Dansk Sundhedsinstitut

DSI rapport 2010.04

Evaluering af Udgående Akutafdeling i Kolding Kommune

Forebyggelse af akutophold i kommunen og akutte, medicinske indlæggelser på sygehus

Marie Brandhøj Wiuff
Susanne Reindahl Rasmussen

Donna Lykke Wolff, Kolding Kommune
Helle Aavild Juhl, tidligere Kolding Kommune

Evaluering af Udgående Akutafdeling i Kolding Kommune

Forebyggelse af akutophold i kommunen og akutte, medicinske indlæggelser på sygehus

Marie Brandhøj Wiuff
Susanne Reindahl Rasmussen

Donna Lykke Wolff, Kolding Kommune
Helle Aavild Juhl, tidligere Kolding Kommune

Dansk Sundhedsinstitut
DSI rapport 2010.04

Dansk Sundhedsinstitut

Dansk Sundhedsinstitut er en selvejende institution oprettet af staten, Danske Regioner og KL.

Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler det danske sundhedsvæsen. Til opfyldelse af formålet skal instituttet gennemføre forskning og analyser om sundhedsvæsenets kvalitet, økonomi, organisering og udvikling, indsamle, bearbejde og formidle viden herom samt rådgive og yde praktisk bistand til sundhedsvæsenet.

Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2010

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

Dansk Sundhedsinstitut
Postboks 2595
Dampfærgevej 27-29
2100 København Ø
Telefon 35 29 84 00
Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: www.dsi.dk
E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 978-87-7488-660-0 (elektronisk version)
ISSN 0904-1737
DSI rapport 2010.04

Projektnr. 2437

Omslag: Peter Dyrvig Grafisk Design
Design: DSI

Forord

Dansk Sundhedsinstitut har i tidligere rapporter undersøgt omfanget af uhensigtsmæssige, akutte indlæggelser, og hvordan man kan reducere dem. Dansk Sundhedsinstitut var derfor også meget interesserede, da Kolding Kommune bad om hjælp til at evaluere en udgående akutafdeling. Kommunerne gør sig rigtig mange bestræbelser på at reducere antallet af uhensigtsmæssige, akutte sygehusindlæggelser, og det er vigtigt at følge op og evaluere. Den udgående akutafdeling i Kolding Kommune tilbyder svage, ældre borgere en intensiv og fleksibel pleje, omsorg og behandling i eget hjem. Nærværende rapport evaluerer den.

Indførelsen af den udgående akutafdeling har medført et stort fald i antallet af akutophold på kommunens eget rehabiliterings- og akutcenter. Det er endnu ikke lykkedes at reducere antallet af akutte, medicinske indlæggelser af ældre i Kolding Kommune. Medarbejderne blev anerkendt af både eksterne og interne samarbejdspartnere i kommunen for at udføre et godt og grundigt arbejde med at udrede og behandle borgere i eget hjem. Borgerne oplevede også af få en god pleje og behandling, der tog afsæt i deres livssituation og ønsker.

Rapportens afsnit om borgernes perspektiv er udarbejdet af projektkoordinatorer for udgående akutafdeling Helle Aavild Juhl, sygeplejerske, diplom og Donna Lykke Wolff, cand.scient.san.publ., Kolding Kommune. Vi takker dem begge for godt samarbejde og levering af datamateriale. Herudover vil vi også takke leder for Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter Kirsten Johansen, sygeplejerske, diplom for levering af datamateriale og økonom Torben Albrecht, Kolding Kommune for udtræk fra eSundhed. Også tak til alle dem, der har stillet op til interview; medarbejdere og ledere fra Udgående Akutafdeling, Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter og hjemmesygeplejen, hjemmehjælpere, kommunale visitatorer, distriktsterapeuter, praktiserende læger, Geriatrisk Afdeling (Kolding Sygehus), projektkoordinatoren samt en distriktsleder fra Kolding Kommune. Endelig skal der lyde en stor tak til de borgere, som deltog i spørgeskemaundersøgelse og interview.

Evalueringen er finansieret af Kolding Kommune, Det Kommunale Momsfond og Dansk Sundhedsinstitut. Rapporten er internt reviewet af vicedirektør Claus C. Rebien, Dansk Sundhedsinstitut og eksternt reviewet af vicedirektør Ane Friis Bendix, Frederiksberg Hospital og chef for EUnetHTA Sekretariatet Finn Børlum Kristensen, MD, ph.d., Sundhedsstyrelsen.

Jes Søgaard
Direktør, professor
Dansk Sundhedsinstitut

Helle Nyborg Rasmussen
Sundhedschef
Kolding Kommune

Indholdsfortegnelse

Forord 3

Resumé 7

1. Indledning 15
   - 1.1 Formål med evalueringen 16
   - 1.2 Rapportens målgruppe 16
   - 1.3 Opdragsgivere og samarbejde om evalueringen 16
   - 1.4 Evalueringens grundlag 17
   - 1.5 Rapportens opbygning 18

2. Beskrivelser af Udgående Akutafdeling 19
   - 2.1 Udgående Akutafdelings formål og arbejdsopgaver 19
   - 2.2 Udgående Akutafdelings målgruppe 20
   - 2.3 Henvisning, træffetider og bemanding 20
   - 2.4 Medarbejdere 21
   - 2.5 Organisatorisk forankring 22

3. Metode 25
   - 3.1 Teknologi 25
     - 3.1.1 Akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter 25
     - 3.1.2 Udgående Akutafdeling 26
     - 3.1.3 Somatiske sygehusindlæggelser 26
   - 3.2 Organisation 27
     - 3.2.1 Observationsstudie af Udgående Akutafdelings arbejde 28
     - 3.2.2 Interviewundersøgelse 28
     - 3.2.3 Analysemetode 30
   - 3.3 Økonomi 31
     - 3.3.1 Akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter 31
     - 3.3.2 Udgående Akutafdeling 32
     - 3.3.3 Somatiske sygehusindlæggelser 33
   - 3.4 Borgerne 33
     - 3.4.1 Baggrundsmateriale om ældres oplevelse af kvalitet i ældreplejen 34
     - 3.4.2 Metodevalg: spørgeskema- og interviewundersøgelse 35
     - 3.4.3 Fakta om informanter i spørgeskema- og interviewundersøgelsen 38

4. Resultater 41
   - 4.1 Teknologi 41
     - 4.1.1 Akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter 41
     - 4.1.2 Udgående Akutafdeling 45
     - 4.1.3 Somatiske sygehusindlæggelser 49
   - 4.2 Organisation 58
     - 4.2.1 Forankringen af Udgående Akutafdeling 59
     - 4.2.2 Udgående Akutafdelings organisering og arbejdstilrettelæggelse 60

4.2.3 Udgående Akutafdelings samarbejdsrelationer til aktører i pleje- og sundhedssektoren ... 68
4.3 Økonomi ... 82
4.3.1 Omkostninger ved akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter ... 82
4.3.2 Omkostninger ved Udgående Akutafdeling ... 85
4.3.3 Somatiske sygehusindlæggelser ... 87
4.4 Borgerne ... 89
4.4.1 Oplevelsen af kvalitet i Udgående Akutafdelings ydelser ... 90
4.4.2 Oplevelsen af individualitet og fleksibilitet i Udgående Akutafdelings ydelser ... 92
4.4.3 Oplevelse af kontinuitet knyttet til Udgående Akutafdelings ydelser ... 94
4.4.4 Betydningen af at være i eget hjem under en akutperiode ... 96
5. Diskussion ... 101
5.1 Diskussion vedrørende teknologi og økonomi ... 101
5.1.1 Det øgede antal akutte, medicinske indlæggelser ... 101
5.1.2 Øgede omkostninger ved akutophold og akut hjælp i eget hjem ... 104
5.1.3 Øget plejenormering på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter ... 105
5.1.4 Registreringer i projektets database ... 106
5.2 Diskussion vedrørende organisation ... 106
5.2.1 Overvejelser omkring interviewtidspunktet ... 106
5.2.2 Indførelsen af en nydannelse ... 106
5.2.3 Relationen til hjemmesygeplejen – kamp om arbejdsområde ... 108
5.3 Diskussion vedrørende borgerdelen ... 109
5.3.1 Begrænset datagrundlag ... 109
5.3.2 Besvarelse af spørgeskema ved medarbejder fra Kolding Kommune 109
5.3.3 Mestring af den rehabiliterende tilgang? ... 109
6. Konklusion og perspektivering ... 111
Litteratur ... 113
Bilag 1: Udredningsguide udviklet af Udgående Akutafdeling ... 115
Bilag 2: Tiltag ved henvendelse ... 119
Bilag 3: Specifikke diagnoser ... 121
Bilag 4: Observationsguide – organisation ... 123
Bilag 5: Interviewguides – organisation ... 125
Bilag 6: Beskrivelse af funktioner/lokaler på Låsbyhøj ... 131
Bilag 7: Spørgeskema til borgerne ... 133
Bilag 8: Interviewguide – borgere ... 141
Bilag 9: Sygdomsspecifikke indlæggelser pr. 1.000 borgere – af mindre betydning ... 145
Bilag 10: Det samlede antal akutte indlæggelser pr. 1.000 borgere ... 149

Resumé

Kolding Kommune iværksatte i 2007 en proces mod etablering af en Udgående Akutafdeling målrettet voksne, fortrinsvis svage, ældre borgere i Kolding Kommune med et akut behov for intensiv og fleksibel pleje, omsorg og behandling, som ikke kræver sygehusindlæggelse. Dette med henblik på at forebygge uhensigtsmæssige, akutte sygehusindlæggelser og reducere antallet af akutophold på kommunens rehabiliterings- og akutcenter Låsbyhøj. Dansk Sundhedsinstitut har i samarbejde med Kolding Kommune evalueret denne indsats.

For en dybdegående beskrivelse af Udgående Akutafdelings formål, arbejdsopgaver, bemanding mv. se kapitel 2 i rapporten.

Formål med evaluering af Udgående Akutafdeling

Evalueringen undersøger fordele og ulemper ved etablering af en Udgående Akutafdeling for henholdsvis kommune, medarbejdere og borgere. Evalueringen af er baseret på kalenderåret 2009. Den tager afsæt i den danske model for en medicinsk teknologivurdering (1) med specifikke undersøgelsesspørgsmål knyttet til fire delelementer:

1. Teknologi: Medfører implementeringen af Udgående Akutafdeling i Kolding Kommune et mindre forbrug af i) akutte, medicinske sygehusindlæggelser henholdsvis ii) antal ophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter?
2. Organisation: Hvordan er Udgående Akutafdeling organiseret og implementeret, og hvilke fordele og ulemper har det haft både internt i kommunalt regi og eksternt i forhold til samarbejdspartnere?
3. Økonomi: Kan etablering og drift af Udgående Akutafdeling i Kolding Kommune medvirke til kommunale besparelser som følge af eventuelle færre akutte, medicinske sygehusindlæggelser henholdsvis et mindre forbrug af akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter?
4. Borgerne: Hvordan vurderer borgerne Udgående Akutafdeling?

Konklusion

Overordnet kan vi konkludere følgende:

- Det er lykkedes, at reducere antallet af akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter.
- Udgående Akutafdeling fik med tiden opbygget gode relationer til samarbejdspartnere internt og eksternt i kommunen. Den blev hos de praktiserende læger, hjemmehjælpen, visitationen, på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter, Geriatrisk Afdeling (Kolding Sygehus) og blandt distriktsterapeuterne kendt for at udføre et godt og grundigt stykke arbejde.

Vi kan endvidere konkludere at:

- Antallet af akutte, medicinske sygehusindlæggelser med de specifikt udvalgte diagnoser ikke er blevet reduceret.
- Omkostningerne ved etablering og drift af Udgående Akutafdeling ikke er blevet opvejet af færre omkostninger ved henholdsvis akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter[1] og ved kommunal medfinansiering af akutte indlæggelser på sygehus for specifikke medicinske sygdomme.
- Udgående Akutafdeling blev modtaget med en vis skepsis blandt personalet i hjemmesygeplejen. Dette fordi Udgående Akutafdeling havde tid til at løse opgaver, som hjemmesygeplejerskerne gerne selv ville løfte. Konkrete samarbejdserfaringer blødte dog op på skepsissen.
- Den interne organisering og forankring af Udgående Akutafdeling har været problematisk. På det forvaltningsmæssige niveau var det i opstarten svært at nå til enighed om at arbejde sammen om projektet på tværs af Seniorområdet og Sundhedsområdet. Desuden har Udgående Akutafdelings todelte ledelse ikke fungeret hensigtsmæssigt.

