

Denne rapport er udarbejdet af
Sektion for Tværsektoriel Forskning
Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse
Region Hovedstaden, 2020

www.tferegionh.dk

Forord

Denne evaluering er udarbejdet af seniorforsker Julie Christina Grew og sektionschef Michaela Louise Schiøtz, Sektion for Tværsektoriel Forskning, for Kvalitetsafdelingen, Patientforløbsenheden, Nordsjællands Hospital.

Opgaven bestod i at yde bistand til projektledelsen til gennemførelse og afrapportering af tværsektorielle journalaudits til evaluering af stuegangsteamets indsats i projektet Tværsektoriel Stuegang, som blev udført i samarbejde mellem Nordsjællands Hospital, de otte kommuner i Planlægningsområde Nord og almen praksis i perioden 2017-2019. Julie Christina Grew og Michaela Louise Schiøtz har således medvirket til udvikling af auditskemaer, faciliteret pilottest og audits og skrevet nærværende rapport.

Sektion for Tværsektoriel Forskning takker de medvirkende læger, sygeplejersker, farmaceuter og social- og sundhedsassistenten fra henholdsvis Nordsjællands Hospital, almen praksis og de midlertidige døgnpladser i de otte deltagende kommuner samt de patienter, hvis patientforløb indgik i auditeringen.

Michaela Louise Schiøtz, sektionschef, og Julie Christina Grew, seniorforsker
Sektion for Tværsektoriel Forskning
Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
Marts 2020

Indhold

Resumé.....	5
Indledning.....	8
Tværsektoriel Stuegang.....	8
Det udgående stuegangsteam	8
Formål med evalueringen.....	8
Materiale og metoder.....	8
Tværsektorielle journalaudits.....	8
Resultater	10
Patienter med multisygdom, polymedicinering og komplekse forløb.....	10
Indlæggelsesforløb	10
Forløb på midlertidige døgnpladser	12
Forløb med stuegangsteamet.....	13
Opsamling på udfordringer i patientforløbene og stuegangsteamets indsats.....	15
Konklusion og perspektivering.....	16

Resumé

Baggrund

Tværasektoriel Stuegang var et samarbejdsprojekt mellem Nordsjællands Hospital, de otte kommuner i Planlægningsområde Nord og almen praksis, som havde til formål at forbedre tværasektorielle forløb for ældre medicinske patienter, der udskrives fra Nordsjællands Hospital til en kommunal midlertidig døgnplads. Projektet bestod af fire indsatser. Nærværende evaluering omhandler indsatsen Model for Tværasektoriel Stuegang, som bestod i, at et udgående stuegangsteam fra Nordsjællands Hospital gik stuegang på udvalgte patienter på de kommunale midlertidige døgnpladser. I projektperioden maj 2017 til oktober 2019 blev der gået stuegang på i alt 268 patienter.

Formålet med nærværende evaluering var at undersøge effekten af det udgående stuegangsteams indsats på patientforløb, som stuegangsteamet har været involveret i, såvel som at skabe generel læring om patientforløb på tværs af sektorgrænser.

Materiale og metoder

Evalueringen er baseret på journalaudits på 17 patientforløb, som det udgående stuegangsteam har været involveret i. I hver audit deltog en speciallæge, en sygeplejerske og en farmaceut fra Nordsjællands Hospital, en praktiserende læge fra hospitalets optageområde samt en eller to sygeplejersker (i et enkelt tilfælde en social- og sundhedsassistent) fra de kommunale midlertidige døgnpladser i patientens hjemkommune. Auditeringen tog udgangspunkt i den indlæggelse, der lå forud for patientens første kontakt med stuegangsteamet og omhandlede selve indlæggelsen, forløbet på den midlertidige døgnplads og forløbet med stuegangsteamet.

Resultater

PATIENTER OG PATIENTFORLØB

- Multisyge, polymedicinerede patienter med komplekse forløb
- Gennemsnitsalder 81 år
- Indlæggelser varede fra få timer til 87 dage
- Over halvdelen var indlagt min. en gang i de to foregående måneder, og over halvdelen blev indlagt under eller umiddelbart efter forløbet med stuegangsteamet
- Halvdelen var på audittidspunktet afgået ved døden
- Udredning og behandling under indlæggelse var i de fleste forløb tilstrækkelig
- I over halvdelen af forløbene var der risiko for snarlig genindlæggelse, og i halvdelen af forløbene kunne hospitalet have gjort mere for at reducere denne risiko, fx ved hjælp af længere indlæggelse eller yderligere udredning
- Ophold på midlertidige døgnpladser varede gennemsnitligt 37 dage
- Målinger af vitale værdier på de midlertidige døgnpladser var i halvdelen af forløbene ufuldstændige eller usystematiske
- Første besøg af stuegangsteamet skete gennemsnitligt to dage efter ankomst.

