.

Korrespondance og telefoniske kontakter (indirekte ydelse) var knap 4 gange så hyppige hos borgere i plejebolig, som hos øvrige +65 årige og stort set uændret efter implementering af samarbejdsmodellen.

Det høje antal indirekte kontakter var nok forventeligt, da plejehjemspopulationen har en høj frekvens af multisygdom, indlæggelser og død. Men af den kvalitative projektevaluering blev kvaliteten af henvendelserne efter implementering af samarbejdsmodellen, fortsat kritiseret; specifik oplæring og træning af personalet blev anbefalet.

Efter implementeringen af Samarbejdsmodellen sås der lidt overraskende, et fald i sygebesøg (direkte ydelser) på 23 % hos borgere i plejebolig, samtidig sås en relativ lille stigning på 13% i de planlagte besøg (udvalgte ydelser).

Hvis man sammenligner med nationale tal for sygebesøg (direkte ydelser)ⁱ genfindes besøgs-ydelses et mønsteret i 2014-16, hvor der nationalt ses 9% færre besøg (direkte ydelser) og flere planlagte (udvalgte ydelser).

Stigningen i planlagte besøg sås primært ved en fordobling af det opfølgende besøg.

Faldet i sygebesøg kan således ikke alene tilskrives samarbejdsmodellen, men samarbejdsmodellen og projektarbejdet kan have bidraget til at flere problemer løses ved bedre opfølgninger efter indlæggelser.

At de udvalgte ydelser (planlagte) forekom dobbelt så hyppige hos borgeren i plejebolig, var forventeligt, men stigningen i planlagte besøg på 13%, var langt lavere end forventet.

Særligt fremgår det ikke hvorvidt det øgede antal planlagte besøg, fandt sted hos de borgere der allerede fik et årligt opsøgende besøg, eller der faktisk var flere borgere der modtog besøg. Dermed kan vi ikke entydigt konkludere, at flere borgere i plejebolig modtager et planlagt besøg, som var et af projektets succeskriterier.

Set i lyset af populationens karakteristika af multimorbiditet, indlæggelser og død, lå de planlagte (udvalgte ydelser) lavt og kun 41% af borgere i plejebolig fik før og efter implementering, et opsøgende besøg.

Antal besøg er ikke i sig selv et udtryk for kvaliteten af det sundhedsfaglige tilbud, men projektets hypotese var at planlagte besøg (særligt de opsøgende og opfølgende besøg) ville give mulighed for at inddrage personalets observationer ved lægens besøg, og at dette ville være en fordel for såvel borger som læge og personale.

Den kvalitative evalueringsrapport viser at personalet efterspørger, at lægens besøg i større udstrækning planlægges i personalets dagvagt, hvor der er bedre mulighed for at indgå i et samarbejde – tallene og kritikken kunne tyde på at en udvikling i retning af flere planlagte besøg med inddragelse af personalets observationer, vil kunne fremme samarbejdsrelationen yderligere.

4. Samlet konklusion

Dette studie tyder på at et forbedret samarbejde mellem de forskellige sundhedsprofessioneller delvist kan tilskrives Samarbejdsmodellen, særligt lægges der vægt på at der er opnået en forbedret struktur af samarbejdet.

Der er fortsat behov for bedre kvalitet af særligt de mange korrespondance henvendelser, der anbefales specifik oplæring og træning af personalet.

Det anbefales at lægens besøg så vidt muligt lægges i personalets dagvagt, hvor plejepersonalets observationer kan inddrages. Særligt skal det pointeres at der ikke er noget der tyder på at implementering af Frederiksberg samarbejdsmodel med fokus på lægens planlagte besøg, vil belaste lægerne med flere besøg, idet der alene er set et fald i antallet af besøg over projektperioden.

Den beskedne effekt på antallet af planlagte besøg (udvalgte ydelser), kan skyldes en forholdsvis kort måleperiode eller at implementeringstiltagene ikke var tilstrækkelige til at skabe forandring i to organisationer på tværs af sektorer - som her i samarbejdet mellem de praktiserende læger og personalet på plejecentrene.

5. Implikationer

Samarbejdsmodellen har været med til at understøtte et bedre samarbejde ved at etablere en struktur mellem almen praksis og plejecentrene.

Projektet viste at der er behov for

- 1) at kvalificere plejepersonalets henvendelser til de praktiserende læger.
- 2) analyse af hvilke tiltag der er nødvendige for at ændre lægernes besøgs mønster, mod flere planlagte besøg, som skal foregå i personalets dagvagt, hvor deres observationer kan inddrages.

Et fremtidigt projekt kan fokusere på at identificere barrierer for at koordinere og udføre relevante årlige helbredsgennemgang (opsøgende besøg) og opfølgning efter indlæggelse (opfølgende besøg) blandt borgere på plejecentre.

Herudover vil det være interessant at se på variation mellem ydernumre i forhold til opsøgende – og opfølgende besøg.

Dette projekt understreger behovet for at der løbende evalueres på tværsektorielle projekter.

ⁱ Kilde: ydelsesregisteret, PLO.