I forhold til borgerdelen må vi gøre opmærksom på, at resultaterne er baseret på så lille et datagrundlag, at vi ikke kan drage endegyldige konklusioner om borgerne oplevelse af Udgående Akutafdeling. Det skal dog fremhæves, at de adspurgte borgere syntes, at Udgående Akutafdeling iværksatte indsatser, som var af god kvalitet, bl.a. fordi der blev taget udgangspunkt i deres ønsker og aktuelle livssituation. Samtidig oplevede borgerne at få en fleksibel og individuel tilpasset indsats. Det var af stor betydning for borgerne, at de kunne blive i eget hjem, hvor de havde mulighed for at være i trygge, vante omgivelse og derved opretholde deres normale hverdag. For enkelte borgere kunne hjemmet dog også være forbundet med utryghed.

Perspektivering

Denne evaluering understøtter ikke hypotesen om, at akut hjælp i eget hjem kan reducere antallet af akutte, medicinske sygehusindlæggelser. Hvis man ønsker at implementere en udgående akutafdeling som et omkostningsneutralt tilbud i en kommune – i den form som den har haft i Kolding Kommune – vil det kræve en reduktion i omkostningerne ved akutophold på rehabiliteringscentre/plejecentre i en størrelsesorden, der svarer til omkostningerne ved 'akut ophold i eget hjem'.

Da den forvaltningsmæssige struktur er forskellig fra kommune til kommune, er det vanskeligt at sige noget endegyldigt om, hvordan en udgående akutafdeling organiseres og forankres mest hensigtsmæssigt. Uanset organisering er det dog vigtigt at sikre ejerskab og forpligtelse på alle niveauer i den kommunale organisation ved etablering af en nydannelse som Udgående Akutafdeling. I Kolding Kommune var det vanskeligt, fordi ejerskabet skulle forankres på tværs af Sundhedsområdet og Seniordriftområdet, som

[1] Det bør bemærkes, at det ikke var indlagt som en forudsætning for indgåelse af projektet, at personalenormeringen og dermed de kommunale omkostninger ved akutophold skulle reduceres i driftsåret 2009.

havde forskellige prioriteter og fokusområder. Det er en problematik, som har generel relevans og bør gives opmærksomhed forud for kommunale indsatser, der organiseres på tværs af områder eller forvaltninger.

En udgående akutafdeling bør ikke blive et parallelt tiltag til fx hjemmesygeplejen, men tænkes ind i den samlede indsat over for i dette tilfælde svage ældre borgere. Et alternativ til en tværgående forankring kan være at integrere en udgående akutafdeling som en specialistfunktion i hjemmesygeplejen. Hjemmesygeplejen vil formentlig være mere tilbøjelig til at gøre brug af specialister, som er en del af deres egen gruppe. De opgaver, som Udgående Akutafdeling har varetaget, kan dog nemt blive skubbet til side i hjemmesygeplejens travle hverdag med kørelister, der skal overholdes.

I praksis bestod meget af Udgående Akutafdelings arbejde i at koordinere borgernes forløb imellem kommune, almen praksis og sygehus. Medarbejderne i Udgående Akutafdeling betegnede sig selv som specialister i forløbskoordination frem for specialister i geriatri. Fremadrettet vil det derfor være relevant at belyse disse koordineringsopgaver nærmere i relation til en forløbskoordinatorfunktion, som faktisk blev etableret i Kolding Kommune i 2010.

Uddybning af resultaterne

Teknologi og økonomi

Akutophold:

Antallet af borgere, der flyttede ind på akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter, faldt fra 2007 til 2009 med 72 % (fra 195 borgere til 55 borgere). Det gennemsnitlige antal opholdsdage pr. indflyttet borger faldt fra 8,5 dage i 2007 til 6,2 dage i 2009. Gennemsnitalderen for borgere på akut-ophold var samlet set 79,3 år i 2007, mens den i 2009 steg til 80,5 år. Mere end 80 % af borgerne var ældre end 70 år i begge opgørelsesår.

De samlede omkostninger ved akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter steg fra 2007 til 2009 med 445.800 kr. (fra 3,180 mio. kr. i 2007 til 3,625 mio. kr. i 2009), hvilket er en stigning på 14,0 %. De største forskelle i omkostningerne er at finde på lønkontoen. Lønudgifterne til akutophold steg i perioden med 349.000 kr. grundet op- og omnormeringer samt en følge af den almindelige lønudvikling i såvel administrations- som udviklings- og kvalitetsafdelingen samt i plejegruppen. Det skal bemærkes, at det ikke var en forudsætning for indgåelse af dette projekt, at plejenormeringen skulle reduceres ved en eventuel reduktion af akutpladser.

Akut hjælp i eget hjem:

Der var i alt 226 borgere, som modtog akut hjælp i eget hjem i 2009; knap 20 % havde mere end ét forløb. Herudover gav Udgående Akutafdeling telefonisk vejledning i alt i 40 tilfælde. I næsten 1/3 af tilfældene var 'akut fysisk sygdomstilstand/infektion' årsag til akut hjælp i eget hjem, mens 'tiltagende almen svækkelse' var den næst hyppigste årsag (godt 30 %). Ca. 27 % af forløbene blev afsluttet med en akut indlæggelse på sygehus. I gennemsnit modtog borgerne akut hjælp i eget hjem i 3,9 dage. Gennem-

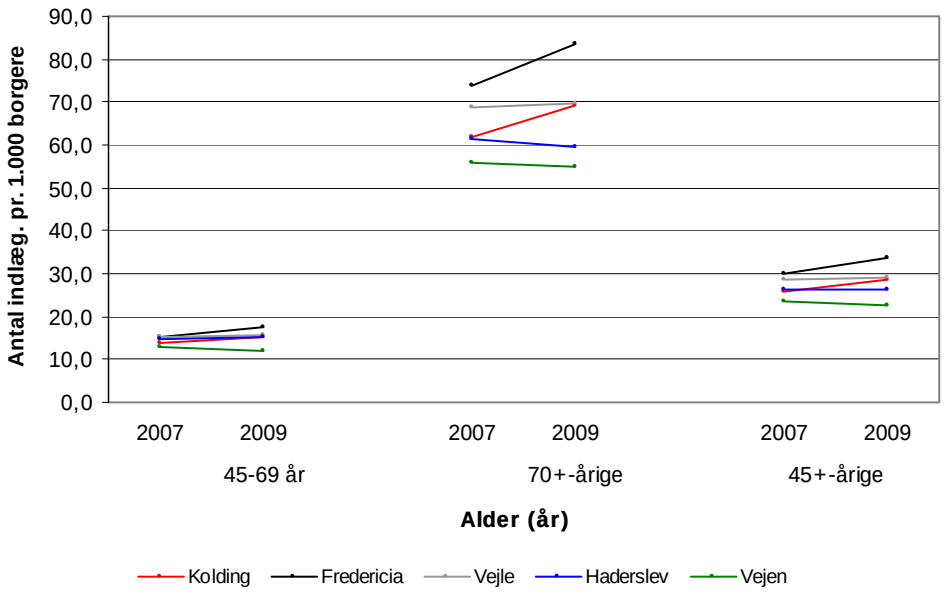
snitsalderen for borgere, som startede med at få akut hjælp i eget hjem var 81,4 år. Knap 88 % af dem var 70 år eller ældre.

De samlede omkostninger (etableringsomkostninger og interventionsomkostninger) ved akut hjælp i eget hjem beløb sig i 2009 samlet set til ca. 2,775 mio. kr.

Akutte indlæggelser på sygehus:

Ved sammenligning af den kommunale medfinansiering med de fire omkringliggende kommuner Fredericia, Vejle, Veje og Haderslev fremgår det, at antallet af indlæggelser pr. 1.000 45+-årige borgere[2] steg fra 2007 til 2009 med 11 % i Kolding Kommune og med 14 % i Fredericia Kommune. I Haderslev og Vejle Kommuner var der mindre stigninger på ½-1 %, mens der var et fald på 4 % i Vejen Kommune. I den ældre aldersgruppe (de 70+-årige) forekom den største stigning også i de to kommuner Kolding (12 %) og Fredericia (13 %), mens der var en mindre stigning i Vejle Kommune (1 %) og et fald i både Haderslev (3 %) og Vejen (2 %) Kommuner. Se Figur 1.

Figur 1. Antal akutte, medicinske indlæggelser i 2007 og 2009 fordelt på aldersgruppe og kommune, pr. 1.000 borgere.



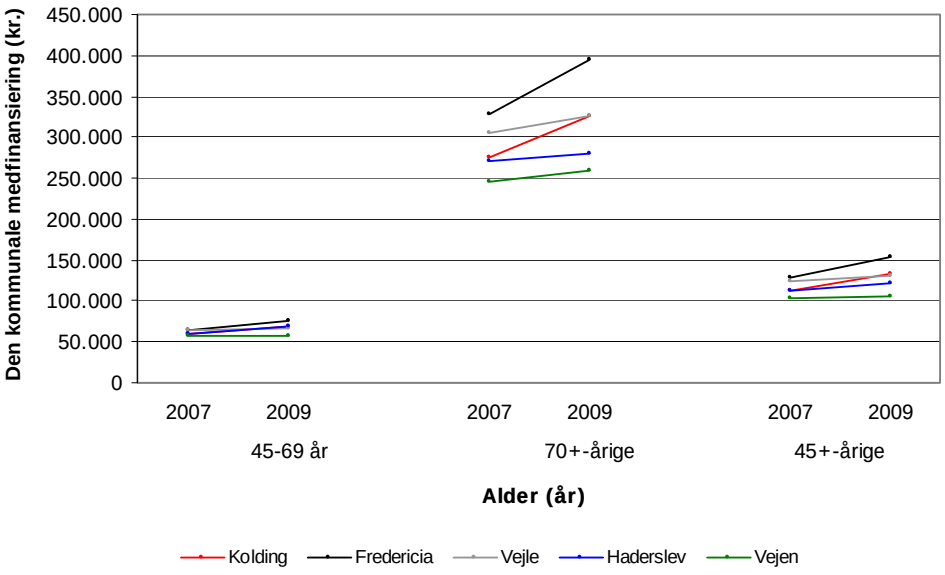
* Omfatter ICD-10 koder for ernæringsproblemer (E63.8, E63.9 og E64.8); dehydrering (E86.x og E87.x); konfusion (F05.x, F10.x, F19.x og R41.0); influenza (J11.x); lungebetændelse (J12.x-J18.x); kronisk obstruktiv lungelidelse (J44.x); rygsmerter uden brud (M54.6 og M54.8); blærebetændelse (N30.x); svimmelhed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

Kilde: Udtræk fra eSundhed fra Landspatientregisteret.

[2] Aldersstandardiserede data (til alderssammensætningen i Kolding Kommune i 2007) så det er muligt at sammenligne mellem tid og på tværs af kommuner.

Den kommunale medfinansiering af akutte, medicinske indlæggelser på sygehus pr. 1.000 45+-årige borgere steg i Kolding Kommune med 18 %, hvilket er lidt mindre end i Fredericia Kommune (19 %) men betydeligt mere end i Vejle, Haderslev og Vejen Kommuner, hvor stigningen var på 3–7 %. Tilsvarende ses det, at den kommunale medfinansiering pr. 1.000 70+-årige borgere i Kolding Kommune steg med 19 %, mens den var lidt højere i Fredericia Kommune (21 %), men igen væsentlig mindre i de tre andre kommuner (3-7 %). Se Figur 2.

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



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

Kilde: Udtræk fra eSundhed fra Landspatientregisteret.