Udfordringer i patientforløb på tværs af hospital, kommune og almen praksis

På tværs af de 17 patientforløb, der var omfattet af auditeringen, blev der identificeret en række udfordringer, som overordnet var relateret til kommunikation mellem hospital, kommune og almen praksis og til medicinering. I størstedelen af forløbene var der ikke delt nødvendig information på tværs af hospital, kommune og almen praksis hverken ved indlæggelse eller udskrivelse, eller den delte information var utilstrækkelig. I halvdelen af forløbene blev patientens medicinering vurderet som uhensigtsmæssig både ved indlæggelse og ved udskrivelse.

UDFORDRINGER MED KOMMUNIKATION OG MEDICINERING

VED INDLÆGGELSE:

- Henvisning fra indlæggende læge blev sendt i halvdelen af forløbene, men kun i en tredjedel heraf var informationen fyldestgørende
- Der manglede oftest medicinliste, oplysninger om tentativ diagnose og bidiagnoser
- Manuelt opdateret indlæggelsesrapport fra kommunen blev sendt i under halvdelen af forløbene, og ofte blev den modtaget dagen efter indlæggelsen eller senere
- Medicineringen blev vurderet som uhensigtsmæssig i halvdelen af forløbene.

VED UDSKRIVELSE:

- Epikrise til egen læge blev sendt i alle forløb, men i under halvdelen af forløbene var informationen fyldestgørende
- Der manglede oftest medicinliste, prøveværdier, årsag til indlæggelse og plan
- Udskrivningsrapport, plejeforløbsplan og genoptræningsplan blev sendt i over halvdelen af forløbene, men kun i et enkelt forløb var informationen fyldestgørende
- Der manglede oftest medicinliste, plan og information om forløb/indlæggelse
- Medicineringen blev vurderet som uhensigtsmæssig i halvdelen af forløbene.

Det udgående stuegangsteams indsats

Stuegangsteamets indsats bestod af en helhedsgennemgang af patient og patientforløb, gennemgang og justering af medicin, udarbejdelse af en plan for det videre forløb, og faglig sparring og deling af information med det kommunale personale. Til hjælp for dette arbejde benyttede stuegangsteamet sig af inddragelse af patient og pårørende, adgang til information i Sundhedsplatformen og i de kommunale omsorgssystemer samt kontakt til speciallæger og praktiserende læger. Herved blev der rettet op på nogle af de udfordringer med kommunikation og medicinering, som auditdeltagerne identificerede i de pågældende patientforløb.

STUEGANGSTEAMETS INDSATS

INDHOLD:

- Helhedsgennemgang af patient og forløb
- Medicingennemgang og justering
- Udarbejdelse af plan for det videre forløb
- Faglig sparring og informationsdeling m. personale på midlertidige døgnpladser.

EFFEKT:

- Indsatsen skabte overblik i de fleste forløb
- Patientens sundhedstilstand blev i de fleste forløb forbedret og i halvdelen af forløbene i væsentlig eller afgørende grad
- Medicineringen blev optimeret i de fleste forløb
- Det efterfølgende forløb blev forbedret i mange forløb
- Genindlæggelser blev forebygget i nogle forløb.

DET SÆRLIGE VED INDSATSEN:

- En kontinuerlig og helhedsorienteret indsats
- Hurtig opstart og hyppige besøg
- Inddragelse af patient og pårørende.

I de fleste forløb blev det vurderet, at stuegangsteamet havde ydet en indsats, der ikke er mulig eller er vanskelig i det nuværende sundhedsvæsen, og i halvdelen af forløbene blev det vurderet, at en praktiserende læge ikke kunne have ydet en tilsvarende indsats. Det, som i særdeleshed adskiller stuegangsteamets muligheder fra andre aktører i sundhedsvæsenet, er tid til at yde en kontinuerlig og helhedsorienteret indsats med hyppige besøg, hvor patientens forløb gennemgås grundigt, medicin justeres, og patient og pårørende inddrages, og mulighed for at rykke ud samme dag, som teamet kontaktes.

Konklusion

Evalueringen peger på, at nogle grundlæggende forudsætninger for sammenhængende patientforløb ikke altid var til stede forud for stuegangsteamets involvering i de 17 patientforløb. De elektroniske kommunikationssystemer fungerede ikke optimalt, ligesom kvaliteten af indholdet i kommunikationen ikke var optimal. Dette medførte manglende oplysninger på hospitalet, i kommunen og i almen praksis, udfordringer med korrekt medicinordination og uklarhed omkring medicinsk behandling. Det var særligt disse udfordringer, som stuegangsteamet løste. Efter projektperiodens ophør kan visse elementer af stuegangsteamets indsats med fordel foretages under indlæggelse, mens andre elementer kan varetages af praktiserende læger. For at give de sundhedsprofessionelle mulighed for at bruge den nødvendige tid på eksisterende og nye opgaver er der dog behov for organisatoriske ændringer. Det ekstra tidsforbrug må forventes at kunne spare ressourcer andre steder i systemet, idet tværsektorielle patientforløb forbedres.