Organisation

Det har været en stor udfordring at implementere og organisere en nydannelse som Udgående Akutafdeling. Selvom der var opstartsvanskeligheder har Udgående Akutafdeling dog opbygget gode samarbejdsrelationer til en bred vifte af samarbejdsparter internt og eksternt i kommunen. Både Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter, hjemmehjælpen, visitationen, distriktsterapeuterne, praktiserende læger og Geriatrisk Afdeling har tilkendegivet, at Udgående Akutafdeling udførte et grundigt stykke arbejde med at vurdere og udrede borgere, så den mest relevante indsats kunne sættes i værk – hvad enten det drejede sig om behandling i eget hjem, akutophold på Låsbyhøj eller indlæggelse på sygehus. Samarbejdet med vagtlægerne var yderst begrænset. Det skyldtes, at vagtlægerne skulle dække hele regionen, og derfor ikke nødvendigvis havde kendskab til de lokale tilbud i Kolding Kommune og heller ikke Udgående Akutafdeling.

Udgående Akutafdeling er blevet mødt med en vis skepsis blandt personalet i hjemmesygeplejen. Det skyldes hovedsageligt, at Udgående Akutafdeling havde tid til at løse opgaver, som hjemmesygeplejerskerne gerne selv ville løfte. Konkrete samarbejdserfaringer blødte dog op på skepsissen, og med tiden blev også hjemmesygeplejen en god samarbejdspartner.

På forvaltningsmæssigt niveau var det i opstarten svært at nå til enighed om at arbejde sammen om Udgående Akutafdeling på tværs af Seniordriftsområdet og Sundhedsområdet. Det har forplantet sig ned i organisationen og har givet yderligere udfordringer i samarbejdet med hjemmesygeplejen (Seniorområdet).

Den ledelsesmæssige konstruktion med to ledere af Udgående Akutafdeling forankret i henholdsvis Seniorområdet og Sundhedsområdet har fungeret uhensigtsmæssigt. Ledelseskasketten er blevet de to ledere pålagt, og de har manglet en følelse af ejerskab til projektet. Samtidig havde begge ledere også ledelsesansvar for henholdsvis medarbejdere på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter og i hjemmesygeplejen. Med yderligere en faglig koordinator koblet til Udgående Akutafdeling har der været unødig meget koordinering de tre personer imellem.

Det har været en udfordring at få medarbejderne i Udgående Akutafdeling til at fungere som gruppe og at få bemandingen af akutafdelingen til at fungere optimalt. Der har i nogle vagter været op til fem medarbejdere, selvom der i udgangspunktet kun skulle være to på vagt. Ved ledig tid skulle medarbejderne i Udgående Akutafdeling tilbyde deres hjælp enten på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter eller i hjemmesygeplejen. Det har nogle af medarbejderne været tilbageholdne overfor, fordi de lagde vægt på at fungere som et reelt beredskab og bruge deres tid på udviklingsopgaver internt i Udgående Akutafdeling.

At få afgrænset og nå til enighed om målgruppen for indsatsen, har været en vanskelig proces internt i Udgående Akutafdeling. I starten havde også samarbejdsparterne svært ved at finde ud af, hvilke borgere de kunne henvende sig med. Betegnelsen 'akut' skabte i nogle tilfælde forkerte forventninger til, hvilke opgaver Udgående Akutafdeling udførte, som ikke kun var det akutte, men også tidlig opsporing og forebyggelse i borgernes eget hjem. Ofte er henvendelser om borgere kommet for sent, og det har ikke været muligt at forhindre sygehusindlæggelse. Ifølge Udgående Akutafdelings vurdering var disse sygehusindlæggelser ikke uhensigtsmæssige men nødvendige.

Borgerne

Samtlige 22 borgere, der besvarede spørgeskemaet, og de fem interviewede borgere syntes, at de fik en god pleje og behandling fra Udgående Akutafdeling. Dette hang for borgerne bl.a. sammen med, at de fik hurtig hjælp, og der blev taget hånd om netop den problemstilling, de stod med.

Borgerne oplevede en individuelt tilpasset tilgang og fleksibilitet i Udgående Akutafdelings ydelser. Flertallet af de 22 borgere oplevede, at der var tid til snak, og for nogle af de interviewede borgere var snakken endda det mest essentielle i behandlingen. Hovedparten af de 22 borgere følte også, at de havde indflydelse på den behandling, de fik. Det betød, at borgerne kunne bestemme "slagets gang" helt selv, mens det for

andre var rart, at der var nogle, der tog over, når de ikke selv magtede at tage beslutninger i deres afkræftede situation.

Hvad angik kontinuitet i Udgående Akutafdelings behandling oplevede hovedparten af de 22 borgere, at der blev taget hensyn til, hvordan de plejede at få tingene gjort. Ligeledes oplevede de borgere, der fik hjælp fra andre typer af sundhedsprofessionelle samtidig med hjælpen fra Udgående Akutafdeling, overensstemmelse mellem den vejledning og information, der blev givet fra Udgående Akutafdeling og de andre grupper. Oplevelsen af hjemmeplejens opfølgning efter afsluttet forløb i Udgående Akutafdeling var imidlertid delte.

At forblive i eget hjem og kunne bevare sin egen rytme under en akutperiode var meget positivt og betydningsfuldt for de fleste af de 22 borgere. Hjemmet blev også forbundet med tryghed i form af vante omgivelser, men især var samværet med familie og naboer betydningsfuldt. For enkelte borgere kunne netop hjemmet dog være forbundet med en vis utryghed. Dette var tilfældet, hvis akutsituationen var opstået i hjemmet fx i forbindelse med fald.

Anvendte metoder

Dansk Sundhedsinstitut har gennemført en ekstern evaluering af teknologien, organiseringen og økonomien, mens borgerdelen er blevet evalueret internt i Kolding Kommune. Metoderne anvendt i de forskellige dele af evalueringen har været følgende:

Teknologi og økonomi: Med fokus på de 70+-årige er der foretaget en analyse af forbrug og de kommunale omkostninger ved:

1. Akut hjælp i eget hjem baseret på kommunale registreringer og regnskaber (2009 versus 2007).
2. Akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter baseret på kommunale registreringer og regnskab for 2009.
3. Akut indlæggelse[3] på sygehus baseret på udtræk fra Landspatientregisteret med eSundhed for ti specifikt udvalgte diagnosegrupper. Et eventuelt ændret forbrug henholdsvis en ændring i den kommunale medfinansiering i 2009 i forhold til 2007 for Kolding Kommunes borgere er sammenlignet med forbruget henholdsvis omkostningerne i fire omkringliggende kommuner (Fredericia, Vejle, Vejen og Haderslev) i samme tidsperiode.

Organisation: Den organisatoriske del af evalueringen blev gennemført som en interviewundersøgelse. Som forberedelse hertil, gennemførte vi et mindre observationsstudie, hvor Udgående Akutafdelings arbejde blev fulgt over to dage.

I alt blev der gennemført ti gruppeinterview og tre enkeltinterview dels med folkene tæt på Udgående Akutafdeling henholdsvis projektkoordinatoren, medarbejderne, ledelsen og lederen af Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter. Dels med samarbejdspartnere

[3] Teknisk foretages der et udtræk af antallet af 'udskrivninger'.

internt og eksternt i kommune henholdsvis Låsbyhøj-medarbejdere, hjemmesygeplejen, sygeplejefaglige ledere, hjemmehjælpen, visitationen, distriktsterapeuter, praktiserende læger og Geriatrisk Afdeling. Endelig er en distriktsleder og sundhedschefen i Kolding Kommune interviewet.

Borger: Det var en særlig sårbar gruppe af borgere, Udgående Akutafdeling tog sig af. Af hensyn til deres problemstillinger og ressourcer blev borgerevalueringen foretaget ud fra en spørgeskemaundersøgelse (22 besvarelser) og fem opfølgende interviews. Spørgeskemaundersøgelsen skulle afdække borgernes overordnede holdninger til Udgående Akutafdeling, mens interviewene skulle belyse oplevelser og ræsonnementer, som lå til grund for borgernes overordnede holdninger.

1. Indledning

Forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser er et væsentligt mål for den kommunale sundhedsindsats. Kommuner og regioner skal som en del af de lovpligtige sundhedsaftaler beskrive, hvordan parterne forebygger uhensigtsmæssige, akutte indlæggelser (2). Formålet er at sikre, at patienter kun indlægges akut på sygehus, *"når det er vurderet, at undersøgelse, pleje og behandling ikke kan foregå ambulant, hvor patienten bliver i hjemmet eller i kommunalt regi"* (3).

FOKUS[4] og Dansk Sundhedsinstitut (DSI) udgav i marts 2007 rapporten: "Uhensigtsmæssige indlæggelser – muligheder og perspektiver for kommunerne" (4). Rapporten sammenfatter og vurderer en række forskellige metoder, hvormed danske kommuner kan medvirke til at optimere og udvikle det samlede sundhedsvæsen ved forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser. Blandt de metoder, der fremstår som særligt lovende, er etableringen af et kommunalt "akutteam". Metoden er udviklet i Helsingør Kommune, men ikke tilstrækkeligt evalueret (5). Det betyder, at der ikke er viden om, hvordan og hvorvidt etablering af en udgående akutafdeling kan nedbringe antallet af akutte indlæggelser på sygehus. Der er derfor heller ikke viden om, hvorvidt de kommunale udgifter til etablering og drift af ordningen kan modsvares af kommunale besparelser ved et reduceret antal akutte indlæggelser på sygehus.

Kolding Kommune igangsatte i 2007 en proces mod etablering af en udgående akutafdeling med afsæt i erfaringerne fra Helsingør Kommune. På baggrund af en projektbevilling fra Socialministeriet blev en projektkoordinator ansat, og der blev gennemført en indledende fase med afklaring af centrale interessenters forventninger, ønsker og forbehold i forhold til etablering af en udgående akutafdeling i Kolding Kommune. Kalenderåret 2008 blev brugt til implementering af projektet og i 2009 var tilbuddet om akut hjælp i eget hjem i drift.

Tilbuddet er målrettet voksne, fortrinsvis svage, ældre borgere i Kolding Kommune med et akut behov for intensiv og fleksibel pleje, omsorg og behandling, som ikke kræver sygehusindlæggelse, men som sundhedspersonalet i kommunens hjemmeplejedistrikter har vanskeligt ved at imødekomme med en tilstrækkelig, kvalificeret og fleksibel hjælp.

Kalenderåret 2009 er af Kolding Kommune udvalgt som projektperiode for at undersøge, om ordningen er omkostningsneutral for kommunen. Forventningen er, at implementeringen af Udgående Akutafdeling i Kolding Kommune kan reducere henholdsvis de akutte medicinske sygehusindlæggelser med ca. 10 % og forbruget af akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter med ca. 50 %. Kan det lade sig gøre, er ordningen omkostningsneutral for kommunen, og et forbillede for den kommunale sundhedsindsats i øvrige kommuner.

[4] FOrum for Kvalitet og Udvikling i offentlig Service.

1.1 Formål med evalueringen

Det overordnede formål med evalueringen er at undersøge fordele og ulemper ved etablering af en Udgående Akutafdeling for henholdsvis kommune, medarbejdere og borgere – herunder:

- At bidrage til forståelse af, hvorvidt og hvordan det er muligt at forebygge antallet af akutte, medicinske indlæggelser på sygehuse gennem oprettelsen af en specialiseret og fleksibel kommunal udgående akutafdeling, der er i stand til at yde en akut og intensiv indsats i borgernes eget hjem.
- At etablere et forbedret beslutningsgrundlag for andre kommuner, som i fremtiden ønsker at arbejde målrettet med forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser på sygehus.

Evalueringen er gennemført med afsæt i den danske model for en medicinsk teknologivurdering. En medicinsk teknologi defineres bredt som procedurer og metoder til forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering (1). I dette tilfælde er teknologien den Udgående Akutafdeling, som tilbyder borgere en intensiv og fleksibel pleje, omsorg og behandling i eget hjem. Ud over selve teknologien omfatter en medicinsk teknologivurdering også en vurdering af organisationen omkring den pågældende teknologi, økonomien og borgernes perspektiv. Der er således knyttet specifikke undersøgelsesspørgsmål til fire delelementer:

1. Teknologi: Medfører implementeringen af Udgående Akutafdeling i Kolding Kommune et mindre forbrug af i) akutte, medicinske sygehusindlæggelser henholdsvis ii) antal ophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter?
2. Organisation: Hvordan er Udgående Akutafdeling organiseret og implementeret, og hvilke fordele og ulemper har det haft både internt i kommunalt regi og eksternt i forhold til samarbejdspartnere?
3. Økonomi: Kan etablering og drift af Udgående Akutafdeling i Kolding Kommune medvirke til kommunale besparelser som følge af eventuelle færre akutte, medicinske sygehusindlæggelser henholdsvis et mindre forbrug af akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter?
4. Borgerne: Hvordan vurderer borgerne Udgående Akutafdeling?

1.2 Rapportens målgruppe

Rapporten henvender sig til kommunale ledere, medarbejdere og beslutningstagere inden for sundheds- og ældreområdet, som arbejder med eller gerne vil udvikle tilbud, der kan mindske antallet af uhensigtsmæssige medicinske indlæggelser af ældre borgere.

1.3 Opdragsgivere og samarbejde om evalueringen

Ønsket om at evaluere Udgående Akutafdeling kom fra Kolding Kommune, som indgik aftale med Dansk Sundhedsinstitut om at søge midler til en evaluering. For midler fra Kolding Kommune udarbejdede Dansk Sundhedsinstitut en projektbeskrivelse, og Det

Kommunale Momsfond bevilligede på den baggrund midler til evalueringen. Dansk Sundhedsinstitut har ligeledes finansieret en del af evalueringen.

Evalueringen af teknologi, organisation og økonomi er gennemført af medarbejdere i Dansk Sundhedsinstitut. Borgerperspektivet er evalueret af Helle Aavild Juhl, sygeplejerske, diplom og Donna Lykke Wolff[5], cand.scient.san.publ., projektkoordinatorer for Udgående Akutafdeling, Kolding Kommune under vejledning fra senior projektleder Mette Bastholm Jensen, MA, ph.d. i sociologi, Dansk Sundhedsinstitut.

Projektleder Marie Brandhøj Wiuff, cand.scient.soc. har forestået den organisatoriske evaluering af den Udgående Akutafdeling. Under dataindsamlingsfasen har praktikant Tilde Marie Bertelsen, stud.scient.soc. bidraget med observationer af den Udgående Akutafdelings arbejde, deltaget i interview og første interviewbearbejdning. Projektkoordinator Helle Aavild Juhl har medvirket til udvælgelsen af interviewpersoner og har hjulpet med det praktiske omkring afvikling af interviewene.

Seniorprojektleder Susanne Reindahl Rasmussen, ergoterapeut, MPH, ph.d. har udarbejdet projektbeskrivelsen for evalueringen i samarbejde med seniorprojektleder Pia Kürstein Kjellberg, cand.scient.adm., ph.d. og med sparring fra forskningsleder Dorte Gyrd-Hansen, professor, cand.oecon., ph.d. Susanne Reindahl Rasmussen har herudover varetaget effekt- og økonomievalueringen. Dette er sket i et samarbejde med ansatte på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter, idet projektkoordinator Donna Lykke Wolff har leveret det meste af baggrundsmaterialet.

Helle Aavild Juhl har varetaget diagnoseafgrænsningen for udtræk fra Landspatientregisteret mens leder for Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter Kirsten Johannsen, sygeplejerske, diplom og projektkoordinator Donna Lykke Wolff, har leveret det fornødne datamateriale for den Udgående Akutafdeling. Torben Albrecht fra økonomiafdelingen i Senior- og Sundhedsforvaltningen, Kolding Kommune har foretaget udtrækket fra eSundhed.

1.4 Evalueringens grundlag

Evalueringen af Udgående Akutafdeling er baseret på kalenderåret 2009. Indsatsen har således været i funktion i et år. Den organisatoriske del af evalueringen kommer dog også omkring idéudviklingen og opstarten, og strækker sig således længere tilbage. I forhold til at forankre en indsats i en eksisterende organisation, etablere samarbejdsrelationer og opnå konkrete resultater er et år en forholdsvis kort periode.

I løbet af 2009 var der 444 henvendelser om hjælp fra Udgående Akutafdeling. Ud af disse henvendelser førte 274 af henvendelserne til forløb med akut hjælp i eget hjem, 43 til akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter og 12 til kombinerede forløb med både hjælp i eget hjem og på akutophold. Borgerdelen tager afsæt i spørgeskemabesvarelser fra 22 borgere, der har modtaget hjælp i eget hjem suppleret med uddybende interview med fem af borgerne. Dette er et meget spinkelt datagrundlag,

[5] Helle Aavild Juhl fungerede som projektkoordinator frem til 31. januar 2010. Herefter overtog Donna Lykke Wolff projektkoordinatorfunktionen.

hvorfor vi ikke kan foretage endegyldige konklusioner omkring borgernes oplevelse af kvaliteten af Udgående Akutafdelings indsats i eget hjem.

1.5 Rapportens opbygning

For at give læseren en overordnet idé om, hvordan Udgående Akutafdeling er konstrueret praktisk og organisatorisk, gives der i kapitel 2 en kortfattet beskrivelse af Udgående Akutafdeling.

I kapitel 3 følger et metodeafsnit, hvor vi redegør for metoder og materialer, som er anvendt i de fire dele af evalueringen henholdsvis teknologi, organisation, økonomi og borgerperspektivet. Resultaterne af de fire del-analyser præsenteres i kapitel 4. I kapitel 5 diskuterer vi validitet af data fra de enkelte dele af evalueringen samt mulige fortolkninger af resultaterne fra kapitel 5. Diskussion danner fundament for den samlede konklusion, som fremgår af kapitel 6.

2. Beskrivelser af Udgående Akutafdeling

2.1 Udgående Akutafdelings formål og arbejdsopgaver

Det overordnede mål med etableringen af Udgående Akutafdeling var at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser af kommunens borgere. Konkret skulle Udgående Akutafdeling tilbyde borgere en intensiv og fleksibel pleje, omsorg og behandling i eget hjem og nærmiljø af personale med særlige kompetencer inden for akut rehabilitering og geriatri samt sundhedsfremme og forebyggelse.

Udgående Akutafdelings arbejdsopgaver faldt inden for følgende kategorier:

- Udredning af akutte problemstillinger
- Observation
- Pleje og omsorg
- Behandling
- Psykisk pleje
- Omsorg for pårørende
- Koordination og planlægning omkring borgeres fremadrettede situation (i forhold til plejepersonalet i kommunens tre distrikter, visitatorer, sygehus, læge, terapeuter, hjælpemidler osv.)
- Sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter
- Arbejdspladsvurdering (for arbejdet i hjemmet i akutperioden).

Det var et krav, at Udgående Akutafdeling skulle iværksætte hjælp senest en time efter en henvendelse om en borger. Akuthjælpen fra Udgående Akutafdeling blev almindeligvis ydet i maksimalt syv dage. Behovet for og varigheden af akuthjælpen har medarbejderne i Udgående Akutafdeling vurderet i samarbejde med personalet i hjemmeplejen. Hvis borgeren ikke var kendt i hjemmeplejen, samarbejdede Udgående Akutafdeling med hjemmeplejen om overdragelsen, såfremt borgeren fortsat havde brug for hjælp. Udgående Akutafdeling udviklede en udredningsguide med afsæt i ICF[6], som blev anvendt ved det første besøg hos borgeren (udredningsguiden kan ses i bilag 1). For det første blev borgerens kropslige, fysiologiske samt mentale funktionsniveau observeret og vurderet ud fra en række på forhånd opstillede problemstillinger. For det andet blev borgernes mulighed for aktivitet og deltagelse i dagliglivet vurderet. For det tredje blev de omgivelsesfaktorer vurderet, som havde betydning for borgerens mulighed for at klare sig i hjemmet.

[6] International klassifikation af funktionsevne, funktionsnedsættelse og helbredstilstand.

2.2 Udgående Akutafdelings målgruppe

Udgående Akutafdelings målgruppe var voksne, fortrinsvis svage ældre borgere:

- Med et akut behov for et intensivt tilbud inden for observation, tryghed, pleje, omsorg og behandling, som ikke kræver sygehusindlæggelse
- For hvem funktionsniveauet var faldet inden for en kort periode
- Med behov for et hurtigt indsættende, fleksibelt og intensivt tilbud inden for observation, tryghed, pleje, omsorg og behandling, som har været på sygehuset (Modtage- og visitationsafsnittet[7], geriatrisk ambulatorium og skadestuen), og for hvem fortsat sygehusmonitorering ikke er påkrævet
- Med simple medicinske sygdomme, hvor udredning og iværksættelse af behandling kunne varetages i hjemmet, af egen læge, vagtlæge eller Geriatrisk Team[8].

Hjælpen skulle desuden kunne ydes arbejdsmiljømæssigt forsvarligt i hjemmet.

Følgende borgere indgik som udgangspunkt ikke i Udgående Akutafdelings målgruppe:

- Borgere udskrevet direkte fra sygehuset, hvor arbejdet ikke kan tilrettelægges arbejdsmiljømæssigt forsvarligt eller der kræves fast vagt eller ophold på en døgnplads
- Borgere for hvem det overordnede problem i nuværende situation er en kendt psykiatrisk lidelse eller demens[9]
- Døende borgere
- Nødkaldssituationer.

2.3 Henvisning, træffetider og bemanding

Alle, det vil sige borgeren selv, pårørende, hjemmesygepleje, geriatrisk afdeling, praktiserende læger samt vagtlæger kunne tage initiativ til at henvise en borger fra Kolding Kommune til Udgående Akutafdeling.

Hvis hjemmehjælpen vurderede, at der var behov for hjælp fra den udgående akutafdeling, skulle kontakten fra hjemmehjælpen i starten ske gennem hjemmesygeplejen med henblik på en forudgående sygeplejefaglig vurdering. Hjemmehjælperne havde dog ofte et ret godt kendskab til borgerne og deres situation. I september 2008 blev praksis derfor ændret, således at hjemmehjælpen direkte kunne kontakte Udgående Akutafdeling i de tilfælde, hvor de havde et bedre kendskab til borgeren end hjemmesygeplejersken. Henvendelsen skulle dog stadig konfereres med en hjemmesygeplejerske.

Udgående Akutafdeling kunne i opstarten træffes alle ugens dage mellem kl. 8.00 og 22.30 – i sommerferieperioden (medio juni til medio august 2009) kunne Udgående Akutafdeling dog kun træffes til kl. 18. Træffetidspunktet på fredage og i weekenden

[7] Modtage- og visitationsafsnittet varetager behandling og pleje af medicinske patienter samt medicinske tilskadekomne indbragt via Falck eller ved selvhenvendelse.
[8] Geriatrisk Team lukkede ned pr. 31/12 2008, men var fra start tænkt ind i inklusionskriterierne.
[9] Der var ansat veluddannede demenskonsulenter i kommunen til at tage sig af den borgergruppe.

blev fastholdt til mellem kl. 8.00 og 18.00 efter sommerferieperioden på grund af ikke genbesatte stillinger og uhensigtsmæssigheder ved at bruge vikarer ved dækning af ferie mv.

Bemandingen af Udgående Akutafdeling fungerede typisk sådan, at 2-5 medarbejdere mødte fra 8.00-15.30, hvoraf den ene blev til 18.00, og aftenvagten mødte ind kl. 15.00-22.00. Om aftenen var der således kun én medarbejder på vagt, hvilket også var tilfældet i weekenden. I de tilfælde, hvor der ikke var opgaver i regi af Udgående Akutafdeling, skulle medarbejderne tilbyde deres arbejdskraft på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter og i hjemmesygeplejen.

I starten skulle både en sygeplejerske og en social- og sundhedsassistent køre ud til borgere. På grund af vanskeligheder med logistikken omkring vagter blev praksis ændret (primært for aften- og weekendvagten), så én medarbejder fra Udgående Akutafdeling selv kunne køre ud til en borger – uanset om denne var sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent.