Indledning

Tværasektoriel Stuegang

Tværasektoriel Stuegang var et samarbejdsprojekt mellem Nordsjællands Hospital, de otte kommuner i Planlægningsområde Nord og almen praksis, der havde til formål at forbedre tværasektorielle forløb for ældre medicinske patienter, der udskrives fra Nordsjællands Hospital til en kommunal midlertidig døgnplads. Projektet var finansieret af satspuljemidler og foregik i perioden ultimo 2016 til ultimo 2019.

Projektet indeholdt fire indsatser: Model for Tværasektoriel Stuegang; Triage; Hurtigere prøvetagning; og Den gode udskrivelse. Denne evaluering omfatter Model for Tværasektoriel Stuegang, som bestod i, at et udgående stuegangsteam fra Nordsjællands Hospital gik stuegang på udvalgte borgere¹ på de kommunale midlertidige døgnpladser.

Det udgående stuegangsteam

Det udgående stuegangsteam bestod af en speciallæge i almen medicin og en sygeplejerske med adgang til bioanalytiker og farmaceut ift. medicingennemgang og sparring. På de kommunale midlertidige døgnpladser deltog en kommunal sygeplejerske og/eller en social- og sundhedsassistent med kendskab til patienten i stuegangen sammen med stuegangsteamet. Hvis muligt blev den pågældende patients pårørende og eventuelt egen læge inddraget.

Indsatsen bestod i identifikation af relevante patienter; indsamling af viden om hver udvalgt patient; grundig undersøgelse af patienten; medicingennemgang og eventuelt justering; udarbejdelse af plan sammen med patient og pårørende; udarbejdelse af sammenfatning og information til egen læge og personalet på de kommunale midlertidige døgnpladser samt opfølgning. I projektperioden (maj 2017 til oktober 2019) blev der gået stuegang på i alt 268 patienter.

Formål med evalueringen

Formålet med nærværende evaluering er at undersøge effekten af det udgående stuegangsteams indsats på patientforløb, som stuegangsteamet har været involveret i.

Materiale og metoder

Tværasektorielle journalaudits

Evalueringen er baseret på journalaudits på 17 patientforløb, som det udgående stuegangsteam har været involveret i, med deltagelse af hospital, kommuner og almen praksis. Patientforløbene er udvalgt i omvendt kronologisk rækkefølge blandt de afsluttede forløb på en tilfældig dato. Således blev der trukket data baglæns i tid og

¹ I kommunalt regi omtales de syge mennesker som *borgere*, mens de i hospitalsregi omtales som *patienter*. For nemheds skyld omtaler vi dem i det følgende som patienter, uanset hvor de befinder sig.

udvalgt de senest afsluttede patientforløb, indtil der var fundet to patientforløb fra hver af de otte kommuner i projektet. Dog var der tre patientforløb fra Hillerød Kommune, da det ene indgik som pilottest. Denne udvælgelsesmetode betyder, at de udvalgte patientforløb afspejler stuegangsteamets arbejde i en periode, hvor indsatsen var implementeret, og eventuelle opstartsvanskeligheder var overkommet. De 17 patientforløb vurderes at være repræsentative for de patientforløb, som stuegangsteamet har været involveret i.

Auditeringen fandt sted i september og oktober 2019. I hver enkelt audit deltog en speciallæge, en sygeplejerske og en farmaceut fra Nordsjællands Hospital, en praktiserende læge fra hospitalets optageområde samt en eller to sygeplejersker (i et enkelt tilfælde en social- og sundhedsassistent) fra de kommunale midlertidige døgnpladser i den pågældende patients hjemkommune. Ingen af de deltagende sundhedsprofessionelle har været involveret i de patientforløb, der blev auditeret på.

Udgangspunktet for auditeringen var den indlæggelse, der lå forud for patientens første kontakt med stuegangsteamet. Det tilgængelige journalmateriale bestod af den information, deltagerne hver især kunne læse sig frem til i henholdsvis Sundhedsplatformens elektroniske patientjournal (EPJ) og kommunens EPJ om den pågældende patient. De deltagende praktiserende læger har ikke adgang til Sundhedsplatformens eller kommunernes EPJ og havde derfor kun det udleverede materiale bestående af et overblik over patientens forløb, indlæggelsesnotat og epikrise fra indlæggelsen forud for stuegangsteamets involvering samt stuegangsteamets egne notater til rådighed på auditdagen.

I figur 1 ses en oversigt, som forud for hver auditering blev udfyldt for det pågældende patientforløb. Oversigten gav deltagerne i auditten et overblik over den aktuelle indlæggelse, eventuelle indlæggelser to måneder før og to måneder efter den aktuelle indlæggelse og forløbet med det udgående stuegangsteam på den midlertidige døgnplads.

Figur 1: Oversigt over de hændelser i patientforløbene, der er omfattet af auditeringen



Fokus for auditeringen var: 1) indlæggelsen forud for stuegangsteamets indsats, herunder information til og fra kommune, almen praksis og hospital; udredning og behandling og medicinering; 2) det efterfølgende forløb på den midlertidige døgnplads, herunder hvornår og hvorfor stuegangsteamet blev kontaktet; og 3) stuegangsteamets indsats, herunder medicinændringer, forebyggelse af genindlæggelser og ændring af patientens helbredstilstand.

Auditskemaet² indeholdt en række spørgsmål, som skulle besvares på forhånd henholdsvis af hospitalspersonalet og personalet fra de midlertidige døgnpladser samt en række spørgsmål, som skulle besvares i fællesskab under auditeringen. Nogle spørgsmål omhandlede faktuelle oplysninger om patientforløbene, mens andre spørgsmål omhandlede en faglig vurdering af kvaliteten af forløbet og den indsats, de involverede sundhedsprofessionelle ifølge det tilgængelige materiale havde ydet. Resultaterne skal tolkes med det forbehold, at det ikke i alle tilfælde var muligt at finde samtlige oplysninger, ligesom det i nogle tilfælde ikke kunne afgøres med sikkerhed, hvad der var hændt, og hvilke oplysninger der var blevet delt på tværs af hospital, kommune og almen praksis. I det følgende afrapporteres besvarelsenerne på aggregeret niveau for de 17 audits.

Resultater

Patienter med multisygdom, polymedicinering og komplekse forløb

De 17 patienter, der indgik i auditeringen, var i aldersgruppen 66-93 år med en gennemsnitsalder på 81 år. Patienterne var multisyge og polymedicinerede med komplekse problemstillinger, og de blev oftest indlagt med flere samtidige og uklare symptomer. De hyppigste symptomer ved indlæggelse var forhøjede infektionstal, smerter, konfusion, urinvejsinfektion, kvalme og opkastning, dehydrering, forhøjet blodsukker, diarré, feber, ødemer og kroniske sår. De indlæggelser, der blev auditeret på, varede fra få timer til 87 dage. 11 ud af de 17 patienter var indlagt minimum én gang i de to måneder forud for den indlæggelse, auditeringen tog udgangspunkt i, ligesom 11 ud af de 17 patienter blev indlagt under eller umiddelbart efter forløbet med stuegangsteamet. Desuden var ni ud af de 17 patienter på tidspunktet for auditeringen afgået ved døden, heraf fire patienter umiddelbart eller kort efter forløbet med stuegangsteamet og fem patienter et halvt til et helt år senere.

I det følgende afrapporteres svarene på de spørgsmål, der under auditeringen skulle besvares vedrørende hvert enkelt patientforløb inddelt i indlæggelsesforløb, forløb på den kommunale midlertidige døgnplads og forløb med stuegangsteamet.

Indlæggelsesforløb

Udfordringer med kommunikation fra kommune og almen praksis ved indlæggelse

Ved indlæggelsen blev der i omkring halvdelen af forløbene (ni ud af 17) fundet dokumentation for, at der var sendt en henvisning fra indlæggende læge. Kun i tre ud af

² Auditskemaet kan rekvireres ved henvendelse til Sektion for Tværsektoriel Forskning, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse

de ni forløb, hvor der fandtes en henvisning, blev informationen i henvisningen vurderet som fyldestgørende. De oplysninger, der oftest manglede i henvisningsnotatet, var en obligatorisk medicinliste (i otte ud af de ni forløb), oplysninger om formål med indlæggelsen eller en tentativ diagnose (i fire ud af de ni forløb) og eventuelle bidiagnoser (i fire ud af de ni forløb). En hypotese fra auditedeltagerne var, at den manglende dokumentation i nogle tilfælde kunne skyldes indlæggelse uden for praktiserende lægers åbningstid.

I syv ud af 17 forløb blev der fundet dokumentation for, at der var sendt en manuel indlæggelsesrapport fra kommunen. I de fleste forløb (fem ud af de syv), hvor der fandtes en manuel indlæggelsesrapport, blev denne dog først modtaget af hospitalet dagen efter indlæggelsen eller senere. En manuel indlæggelsesrapport er jf. den regionale kommunikationsaftale et krav, når patienten kommer fra en kommunal midlertidig døgnplads, plejehjem, eller hvor hjemmeplejen har været involveret i indlæggelse af patienten fra eget hjem. Hvis patienten ikke i forvejen er kendt af kommunen, vil der ikke blive genereret en indlæggelsesadvis, hvortil der ikke er krav om en manuel indlæggelsesrapport. Dette var tilfældet i tre forløb.

Udfordringer med kommunikation til kommune og almen praksis ved udskrivelse

Ved udskrivelsen blev der i samtlige 17 forløb sendt en elektronisk epikrise til patientens egen læge. Informationen i epikrisen blev vurderet som fyldestgørende i seks ud af 17 forløb.