Fysisk havde medarbejderne i Udgående Akutafdeling mødested og kontorfaciliteter på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter, og kunne som eneste instans henvise til syv akutpladser ud af i alt 28 rehabiliterings- og akutpladser på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter.

2.4 Medarbejdere

Der blev opstillet en række krav til faglige kvalifikationer og personlige kompetencer hos medarbejderne i Udgående Akutafdeling. Ud over en autorisation som enten sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent skulle medarbejderne have erfaring med lignende opgaver fra eksempelvis Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter, fra hjemmesygeplejen i Kolding Kommune eller fra en anden form for geriatrisk rehabiliterings- eller akutarbejde.

Den første ansættelse fandt sted 1. marts 2008. På grund af sygeplejestrejken og sommerferie var Udgående Akutafdeling dog først i fuld funktion medio august. Der var otte stillinger i Udgående Akutafdeling henholdsvis fire sygeplejersker og fire social- og sundhedsassistenter (se Tabel 2.1). Den ene social- og sundhedsassistentstilling blev delt mellem to, som også arbejdede på halv tid på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter. De otte stillinger var således fordelt på ni medarbejdere indtil november 2008. Her opsagde de to social- og sundhedsassistenter i delt stilling deres job i Udgående Akutafdeling. Frem til årsskiftet var den delte social- og sundhedsassistentstilling ikke besat.

Fra 1. januar 2009 bestod Udgående Akutafdeling af otte medarbejdere henholdsvis fem sygeplejersker og tre social- og sundhedsassistenter, idet en social- og sundhedsassistentstilling var blevet konverteret til en sygeplejestilling (der var mere brug for sygeplejefaglige kompetencer). De enkelte medarbejderes fuld- og deltidsansættelser samt opsigelsestidspunkter fremgår af Tabel 2.1. Ingen af de ledige stillinger i 2009 blev genbesat, da en ny ansættelses- og oplæringsproces ikke kunne nås inden projektets afslutning ved udgangen af 2009.

Tabel 2.1 Oversigt over stillinger, medarbejdere og time-antal i Udgående Akutafdeling, 2008 og 2009.

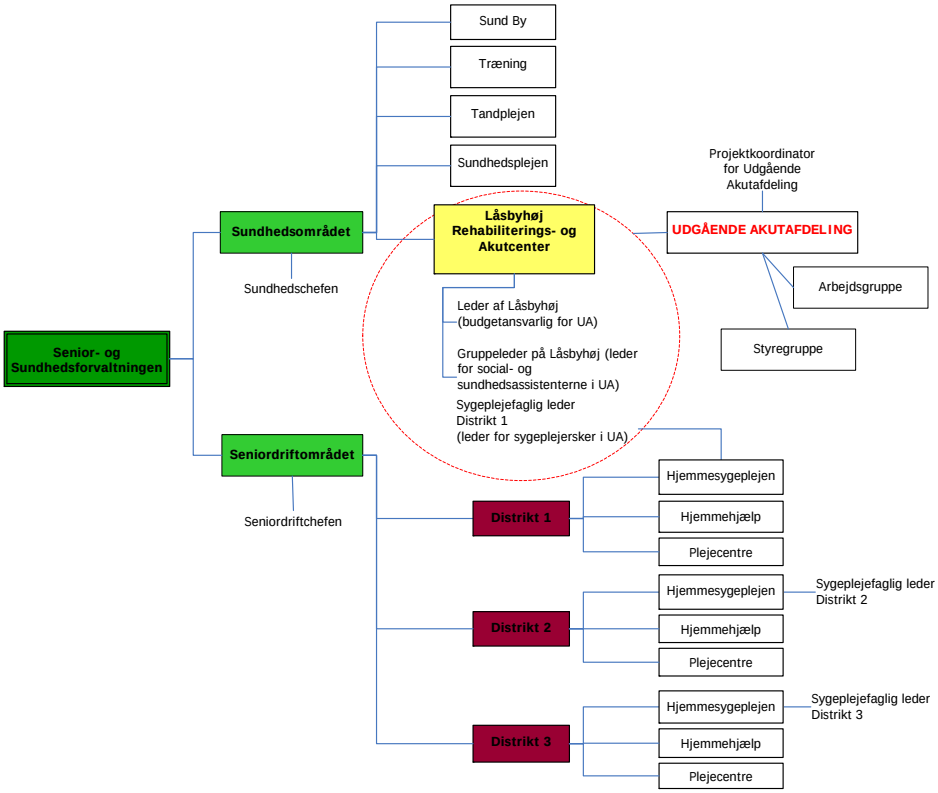
2008			2009		
Stillinger	**Medarbejder**	**Timer**	**Stillinger**	**Medarbejder**	**Timer**
Sygeplejerske	Medarbejder A	37	Sygeplejerske	Medarbejder A	37
Sygeplejerske	Medarbejder B	37	Sygeplejerske	Medarbejder B	37
Sygeplejerske	Medarbejder C	32	Sygeplejerske	Medarbejder C Stop 31/10	32
Sygeplejerske	Medarbejder D	32	Sygeplejerske	Medarbejder D Stop 30/4	32
			Sygeplejerske	Medarbejder J	37
SSA	Medarbejder E	30	SSA	Medarbejder E	30
SSA	Medarbejder F	30	SSA	Medarbejder F Stop 23/6	30
SSA	Medarbejder G	30	SSA	Medarbejder G Stop 15/12	30
SSA	Medarbejder H Medarbejder I Begge stop november	37			
8 stillinger	9 personer		8 stillinger	8 personer	

På grund af generelle, økonomiske problemer i kommunen blev Udgående Akutafdeling lukket ved udgangen af december 2009, og medarbejderne blev afskediget.

2.5 Organisatorisk forankring

Udgående Akutafdeling var forankret i Senior og Sundhedsforvaltningen på tværs af henholdsvis Seniordriftsområdet og Sundhedsområdet. Personaleledelsen var delt på henholdsvis en gruppeleder fra Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter – forankret i Sundhedsområdet – og en sygeplejefaglige leder (fra distrikt 1) – forankret i Seniordriftsområdet. Gruppelederen fra Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter havde ansvar for social- og sundhedsassistenter, og den sygeplejefaglige leder havde ansvar for sygeplejersker. Lederen af Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter var budgetansvarlig for Udgående Akutafdeling, mens den faglige koordinering var projektkoordinatorens ansvarsområde (se Figur 2.1). Baggrunden for denne organisering uddybes i resultaterne fra den organisatoriske del af evalueringen (afsnit 4.2.1).

Figur 2.1 Udgående Akutafdelings organisatoriske og ledelsesmæssige forankring (efteråret 2009).



3. Metode

Evalueringen er gennemført med afsæt i den danske model for en medicinsk teknologivurdering (1). Der er således lavet fire sideordnede analyser, der omhandler teknologi, organisation, økonomi og borgerperspektiv. De anvendte metoder og materialer til belysning af hver af de fire dele er beskrevet i afsnittene 3.1-3.4.

3.1 Teknologi

Ved projektperiodens afslutning er der foretaget en evaluering af effekten af implementering af den Udgående Akutafdeling i Kolding Kommune i forhold til at undersøge, om det har ført til ændringer i:

1. Antallet af ophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter
2. Antallet af akutte somatiske sygehusindlæggelser.

Alle opgørelser, der vedrører akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter og Udgående Akutafdelings hjælp i borgernes eget hjem er baseret på oplysninger fra Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenters registreringer. Data for 2007 er baseret på et håndskrevet registreringssystem, som DSI har fået en kopi af, mens data fra 2009 er registreret i en elektronisk database omfattende alle borgere, som har henvendt sig med henblik på akutophold eller hjælp i eget hjem.

3.1.1 Akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter

Det samlede antal af akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter samt den gennemsnitlige alder fordelt på køn og det gennemsnitlige antal opholdsdage pr. borger[10] er beregnet og sammenlignet for perioderne 1. januar 2007 - 31. december 2007 versus 1. januar 2009 - 31. december 2009. Antallet af afviste borgere er ligeledes opgjort i både 2007 og 2009.

Der er endvidere beregnet og sammenlignet belægningsprocenter for 2007 og 2009. Herudover er den procentvise fordeling for bosted ved indflytning, og stedet, hvortil borgeren flytter efter akutophold, opgjort for 2007 henholdsvis 2009.

Herudover er der foretaget en opgørelse af hovedproblemstillingerne ved henvendelse om akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter – i betydningen hvad der har været den væsentligste årsag til henvendelse. Der gøres opmærksom på, at der ikke er brugt samme kategorisering af hovedproblemstilling ved henvendelsen for 2007 og 2009, hvorfor disse ikke er sammenlignelige.

[10] Det gennemsnitlige antal dage for borgere på akutophold er beregnet ved at dividere summen af antal opholdsdage i opgørelsesåret (2007 henholdsvis 2009) med antal borgere, der er indflyttet i opgørelsesåret.

3.1.2 Udgående Akutafdeling

Udgående Akutafdelings tiltag i forbindelse med en henvendelse om hjælp fra Udgående Akutafdeling er opgjort på basis af registreringer inden for 12 kategorier (Bilag 2).

For hver henvendelse er der kun registreret ét tiltag. Det betyder, at hvis henvendelsen er sket inden for Udgående Akutafdelingens åbningstid, og medarbejderne vurderede, at borgeren hørte til målgruppen, er der foretaget en registrering af 'tilsyn i hjemmet ved Udgående Akutafdeling'. I de tilfælde, hvor henvendelsen er sket uden for akutafdelingens åbningstid, eller medarbejderne har haft for travlt til at besøge borgeren, har registreringen været 'akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter'. Af den øvrige registrering fremgår det, i hvilken periode borgeren har modtaget hjælp i eget hjem henholdsvis været på akutophold på Låsbyhøj.

Hvis medarbejderne i Udgående Akutafdeling vurderede, at der var behov for hurtig kontakt til egen læge/vagtlæge inden en nærmere udredning fra Udgående Akutafdeling, har der været en registrering af 'egen læge/vagtlæge'. Hvis det efterfølgende viste sig, at borgeren efter kontakt til lægen havde behov for hjælp fra akutafdelingen – enten i form af et akutophold eller hjælp i eget hjem – er borgeren registreret endnu engang i databasen.

På baggrund af oven for omtalte registrering af tiltag har det også været muligt at opgøre antallet af borgere, der har modtaget akut hjælp i eget hjem fra Udgående Akutafdeling samt af den gennemsnitlige forløbsvarighed (1. januar - 31. december 2009). Herudover er der foretaget en beregning af den gennemsnitlige alder for borgere, der har fået akut hjælp i eget hjem (for borgere med flere forløb er gennemsnitalderen for den enkelte borger beregnet).

Der er også foretaget en opgørelse af hovedproblemstillingerne, som har ført til henvendelse til akutafdelingen samt af antallet af borgere, som har flere forløb med akut hjælp med mindre end 30 dages mellemrum.

Endelig er de samlede personaleressourcer i form af årsværk søgt opgjort for personalegrupperne social- og sundhedsassistenter (SSA'er) og sygeplejersker. Opgørelserne er baseret på oplysninger fra Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenters registreringer.

3.1.3 Somatiske sygehusindlæggelser

Der er foretaget en opgørelse af en række specifikke, akutte, 'medicinske' sygehusindlæggelser[11] for 45+-årige borgere i Kolding Kommune[12]. Antal sengedage henholdsvis antal indlæggelser pr. 1.000 borgere i 2007 (inden implementeringen af den udgående akutafdeling) er sammenlignet med forbruget i 2009. Opgørelserne omfatter indlæggelser på alle sygehuse i Danmark.

[11] Udtræk af 'antal indlæggelser' i Landspatientregisteret og fra eSundhed foretages teknisk på basis af 'antal udskrivninger'. For at gøre teksten lidt mere læsevenlig har vi valgt i denne rapport at omtale 'udskrivninger' som 'indlæggelser'.
[12] Den yngste borger i Kolding Kommune, der har været på akutophold/fået akut hjælp i eget hjem har været 45 år.

Forskellen i forbruget af akutte 'medicinske' sengedage pr. 1.000 borgere henholdsvis indlæggelser pr. 1.000 borgere (2007 versus 2009) er sammenlignet med forbruget i de omkringliggende kommuner; Fredericia, Vejle, Vejen og Haderslev Kommuner, i samme tidsperiode.

De specifikke diagnoser er karakteriseret ved, at en stor del af dem vurderes at være uhensigtsmæssige, medicinske indlæggelser, som forventes at kunne minimeres, hvis kommunen sørger for, at der i forbindelse med akut opstået sygdom hos en borger, bliver ydet den relevante indsats i form af undersøgelse, pleje og behandling i borgerens eget hjem eller i kommunalt regi[13]. Afgrænsningen af diagnoser er foretaget af projektkoordinator Helle Aavild Juhl med sparring fra to overlæger på Medicinsk afdeling, Kolding Sygehus: Kirsten Laila Vinding, speciallæge i geriatri, MPM og Lisbeth Madsen Fredholm, speciallæge i geriatri. Diagnoserne omfatter: Ernæringsproblemer, dehydrering, konfusion, influenza, lungebetændelse, kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL), rygsmerter uden brud, blærebetændelse, svimmelhed, fald, og sociale vanskeligheder. Afgrænsningen af diagnoserne med ICD-10-koder fremgår af Bilag 3.

Idet de specifikke medicinske diagnoser optræder hyppigere med stigende alder, vil en stigning i antallet af ældre føre til flere sygdomstilfælde. For at kunne sammenligne data over tid og på tværs af geografiske områder er antal indlæggelsesdage henholdsvis antal indlæggelser og den kommunale medfinansiering pr. 1.000 borgere blevet aldersstandardiseret. Hermed er der taget hensyn til forskelle og ændringer af alderssammensætningen i de fem kommuner. Der er aldersstandardiseret til alderssammensætningen i Kolding Kommune i 2007.

Opgørelserne er baseret på et kommunalt udtræk (eSundhed) fra Landspatientregisteret (LPR). Der er trukket på de oven for omtalte diagnoser – uanset hvilken afdeling eller hvilket speciale patienterne har været indlagt på[14]. Udtrækket er foretaget for 5-års aldersgrupper (45-49, 50-54,... 80-84 og 85+-årige) i perioderne 1. januar 2007 - 31. december 2007 henholdsvis 1. januar 2009 - 31. december 2009.

3.2 Organisation

Evalueringen af Udgående Akutafdelings organisering og implementering fokuserer både på, hvordan medarbejderne i Udgående Akutafdeling har fungeret internt som team, hvordan den Udgående Akutafdeling har fungeret i den allerede etablere kommunale organisation og endelig, hvordan samarbejdsrelationerne til andre aktører i sundhedsvæsenet har været.

Den organisatoriske del af evalueringen er gennemført som en interviewundersøgelse, og som forberedelse hertil er der gennemført et mindre observationsstudie.

---

[13] Terminologien 'uhensigtsmæssige indlæggelser' refererer til Sundhedsstyrelsens vejledning fra 2006 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. Heri beskrives uhensigtsmæssige indlæggelser som de akutte indlæggelser, der er en følge af, at der ikke har været et tilbud i kommunen om en relevant indsats, eller fordi der manglede mulighed for vurdering af patienten på et højere lægefagligt specialiseringsniveau på et tidspunkt, hvor en afklaring kunne foretages uden indlæggelse (3).

[14] Fordi sygehusenes inddeling i specialer er forskellig, har det været nødvendigt at foretage udtræk på de respektive diagnoser fra alle sygehusafdelinger. Dette er også gjort i erkendelse af, at når en medicinsk afdeling er overbelagt, kan medicinske patienter blive indlagt på andre afdelinger.

3.2.1 Observationsstudie af Udgående Akutafdelings arbejde

Udgående Akutafdelings arbejde er blevet fulgt af en praktikant fra Dansk Sundhedsinstitut over to dage. Observationen har fundet sted i uge 41 2009 fra mandag aften til onsdag eftermiddag. Observationen blev primært foretaget på Udgående Akutafdelings beredskabsstue (kontor) på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter samt i forbindelse med de udgående besøg, som Udgående Akutafdeling havde i løbet af de dage, som observationen stod på. Alle seks medarbejdere, som på det tidspunkt var ansat i den Udgående Akutafdeling, har på skift været på arbejde i observationsperioden.

Formålet med observationen har primært været at få et overordnet indblik i Udgående Akutafdelings arbejde, herunder arbejdsopgaver og kontakten med borgere. Ideen var også at få et konkret indblik i, hvilke aktører den Udgående Akutafdeling samarbejder med og er i kontakt med, og hvordan planlægningen og koordinering af indsatsen udføres imellem Udgående Akutafdeling og disse samarbejdsparter.

Observationerne er anvendt til at kvalificere de efterfølgende interviews, fx i forhold til udarbejdelsen af interviewguides samt i forhold til udarbejdelsen af en række cases, som skal illustrere, hvordan forløb i Udgående Akutafdelings regi kan foregå – fra Udgående Akutafdeling modtager henvendelsen om en borger til forløbet afsluttes.

Observationen har karakter af at være en direkte, men ikke-deltagende, observation, hvor observatøren indtager rollen som en ydre iagttagende observatør (6). Observationen er semi-struktureret, det vil sige, at der på forhånd er valgt, hvilke aktiviteter der skal observeres (se observationsguiden i Bilag 4), samtidig med at der er mulighed for at inddrage nye perspektiver, der ikke var kendskab til i forvejen.

De to dage, som observationen er foregået, er ifølge den daværende projektkoordinator to relativt stille dage, hvor der er forholdsvis få henvendelser til Udgående Akutafdeling og få besøg i borgeres hjem. Det har til gengæld givet mulighed for at få et indblik i, hvad medarbejderne i Udgående Akutafdeling foretager sig, når de i perioder har forholdsvis få udgående besøg og opgaver.

3.2.2 Interviewundersøgelse

Observationsstudiet og samtaler med projektkoordinatoren har givet indblik i, hvilke instanser og aktører Udgående Akutafdeling er i kontakt med, når de løser opgaver både i og uden for borgernes hjem. Dette har dannet grundlag for udvælgelsen af interviewpersoner. Der er i alt gennemført 13 interview, som fremgår af Tabel 3.1.

Tabel 3.1 Oversigt over gennemførte interviews, efteråret 2009.

Interview med	**Antal informanter**
Projektkoordinatoren (¤)	
Medarbejdere i Udgående Akutafdeling (*)(¤)	Tre sygeplejersker En social- og sundhedsassistent
Lederne af Udgående Akutafdeling (*)(¤)	Sygeplejefaglig leder, distrikt 1 Gruppeleder på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter
Leder af Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter (¤)	Leder af Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter
Låsbyhøj-medarbejdere (¤)	En sygeplejerske To social- og sundhedsassistenter
Hjemmesygeplejen (*)	Fire – én fra distrikt 1, to fra distrikt 2 og én fra distrikt 3
Sygeplejefaglige ledere (*)	Tre – én fra hver af Kolding Kommunes tre distrikter
Hjemmehjælpen (*)	Seks planlæggere (alle social- og sundhedsassistenter)
Visitationen (*)	En daglig leder af visitation (social- og sundhedsassistent) En visitator (plejehjemsassistent)
Distriktsterapeuter (¤)	To ergoterapeuter
Praktiserende læger	To praktiserende læger fra Kolding by
Geriatrisk Afdeling (Kolding Sygehus)	To speciallæger i geriatri (den ene overlæge på medicinsk afdeling) En oversygeplejerske, medicinsk afdeling En geriatrisk sygeplejerske En repræsentant fra sygehus-udvalget 'Indlæggelser og udskrivelser"
Distriktsleder i distrikt 2 (*)	
Sundhedschefen (¤)	

(¤) Tilknyttet Sundhedsområdet.
(*) Tilknyttet Seniordriftsområdet.

Interviewpersonerne er valgt, enten fordi de har været en del af Udgående Akutafdeling eller er repræsentanter for de mange samarbejdspartnere, som Udgående Akutafdeling har haft. Det drejer sig om hjemmesygeplejen, hjemmehjælpen og de praktiserende læger, der kan henvise borgere til Udgående Akutafdeling, men også visitatorer, terapeuter og sygehuset har været centrale i Udgående Akutafdelings virke. Endelig er distriktslederen i distrikt 2 og sundhedschefen interviewet for at belyse den mere overordnede proces omkring etableringen af Udgående Akutafdeling. Der er ikke gennemført interview med seniordriftschefen, da stillingen var vakant på interviewtidspunktet.

Interviewene er afviklet som semi-strukturerede gruppe- eller enkeltinterviews (7). Der er taget afsæt i en spørgeguide med overordnede temaer vedrørende Udgående Akutafdelings implementering og organisering. Til hvert interview er interviewguiden tilpasset den relation og position, som pågældende informanter har til Udgående Akutafdeling (se eksempler på interviewguides i Bilag 5). Interviewene har varet mellem ½-2 timer, og er gennemført i perioden 22. oktober til 18. november 2009.

Ud over en interviewer, har der ved ti af interviewene også deltaget en referent – ved de tre resterende interviews deltog referenten ikke pga. sygdom[15]. Under interviewene har referenten taget noter og fungeret som interviewerens back up, hvis der var spørgsmål, der ikke blev besvaret. Interviewene er optaget på minidisc. Efter hvert interview har referenten – med støtte fra noter og lydfil – udarbejdet et fyldigt referat suppleret med citater af centrale udtalelser fra interviewpersonerne. Ved de interview, hvor referenten ikke deltog, er referatet udelukkende baseret på lydfilen.

3.2.3 Analysemetode

Med afsæt i de udarbejdede interviewreferater og observationsnoter, er der foretaget en tværgående analyse med fokus på:

- Den organisatoriske forankring af Udgående Akutafdeling
- Udgående Akutafdelings interne arbejdstilrettelæggelse og organisering
- Udgående Akutafdelings samarbejdsrelationer til aktører internt og eksternt i kommunen.

Indenfor disse tre temaer, er vægten lagt på udfordringer, som er fremhævet på tværs af flere af interviewene.

I analysen af samarbejdsrelationerne til aktører internt og eksternt i kommunen er der anvendt elementer fra en brændpunktsanalyse. Ved brændpunkter (i organisatoriske grænseflader) forstås de kritiske samarbejdsrelationer, hvor der er tilbagevendende problemer, selvom de ofte er forsøgt løst. En brændpunktsanalyse stiller således skarpt på de samspils- og konfliktrelationer, som eksisterer mellem samarbejdende organisationer og aktører (8).

Brændpunkterne vil typisk opstå, hvor der er:

- Uenighed om, hvem der skal gøre hvad (domænekonflikter, der typisk refererer til arbejdsdeling)
- Uenighed om behandlingsteknologi, arbejdsmetoder og principper (teknologikonflikter, der typisk skyldes forskelle i professions- og sektorlogikker)
- Uenighed om mål og vurderingskriterier (parters gensidige beklagelser over hinandens resultater/output)
- Forskelle i de involverede parters interne strukturer, kulturer og processer (gør det vanskeligt for parterne ”at nå hinanden” – også selvom der ikke er tale om behandlingsideologiske modsætninger)
- Forskelle i parternes ønsker til samarbejdsform/relationsudformning.

[15] Det drejer sig om interviewet med praktiserende læger, senior distriktschefen og sundhedschefen.

Brændpunkterne kan komme til udtryk ved:

- At der er for lidt konflikt mellem parterne (handlingslammelse)
- At der er for meget konflikt mellem parterne (8).

3.3 Økonomi

Der er foretaget en beregning af de kommunale omkostninger ved implementering af en kommunal udgående akutafdeling. De kommunale omkostninger ved en Udgående Akutafdeling og ved akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter samt den kommunale medfinansiering af akutte, medicinske sygehusindlæggelser er derfor blevet opgjort. Der er foretaget en opgørelse og sammenligning af de kommunale udgifter for 2007 henholdsvis 2009. Der gøres opmærksom på, at omkostningerne for 2007 henholdsvis 2009 indgår med de faktuelle omkostninger i de pågældende år; omkostningerne i 2007 er således ikke blevet pristalsreguleret. I de efterfølgende afsnit følger en grundigere metodisk beskrivelse.