I 11 ud af 17 forløb blev der sendt MedCom-meddelelser (elektronisk avis/besked), herunder en udskrivningsrapport, en plejeforløbsplan og en genoptræningsplan til kommunen. En udskrivningsrapport er jf. kommunikationsaftalen et krav ved alle udskrivelser, mens en plejeforløbsplan skal sendes efter indlæggelse af mere end 48 timers varighed. En genoptræningsplan sendes jf. Sundhedslovens § 140 på dagen for udskrivelse, hvis den centrale visitation for fysioterapi vurderer, at der har været funktionstab op til og/eller under indlæggelse. Kun i et enkelt forløb blev informationen i MedCom-meddelelserne vurderet som fyldestgørende.

De oplysninger, der oftest manglede i dokumenterne til egen læge og kommune, var en plan for det videre forløb (i ni ud af 17 forløb), en oversigt over medicinændringer (i syv ud af 17 forløb), prøveværdier og oplysninger om årsagen til indlæggelsen (i to ud af 17 forløb).

Risiko for genindlæggelser trods tilstrækkelig udredning og behandling

De indlæggelser, der var fokus for auditeringen, blev generelt vurderet som relevante. Kun i et enkelt forløb blev det vurderet, at den pågældende problemstilling burde være håndteret i kommunalt regi frem for på hospitalet. Den udredning og behandling, der skete i løbet af indlæggelsen, blev i de fleste forløb vurderet som tilstrækkelig. I tre ud af 17 forløb blev udredningen vurderet som utilstrækkelig, og i fem ud af 17 forløb blev det vurderet, at der burde have været behandlet yderligere, herunder at indlæggelsen med fordel kunne være forlænget, således effekten af den igangsatte behandling kunne observeres. I ti ud af 17 forløb blev det vurderet, at der var risiko for snarlig genindlæggelse, oftest på grund af en generelt øget risiko for infektion hos patienten, fortsatte smerter eller infektion, eller fordi patienten blev vurderet til ikke at være

færdigbehandlet. I otte ud af 17 forløb blev det vurderet, at man fra hospitalets side kunne have gjort mere for at reducere risikoen for genindlæggelse, oftest ved hjælp af længere indlæggelse og yderligere udredning.

Uhensigtsmæssig medicinering før og under indlæggelse og ved udskrivelse

Medicineringen forud for og under indlæggelsen blev i 9 ud af 17 forløb vurderet som uhensigtsmæssig. I samtlige forløb blev der foretaget ændringer i medicineringen under indlæggelsen. Alligevel blev det i omkring halvdelen af forløbene vurderet, at medicineringen var uhensigtsmæssig ved udskrivelse. Uhensigtsmæssighederne drejede sig for størstedelen om præparater ordineret i forkerte doser; præparater ordineret uden stopdato; observerede symptomer hos patienten, som med stor sandsynlighed kunne skyldes medicinbivirkninger; ordination af to samtidige præparater med samme virkning, fx Magnesia og Movicol eller to opioider; utilstrækkelig smertedækning ved udskrivelse; og uoverensstemmelser mellem oplysningerne i Fælles Medicinkort og patientens oplysninger om brug af medicin.

Forløb på midlertidige døgnpladser

De 17 patienter opholdt sig gennemsnitligt i 37 dage (fra 6-100 dage) på de kommunale midlertidige døgnpladser. De fleste patienter var på de midlertidige døgnpladser i under en måned, mens en mindre gruppe patienter opholdt sig på en midlertidig døgnplads i to måneder eller mere. Der gik gennemsnitligt to dage (fra en til fem dage) fra udskrivelse til første besøg af stuegangsteamet med undtagelse af et enkelt forløb, hvor der gik 66 dage. De hyppigste årsager til, at personalet på de midlertidige døgnpladser kontaktede stuegangsteamet, var manglende information om forløbet forud for ankomsten til den midlertidige døgnplads; utryghed eller bekymring om patientens tilstand; manglende plan for det videre forløb; personalets behov for overblik og faglig sparring; og fortsatte symptomer trods udskrivelse, ofte smerter.

Hel eller delvis udarbejdelse af sygeplejefaglig vurdering

Den sygeplejefaglige vurdering, som ideelt set skal påbegyndes ved patientens ankomst til en midlertidig døgnplads, blev udarbejdet helt eller delvist i mere end halvdelen af forløbene (10 ud af 17). I fem ud af 17 forløb var det grundet et skift til et nyt kommunalt omsorgssystem ikke muligt at finde oplysninger om, hvorvidt vurderingen var udarbejdet.

Ufuldstændige eller usystematiske målinger af vitale parametre

Måling af vitale parametre ved modtagelse af patienten blev foretaget i de fleste forløb (15 ud af 17). For halvdelen af forløbene forelå der dog ikke et fuldt sæt værdier (temperatur, puls, blodtryk, respirationsfrekvens, bevidsthedsniveau). I dagene indtil stuegangsteamets første besøg hos patienten blev vitalparametre målt systematisk i lidt under halvdelen af forløbene (syv ud af 17). I mere end halvdelen af forløbene blev det vurderet, at måling af vitalparametre burde være foretaget oftere, eller at flere værdier burde være inkluderet i målingen.