3.3.1 Akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter

De kommunale omkostninger ved akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter er søgt opgjort på basis af de kommunale regnskaber for 'huset' Låsbyhøj (2007 versus 2009).

Huset 'Låsbyhøj' omfatter en del flere funktioner end døgnophold for borgere på rehabiliterings-, aflastnings- eller akutophold. Der kommer fx også borgere til ambulant genoptræning og rehabilitering. Herudover er der placeret en del kommunale kontorer på Låsbyhøj, fx har hjemmehjælpen og hjemmesygeplejen kontorfaciliteter i huset. Den fuldstændige liste over funktioner og brugen af lokaler fremgår af Bilag 6. Alle disse funktioner har fælles budget og regnskab mht. fx fælles administration, pedel, rengøring og brug af ejendommen (vand, varme, el, vedligeholdelse mv.).

For at kunne beregne de kommunale omkostninger ved akutophold har det derfor været nødvendigt at foretage to kvalificerede antagelser:

1. Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenterets andel af de fælles omkostninger kan beregnes efter en skønnet andel for de enkelte relevante udgiftsposter. Denne fordelingsnøgle er udarbejdet af lederen af Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter Kirsten Johannsen (fremgår af Tabel 4.12 i afsnit 4.3.1, s. 84).
2. Herefter udgør driftsudgifterne til akutpladserne ¼ af alle omkostninger ved Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter, idet de syv akutpladser udgør ¼ af alle døgnpladser på centeret (syv akutpladser og 21 rehabiliterings- og aflastningspladser)[16]. Der er dog to undtagelser herfra i) lønomkostninger ved en forløbskoordinator indgår kun med 2/3 til rehabiliteringspladserne, idet akutpladserne ikke gør brug heraf, og ii) indtægterne ved vask og rengøring samt leje af linned er opgjort separat for borgere på akutophold.

[16] I december 2009 er antallet af akutpladser blevet reduceret fra syv til tre, hvorfor forholdet mellem akutpladser og rehabiliteringspladser er et lidt andet i 2009.

I beregningerne af driftsomkostningerne ved akutophold indgår alle omkostninger (som det har været muligt at udskille fra det kommunale regnskab) til:

- *Administration:* Div. varekøb; annonceringer; repræsentation m.v.
- *Fast ejendom:* Vedligeholdelse; tekniske installationer, skatter og forsikringer; el, vand og varme; rengøring; inventar.
- *Personale:* Omfatter omkostninger ved tre personalegrupper:
  - Fælles personale, der er ansat til at betjene funktionerne i huset 'Låsbyhøj'; herunder administration, ledelse, udvikling/kvalitet, pedel (havearbejde og vedligeholdelse).
  - Plejepersonale for borgere på døgnophold.
  - Personale til rengøring og vask.

  Herunder udgifter til lønninger, pensioner, uddannelse, transport, beklædning m.v.
- *Tjenestevogn:* Reparation og vedligeholdelse, brændstof samt skatter, afgifter og forsikringer. Herudover indgår der i 2009 salg af Låsbyhøjs tjenestevogn og efterfølgende leasing.
- *Beboernes betaling for service:* Vask og rengøring samt leje af linned.

3.3.2 Udgående Akutafdeling

De kommunale omkostninger ved den Udgående Akutafdeling er søgt estimeret på baggrund af det kommunale regnskab. Omkostningerne er fordelt på i) omkostninger til etablering (i 2007-2009) og ii) omkostninger ved interventionen (2009).

Der har herudover været implementeringsomkostninger i form af fx omkostninger ved den tid, der er anvendt i forbindelse med oprettelse af registreringsskemaer forud for projektstart samt den tid, der undervejs i projektet er brugt til registrering af oplysninger til brug for evalueringen af projektet. Disse omkostninger er ikke søgt opgjort i denne evaluering, da der ikke har været nogen form for registrering af tidsforbruget hertil. Endelig skal det også bemærkes, at de omkostninger, der vedrører 2008, hvor medarbejderne i Udgående Akutafdeling blev ansat, og procedurer og arbejdsgange blev indkørt, ikke indgår i opgørelsen af omkostningerne.

Etableringsomkostninger

Etableringsomkostninger omfatter oprettelsen af kontorpladser med tilhørende Pc'er, indkøb af mobiltelefon, blodtryksapparat samt T-shirts til medarbejderne i Udgående Akutafdeling. Omkostningerne er ikke opgjort i de mindste detaljer, kun de væsentlige omkostninger er søgt estimeret. Således er fx inventar, der er udlånt fra rehabiliteringsafdelingen ikke værdisat. Ej heller er den øvrige værdi af medarbejdernes beklædning (bukser og jakke) opgjort.

Interventionsomkostninger

Interventionsomkostningerne (driftsomkostninger i 2009) omfatter væsentligst løn til personale. Herudover indgår omkostninger til uddannelse i form af kursusudgifter for medarbejderne i Udgående Akutafdeling. Endelig er væsentlige udgifter til leasing af bil og drift heraf opgjort (omfattende udgifter til brændstof, forsikring, vedligeholdelse og betaling af skader). Udgifterne til et personalekontor på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter (mindre end 15 m^2) er ikke søgt opgjort.

Omkostningsopgørelser for ovenstående punkter er baseret på data fra Kolding Kommunes regnskab for 2009.

3.3.3 Somatiske sygehusindlæggelser

Den kommunale medfinansiering af specifikke, medicinske sygdomsgrupper (Bilag 3) er opgjort. Der er fokuseret på de 70+-årige borgere, idet ældre borgere har været den primære målgruppe for projektet. Differencen af den aldersstandardiserede[17], kommunale medfinansiering pr. 1.000 borgere (2009 versus 2007) er sammenlignet med de fire omkringliggende kommuner Fredericia, Vejle, Vejen og Haderslev i samme tidsperiode. Beregningerne er baseret på udtræk fra Landspatientregisteret via eSundhed for perioderne 1. januar 2007 - 31. december 2007 henholdsvis 2009 og omkostningsbestemt med Sundhedsministeriets takster for de pågældende år: Diagnose Relaterede Gruppe-takster (DRG-takster). Den kommunale medfinansiering omfatter såvel omkostninger ved indlæggelser på et sengeafsnit som omkostninger ved indlæggelser på et sengeafsnit via skadestue.

3.4 Borgerne

Evalueringen af Udgående Akutafdeling har også fokus på borgenes oplevelse af den service, de har modtaget. Borgerne oplever som de eneste hele forløbet før, under og efter hjælpen fra Udgående Akutafdeling, og har derfor særlige forudsætninger for at vurdere denne ydelse. Borgernes subjektive oplevelse af kvalitet spiller derfor en afgørende rolle for, om Udgående Akutafdeling kan karakteriseres som velfungerende. Borgerne har som modtagere en anden erfaring med den service, de får leveret, end det sundhedsfaglige personale der leverer ydelsen. Borgerne ser, hvad der bliver leveret til dem, og ikke alt det der sker udenom så som planlægning, koordinering og dokumentering. Men hvis alt det udenom ikke er på plads, mærker borgerne det ved at modtage en dårlig ydelse – fx i form af et usammenhængende forløb (9). Det kan ligeledes være tilfældet, at der ud fra et klinisk perspektiv er ydet en god behandling, men at borgeren ud fra sin oplevelse ikke synes behandlingen har været god. Dette kan skyldes, at borgeren ikke kan følge med i, hvad der sker, eller er uenig i den behandling, der bliver leveret. Et tænkt eksempel kunne således være, hvis hr. Hansen bliver behandlet for et brækket ben og i kliniske øjne er behandlet, men Hr. Hansen syntes egentlig, at han mere havde brug for noget støtte til at overskue situationen derhjemme med et brækket ben, og behandling af benet var sekundært.

[17] Der er standardiseret til alderssammensætningen i Kolding Kommune i 2007.

Udgående Akutafdelings målgruppe omfattede alle voksne borgere, men ofte var det svage ældre mennesker, der blev optaget i et forløb. Der var tale om ældre borgere, for hvem der i hjemmet let kan opstå situationer, hvor 'læsset pludseligt vælter', og det derfor bliver vanskeligt for dem at klare sig derhjemme på vanlig vis.

Som forberedelse til evalueringen af borgernes vurdering af Udgående Akutafdeling er det undersøgt, hvad der foreligger af viden omkring netop svage ældre borgernes syn på kvalitet i sundhedsvæsenet og mere specifikt, hvad de forbinder med kvalitet, når behandling og pleje foregår i eget hjem. I næste afsnit sammenfattes fundene fra denne litteratur.

3.4.1 Baggrundsmateriale om ældres oplevelse af kvalitet i ældreplejen

Ældre borgeres oplevelse af kvalitet er studeret både under danske og udenlandske forhold. Ud fra en formodning om, at borgerrelateret kvalitet kan være kontekstafhængigt i forhold til kultur, samfund og sundhedsvæsen, er danske studier prioriteret som overordnet referenceramme og suppleret med udenlandsk litteratur.

I to væsentlige, danske studier fra henholdsvis Socialforskningsinstituttet (10) og Ældre Sagen (11) har forskere undersøgt svage ældres oplevelser og forventninger til hjemmeplejen. Her har forskerne fundet frem til, at kvalitet i en ydelse for ældre hænger sammen med flere faktorer.

For det første er det altafgørende for den ældre borger, at tingenes tilstand hurtigst muligt bringes tilbage til det normale, således at det hidtidige liv kan fortsættes uforstyrret (10). Det vil sige, det handler om en hurtig og effektiv indsats.

Men i den tid, indsatsen står på, handler ældres oplevelse af kvalitet i pleje og behandling først og fremmest om at føle tillid til den person, som de afgiver noget af deres beslutnings- og handlingskontrol til. Det er vigtigt for dem, at de sundhedsprofessionelle medarbejdere har tid, og at der anlægges et helhedsperspektiv med udgangspunkt i den ældres egne behov (10;11).

En anden betydningsfuld faktor i oplevelsen af god service for ældre er, at de har en oplevelse af fleksibilitet i form af hensyntagen til deres egne rutiner og vaner. Dette hensyn er essentielt for ældres opretholdelse af det normale liv og mestringsevnen, det vil sige, borgerens kognitive og adfærdsmæssige evner til at håndtere hændelser i tilværelsen (10;11).

Det er også vigtigt for de ældre, at de har en oplevelse af individualitet i behandlingen. Oplevelsen af individualitet afhænger først og fremmest af, om de ældre føler, at medarbejderne lytter til den ældre og tilgodeser det, de hører (og ser) i tilgangen til borgerens problematikker. Den ældre ønsker at blive anerkendt som et unikt menneske og at få hjælp til at bevare det unikke (10).

I den tid, de ældre er syge, er det desuden betydningsfuldt for ældre selv at have indflydelse på beslutningstagning i forhold til sin sygdom (12). En rapport fra Sundhedsstyrelsen slår også fast, at patientinddragelse generelt har en positiv indvirkning på såvel behandlingsudfald som patienttilfredshed (13).

Et tredje aspekt, der opleves som vigtigt for ældre, er kontinuitet i behandlingen. Forudsigelighed i hverdagen er en forudsætning for at føle tryghed. Konkret handler det om, at den ældres normale dagligdag sikres mest muligt gennem opretholdelse af rutiner og vaner, og at den ældre hjælpes af medarbejdere, der kender den ældres behovssituation (10). Det opleves opslidende for den ældre at skulle forklare igen og igen til mange forskellige medarbejdere, som ikke er orienterede om pågældendes situation (11).