Forværring i patientens tilstand kunne ikke være forebygget

I de fleste forløb (14 ud af 17) blev det vurderet, at hverken det kommunale personale eller tidligere kontakt til patientens egen læge kunne have forebygget forværring i patientens tilstand i perioden forud for, at stuegangsteamet første gang tilså patienten.

Forløb med stuegangsteamet

Stuegangsteamets indsats indeholdt helhedsgennemgang, medicinjustering og plan

Deltagerne i auditeringen blev bedt om i fællesskab at beskrive indholdet af stuegangsteamets indsats for hvert af de 17 forløb. De elementer af indsatsen, der oftest blev fremhævet, var følgende:

- Helhedsgennemgang af patient og patientforløb
- Gennemgang og justering af medicin
- Udarbejdelse af plan for det videre forløb
- Faglig sparring og deling af information med kommunalt personale.

For at udføre disse elementer gjorde stuegangsteamet i de fleste forløb brug af

- inddragelse af patient og pårørende,
- adgang til al information i Sundhedsplatformen, og
- kontakt til speciallæger og praktiserende læger.

Effekt af indsatsen på medicinering, overblik og patienternes sundhedstilstand

Deltagerne i auditeringen blev bedt om i fællesskab at vurdere effekten af stuegangsteamets indsats på genindlæggelser, medicinering, overblik og det videre forløb samt på patientens samlede sundhedstilstand.

Forebyggelse af genindlæggelser

Stuegangsteamets indsats blev vurderet til at have forebygget genindlæggelse indenfor otte dage efter teamets sidste kontakt med patienten i næsten halvdelen af forløbene (syv ud af 17). I nogle af de forløb, hvor det blev vurderet, at der ikke var forebygget en genindlæggelse, blev patienten indlagt af stuegangslægen på et grundlag, som blev vurderet som relevant.

Optimering af medicinering

I de fleste forløb (13 ud af 17) foretog stuegangsteamet ændringer i patientens medicin, og i alle disse forløb blev det vurderet, at stuegangsteamets indsats optimerede medicineringen af patienten.

Overblik og forbedring af det efterfølgende forløb

I størstedelen af forløbene (15 ud af 17) blev det vurderet, at stuegangsteamets indsats havde bidraget til at skabe overblik over patientens aktuelle situation, og i mere end halvdelen af forløbene (11 ud af 17) blev det vurderet, at indsatsen havde forbedret det efterfølgende forløb.

Patienternes sundhedstilstand

Den samlede effekt af stuegangsteamets indsats på patientens sundhedstilstand blev vurderet på en skala fra 0-3, hvor 0 svarede til ingen forventet bedring i patientens forventede restlevetid; 1 svarede til en mindre bedring, fx optimering af smertebehandling; 2 svarede til en væsentlig bedring, fx behandling af pneumoni; og 3 svarede til en afgørende bedring, dvs. at patienten potentielt kunne være afgået ved døden uden stuegangsteamets indsats.

I fem ud af 17 forløb blev stuegangsteamets indsats vurderet til at have bevirket en mindre forbedring af patientens sundhedstilstand, og i syv ud af 17 forløb blev indsatsen vurderet

at have bevirket en væsentlig forbedring af patientens sundhedstilstand. I et enkelt forløb blev indsatsen vurderet til at have bevirket en afgørende forbedring. I fire ud af 17 forløb blev indsatsen vurderet til ikke at have forbedret patientens sundhedstilstand. Sidstnævnte forløb er karakteriseret ved, at de pågældende patienter enten var så syge, at stuegangsteamet ikke havde andre muligheder end at indlægge patienten, eller at de ikke var syge nok til at have behov for stuegangsteamets særlige indsats.

En indsats ud over det mulige og sædvanlige

Deltagerne i auditeringen blev bedt om i fællesskab at vurdere, om og i givet fald hvordan stuegangsteamets indsats adskilte sig fra den indsats, der kan og bør ydes i det eksisterende sundhedsvæsen.

Var indsatsen udover det forventelige?

I de fleste forløb (14 ud af 17) blev det vurderet, at stuegangsteamet havde ydet en indsats, der ikke er mulig eller er vanskelig i det nuværende sundhedsvæsen. Stuegangsteamets indsats var udover det sædvanlige særligt med hensyn til det store tidsforbrug, grundigheden af indsatsen, hyppigheden af stuegangsteamets besøg hos patienten, kontinuiteten i indsatsen og stuegangsteamets hurtige reaktion på kontakt fra personalet på de midlertidige døgnpladser.

Kunne dele af indsatsen med fordel være foretaget under indlæggelsen?

I mere end halvdelen af forløbene (11 ud af 17) blev det vurderet, at stuegangsteamets indsats med fordel kunne have været foretaget under indlæggelsen.

Kunne en praktiserende læge have ydet samme indsats?

I omkring halvdelen af forløbene (ni ud af 17) blev det vurderet, at en praktiserende læge ikke kunne have ydet samme indsats som stuegangsteamet, idet en tilsvarende indsats ville kræve mere tid eller hyppigere besøg hos patienten, end en praktiserende læge har mulighed for at tilbyde. I den anden halvdel af forløbene blev det vurderet, at en praktiserende læge kunne have ydet en tilsvarende indsats på et såkaldt opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse, som skal aftales på forhånd, eller hvis lægen i de konkrete tilfælde havde haft mulighed for at rykke akut ud til patienten lige så hurtigt, som stuegangsteamet havde gjort.

Hvad var særligt godt og mindre godt ved indsatsen?

Deltagerne i auditeringen blev bedt om i fællesskab at vurdere, hvad der var særligt godt ved stuegangsteamets indsats, og hvad der med fordel kunne være gjort anderledes. Der var ingen på forhånd definerede svarmuligheder. De elementer, der oftest blev fremhævet som særligt gode, var følgende:

- Stuegangsteamet har tid til at lave en helhedsorienteret gennemgang af patienten
- Stuegangsteamet har tid til at tale med patient og pårørende, herunder at spørge til medicinbrug og ønsker for videre udredning og behandling
- Stuegangsteamet har adgang til alle oplysninger i Sundhedsplatformen på stedet, det vil sige ude på de midlertidige døgnpladser
- Stuegangsteamet er let tilgængeligt for personalet på de midlertidige døgnpladser i dagtimerne alle hverdage og rykker hurtigt ud ved behov.

Herudover fremhævede sygeplejerskerne fra de midlertidige døgnpladser i otte ud af 17 forløb, at stuegangsteamets faglige sparring og deling af information med personalet på de midlertidige døgnpladser formodentlig skabte tryghed og gav overblik, ligesom de i otte ud af 17 forløb fremhævede, at stuegangsteamets indsats måtte formodes at give tryghed og ro til patienter og pårørende, idet deres ønsker og behov blev inddraget i beslutninger og planer.

Kritikken af stuegangsteamets indsats begrænsede sig til, at det i to forløb blev bemærket, at der i stuegangsteamets notater manglede en opsummerende konklusion eller en sammenfatning af planen.

Opsamling på udfordringer i patientforløbene og stuegangsteamets indsats

Den udredning og behandling, der skete i løbet af indlæggelsen forud for stuegangsteamets involvering, blev i de fleste forløb vurderet som tilstrækkelig. I mere end halvdelen af forløbene blev det vurderet, at der var risiko for snarlig genindlæggelse, oftest på grund af en generelt øget risiko for infektion hos patienten, fortsatte smerter eller infektion, eller fordi patienten blev vurderet til ikke at være færdigbehandlet. I halvdelen af forløbene blev det vurderet, at man fra hospitalets side kunne have gjort mere for at reducere risikoen for genindlæggelse, fx ved hjælp af længere indlæggelse og yderligere udredning.

På tværs af de 17 patientforløb, der var omfattet af auditeringen, blev der identificeret en række udfordringer, som overordnet var relateret til kommunikation mellem hospital, kommune og almen praksis og til medicinering. I størstedelen af forløbene var der ikke delt nødvendig information på tværs af hospital, kommune og almen praksis hverken ved indlæggelse eller udskrivelse, eller den delte information var utilstrækkelig. I halvdelen af forløbene blev patientens medicinering vurderet som uhensigtsmæssig både ved indlæggelse og ved udskrivelse.

De 17 patienter opholdt sig på de kommunale midlertidige døgnpladser i gennemsnitligt 37 dage, og der gik gennemsnitligt to dage fra ankomsten til første besøg af stuegangsteamet. Den sygeplejefaglige vurdering blev udarbejdet helt eller delvist i mere end halvdelen af forløbene, og i de fleste forløb blev der målt vitale parametre ved modtagelse af patienten. I dagene indtil stuegangsteamets første besøg blev vitalparametre målt systematisk i lidt under halvdelen af forløbene, og i mere end halvdelen af forløbene blev det vurderet, at måling af vitalparametre burde være foretaget oftere, eller at flere værdier burde være inkluderet. I de fleste forløb blev det vurderet, at hverken det kommunale personale eller tidligere kontakt til patientens egen læge kunne have forebygget forværring i patientens tilstand, inden stuegangsteamet blev kontaktet.

Stuegangsteamets indsats omfattede en helhedsgennemgang af patienten, medicingennemgang, udarbejdelse af en plan og indhentning og deling af information på tværs af hospital, kommune og almen praksis. Indsatsen rettede således op på nogle af de udfordringer, som auditdeltagerne identificerede i de pågældende patientforløb.

Stuegangsteamets indsats blev i de fleste forløb vurderet til at have forbedret patienternes samlede sundhedstilstand, optimeret medicineringen og skabt overblik. I mere end

halvdelen af forløbene blev indsatsen vurderet til at have forbedret det efterfølgende forløb og i nogle forløb at have forebygget en genindlæggelse.

I de fleste forløb blev det vurderet, at stuegangsteamet havde ydet en indsats, der ikke er mulig eller er vanskelig i det nuværende sundhedsvæsen, særligt på grund af tidsforbruget, grundigheden af indsatsen, hyppigheden af besøgene, kontinuiteten i indsatsen og stuegangsteamets hurtige reaktion på kontakt fra personalet på de midlertidige døgnpladser. I halvdelen af forløbene blev det vurderet, at en praktiserende læge ikke kunne have ydet en tilsvarende indsats, da det ville kræve mere tid eller hyppigere besøg, end en praktiserende læge kan tilbyde. Det, som i særdeleshed adskiller stuegangsteamets muligheder fra andre aktører i sundhedsvæsenet, er, at stuegangsteamet har tid til at yde en kontinuerlig og helhedsorienteret indsats med hyppige besøg, hvor patientens forløb gennemgås grundigt, medicin justeres, og patient og pårørende inddrages. Et forløb med stuegangsteamet kan endda påbegyndes hurtigt, idet stuegangsteamet har mulighed for at rykke ud samme dag, som teamet bliver kontaktet.

Konklusion og perspektivering

De patienter, som blev identificeret i forbindelse med projektet, og som viste sig at have gavn af stuegangsteamets indsats, er en gruppe af ældre medicinske patienter med multisygdom og komplekse problemstillinger. For disse patienter er det af stor betydning, at der skabes overblik og koordination af patientforløbet, men i det nuværende sundhedsvæsen imødekommes dette behov ikke i tilstrækkelig grad. Denne evaluering peger på, at nogle grundlæggende forudsætninger for sammenhængende patientforløb ikke altid var til stede i de 17 patientforløb. De elektroniske kommunikationssystemer fungerede ikke optimalt, ligesom kvaliteten af indholdet i kommunikationen ikke var optimal. Dette medførte manglende oplysninger på hospitalet, i kommunen og i almen praksis, udfordringer med korrekt medicinordination og uklarhed omkring medicinsk behandling. Det var særligt disse udfordringer, som stuegangsteamet løste.

Det udgående stuegangsteam fortsætter ikke efter afslutningen af projekt Tværsektoriel Stuegang. Nordsjællands Hospital arbejder dog videre med, hvordan man skaber bedre forløb på tværs af hospital, kommune og almen praksis for gruppen af ældre medicinske patienter med multisygdom og komplekse problemstillinger. To af de tre øvrige indsatser i projekt Tværsektoriel Stuegang er ved projektets afslutning implementeret på alle kommunale midlertidige døgnpladser i de otte deltagende kommuner. Det drejer sig om indsatsen Triage, som indeholder et systematisk redskab til vurdering af patienterne, herunder anbefaling til måling af vitale parametre, og indsatsen Hurtigere prøvetagning, som indeholder en række tiltag, der understøtter hurtigere diagnosticering og igangsættelse af behandling, herunder nyt måleudstyr og kvalitetssikring heraf på de midlertidige døgnpladser. Den tredje indsats, Den gode udskrivelse, er implementeret på en række afdelinger på Nordsjællands Hospital og forventes spredt til øvrige afdelinger i den kommende tid.

Evalueringen peger på, at visse elementer af stuegangsteamets indsats med fordel kan foretages under indlæggelse, mens andre elementer kan varetages af praktiserende læger.

Auditdeltagerne foreslog blandt andet, at en gruppe hospitalslæger hver dag får ansvar for modtagelse, helhedsgennemgang og udskrivelse af patienter, og at der tilknyttes en fast praktiserende læge eller hospitalslæge på alle midlertidige døgnpladser. Hospitalslægerne udtrykte ønske om mulighed for længere indlæggelser med tid til at lave grundige gennemgange af alle patienter og opfølgning på observationer. Vedrørende kommunikation på tværs foreslog auditdeltagerne, at telefonisk kontakt mellem hospital, kommune og almen praksis gøres lettere, fx ved hjælp af en hotline til praktiserende læger og hospitalslæger uden om telefontid og sekretærer. Med hensyn til medicinering blev det foreslået at stille krav til praktiserende læger om ajourføring af medicinlister ved akutte indlæggelser, og at patienten altid skal spørges til medicinbrug både på hospitalet, i kommunen og i almen praksis.

Kompetencerne er til stede på hospitalet, i kommunen og i almen praksis, men der er behov for organisatoriske ændringer af sundhedsvæsenet for at give de sundhedsprofessionelle mulighed for at bruge den nødvendige tid på eksisterende og nye opgaver, herunder at sikre fejlfri udveksling af tilstrækkelige oplysninger på tværs af hospital, kommune og almen praksis. Det ekstra tidsforbrug må forventes at kunne spare ressourcer andre steder i systemet, idet tværsektorielle patientforløb forbedres.



**Region
Hovedstaden**

Region Hovedstaden
Sektion for Tværsektoriel Forskning
Center for Klinisk Forskning og
Forebyggelse

Telefon: 38 63 59 17
E-mail: tfe@regionh.dk