Undersøgelserne peger også på, at en grundlæggende tryghedsfølelse er en væsentlig parameter for ældres evne til at håndtere de udfordringer, som aldring og sygdom giver. Tryghed for ældre, der bliver syge, findes i det nærmeste netværk – ægtefælle, børn, naboer og venner. Det vurderes derfor at være betydningsfuldt for den ældre at blive i sin sociale ramme, 'når læsset pludselig vælter', og udfordringer i form af svækkelse og sygdom skal håndteres (14).

Som beskrevet i de foregående afsnit giver ældre udtryk for, at det at bevare det kendte og den daglige rytme – herunder det vante samvær med familie og venner – er en væsentlig forudsætning for at føle sig tryg. Samtidig er det vigtigt for ældre at have kontrol over deres eget liv – selv at tage beslutninger. Dette opnås ifølge en finsk undersøgelse bedst i eget hjem, hvorimod indlæggelse synes at begrænse svage ældres selvbestemmelse og kontrol i forhold til de daglige aktiviteter (15).

Dog viste Ældre Sagens undersøgelse også, at andre aspekter af individualitet og fleksibilitet udfoldes for den svageste gruppe blandt ældre borgere. For de svageste ældre bliver situationen i visse tilfælde kun håndterbar ved at resignere og lade andre overtage beslutnings- og handlingskontrollen. Det essentielle er da, at den ældre oplever tryghed og tillid til behandlerne og til, at tingene gøres med respekt for hele personen. Mødes sådanne ældre i stedet med en (under omstændighederne for stor) forventning om medbestemmelse og beslutningstagning, er der risiko for, at den ældres selvbillede lider og værdigheden krænkes (11).

3.4.2 Metodevalg: spørgeskema- og interviewundersøgelse

Med afsæt i ovenstående litteratur har borgerdelen af evalueringen fokus på borgernes oplevelse af i) kvalitet i Udgående Akutafdelings ydelser, ii) individualitet og fleksibilitet, iii) kontinuitet i forløbet samt iiii) betydningen af at være i eget hjem under en akutperiode.

Der er gjort mange overvejelser om, hvordan man kunne "måle" på den service, som borgerne fik fra Udgående Akutafdeling. Det var en særlig sårbar gruppe, Udgående Akutafdeling servicerede. Borgerne var syge eller svagelige og havde ofte nedsat kognitivt funktionsniveau. Dette stillede særlige krav til indsamlingen af data. Dataindsamlingen til borgerdelen af evalueringen blev derfor baseret på en kort spørgeskemaundersøgelse og opfølgende interviews med de, der var mentalt og fysisk i stand til at deltage.

Evalueringen af projekt Udgående Akutafdeling foregik primært i anden halvdel af projektåret 2009 og blev afsluttet i foråret 2010. I anden halvdel af 2009 var Udgående Akutafdeling på besøg i hjemmet hos i alt 125 borgere, mens de resterende var via

Udgående Akutafdeling på akutophold på Låsbyhøj, fik telefonisk assistance eller hjælp til anden hjælp. Da formålet med Udgående Akutafdeling primært var at undgå uhensigtsmæssige indlæggelser på sygehuset og på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter, har der i evalueringen udelukkende været fokus på borgere, som forblev i eget hjem under hele forløbet, frem for dem der fik anden hjælp via Udgående Akutafdeling, eller hvis forløb endte med en indlæggelse. I alt var der således 44 borgere, der udelukkende var i et forløb i eget hjem, og dermed var egnede som evalueringsgrundlag. Den borgeroplevede kvalitet af Udgående Akutafdelings indsats i forbindelse med akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter, eller forløb der endte med en indlæggelse, er således ikke belyst i denne evaluering.

Spørgeskemaundersøgelsen

Spørgeskemaet omfattede spørgsmål om borgernes vurdering af forløbet, både i forhold til faglighed, omfang og indhold. Der blev spurgt ind til de kvalitetsindikatorer, der var frembragt ud fra andre undersøgelser, jf. afsnit 3.4.1, det vil sige kvalitet i udredning og behandling, individualitet og fleksibilitet, kontinuitet og betydningen af at være i eget hjem. Se spørgeskemaet i Bilag 7.

For at sikre at spørgsmålene gav mening og nogenlunde ramte det, der var hensigten, blev spørgsmålene forud for den egentlige evaluering diskuteret med medarbejderne i Udgående Akutafdeling samt afprøvet på to borgere. Den indledende afprøvning gav ikke anledning til ændringer i spørgsmålene i spørgeskemaet, men i den efterfølgende interviewrunde, valgte man at ændre på rækkefølgen af spørgsmålene, for at tage hensyn til borgernes fokus, som først og fremmest var på, hvad der var sket, frem for betydningen af at være i eget hjem.

Deltagere til spørgeskemaundersøgelsen blev kontaktet telefonisk af en for dem ukendt medarbejder fra Kolding Kommune. Den kommunale medarbejder var koordinator for ledsagerordningen[18] i Kolding Kommune. Hun blev valgt til opgaven, fordi hun tidligere havde arbejdet i plejen på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter og var uddannet social- og sundhedsassistent. Hun var dermed bekendt med borgergruppen og kunne foretage den nødvendige vurdering af, om den enkelte borger var i stand til at besvare spørgsmålene i spørgeskemaet.

Umiddelbart efter den telefoniske kontakt mødte den kommunale medarbejder op hjemme hos de borgere, der ønskede at deltage i evalueringen. Her foretog den kommunale medarbejder en mundtlig oplæsning af skemaets spørgsmål og afkrydsede borgerens svar. I oplæsningen af spørgsmålene blev der taget hensyn til borgernes ressourcer, og oplæsning gav desuden mulighed for umiddelbar afklaring af eventuelle tvivlsspørgsmål og misforståelser.

Den kommunale medarbejder var instrueret i en langsom oplæsning af spørgeskemaet. Der var endvidere tilføjet stikord til brug ved uddybning og forklaring af spørgsmålene for at sikre ensartede og ikke-ledende forklaringer på tværs af alle interviews. Nogle af borgerne blev mødt af flere forskellige faggrupper, og for at hjælpe borgerne med at

[18] Ledsagerordningen er et socialt og kulturelt tilbud til pensionister, der i hverdagen er afskåret fra at deltage i aktiviteter mm., fordi de ikke selv kan færdes uden for hjemmet.

adskille Udgående Akutafdeling fra fx hjemmeplejen, blev Udgående Akutafdeling i spørgsmålene omtalt ud fra deres arbejdsuniform, som fx ”Oplevede du, at Udgående Akutafdeling, det vil sige, de tyrkis-blå piger, gav dig god pleje og behandling?”.

Spørgeskemaet var struktureret med fortrinsvist lukkede spørgsmål, hvis svarmuligheder var afgrænset til ”ja”, ”nej” og ”ved ikke”. Simple ”ja”/”nej” besvarelser blev valgt ud fra en vurdering af, at en mere nuanceret skala ville være forvirrende for målgruppen. Borgeren blev, hvis de var i tvivl, instrueret i at vælge den svarkategori, de hældte mest til. Der var afslutningsvis i skemaet mulighed for, at borgeren frit kunne kommentere og give forslag til forbedringer af Udgående Akutafdeling.

Det var planlagt, at spørgeskemaundersøgelsen skulle foretages otte dage efter et afsluttet forløb i Udgående Akutafdeling. Efter 5-6 besøg stod det dog klart, at det var for lang tid efter forløbet. Mange borgere ikke kunne huske forløbet eller blandede det sammen med den hjælp, de eventuelt modtog fra andre hjemmeplejegrupper. Proceduren blev derfor ændret, således at spørgeskemaundersøgelsen blev gennemført maksimalt tre dage efter et afsluttet forløb ved Udgående Akutafdeling.

Besvarelser

Selvom der i udgangspunktet var 44 borgere i sidste halvdel af 2009, som var egnede som evalueringsgrundlag, var der kun 22 brugbare besvarede spørgeskemaer ved evalueringens afslutning. Det skyldes flere forhold. Det afspejler først og fremmest målgruppen i Udgående Akutafdeling, som primært omfattede svage ældre med sygdom og nedsat fysisk og kognitivt funktionsniveau. Flere fravalgte at deltage i evalueringen eller blev vurderet af projektkoordinatoren som værende så svage, at det ikke var etisk forsvarligt at anmode dem om deltagelse. 11 borgere ønskede således ikke at deltage, mens syv borgere ikke blev spurgt, fordi de allerede havde deltaget som pilotborgere, var demente eller terminale, eller fordi der ikke kunne opnås kontakt med vedkommende. Af de 26 borgere, der ønskede at deltage, kunne én ikke træffes som aftalt og tre meldte fra under besøget.

Besvarelserne af spørgeskemaerne blev gennemgået for at se, om der var systematik i besvarelserne eller fremtrædende afvigelser. Der var følgende at bemærke til besvarelserne: Et af spørgeskemaerne blev kun delvis udfyldt, fordi man måtte afbryde udfyldelsen undervejs, da informanten havde smerter. Dette spørgeskema adskilte sig fra de øvrige ved, at der kun var et enkelt positivt svar, og resten var negative. De resterende besvarede spørgeskemaer indeholdte derimod alle svarkategorier (”ja”, ”nej” og ”ved ikke”), eller havde overvejende positive svar. Ved et enkelt spørgsmål, var ”ved ikke” afkrydset flere gange end ved de øvrige spørgsmål. Det kan skyldes, at informanterne ikke havde mulighed for at svare, at spørgsmålet ikke var aktuelt for dem.

Ved besvarelsen af spørgeskemaet registrerede spørgeren sin vurdering af, om borgeren var i besiddelse af de fornødne fysiske og kognitive ressourcer til at deltage i et opfølgende interview af ca. 30 minutters varighed.

Interviewundersøgelsen

Til den efterfølgende interviewrunde blev der blandt de 22 besvarede spørgeskemaer fundet 11 egnede til opfølgende interviews. Disse informanter blev kontaktet telefonisk, og de, der ønskede at deltage, fik endnu et besøg i eget hjem. Interviewene foregik igen i informantens eget hjem af hensyn til borgernes ressourcer, og for at informanten kunne være på "hjemmebane" og føle sig tryg ved at skulle udtale sig om Udgående Akutafdeling, mens de fik andre kommunale ydelser. Interviewet blev optaget og transskriberet umiddelbart efter for at sikre så mange nuancer som muligt. I interviewet blev borgerne spurgt uddybende ind til deres syn på kvaliteten i Udgående Akutafdelings ydelser. Den semistrukturerede interviewguide ses i Bilag 8.

Der var kun fem af de 11 interviews, der udviklede sig til brugbare interviews. Dette skyldtes bl.a. et langt tidsinterval mellem spørgeskemaundersøgelsen og opfølgende interviews, hvormed ikke alle borgere kunne huske forløbet i detaljer mere[19]. Der var også nogle borgere, som blev interviewet, men ikke kunne huske tilstrækkelig til, at det var forsvarligt at lade oplysningerne indgå i datagrundlaget, eksempelvis hvis de ikke kunne skelne Udgående Akutafdeling fra andre behandlere, som kom i hjemmet.

3.4.3 Fakta om informanter i spørgeskema- og interviewundersøgelsen

For at vurdere hvorvidt de borgere, der deltog i evalueringen, var nogenlunde repræsentative for den generelle population på i alt 223 borgere, der var i et forløb i Udgående Akutafdeling i eget hjem i 2009, blev de sammenlignet på alder, samboende status, hovedproblemstilling ved henvendelse og kommunal service eller behandlingstilbud ud over Udgående Akutafdeling. Dertil blev borgernes vurdering af generelt og aktuelt helbred sammenlignet. Evalueringsgruppen (22 borgere) viste sig nogenlunde at afspejle populationsgruppen (223 borgere) på flere områder, men deltagerne i evalueringsgruppen syntes at være ved lidt bedre helbred.

I Tabel 3.2 ses en sammenligning af grupperne. Af mindre forskelle mellem grupperne kan nævnes, at gennemsnitalderen var ca. to år yngre i evalueringsgruppen kontra populationsgruppen. Sammenligningen viste endvidere, at for begge gruppers vedkommende var der flest, der boede alene, dog lidt flere i populationsgruppen end i evalueringsgruppen. Borgernes hovedproblemstilling ved henvendelse til Udgående Akutafdeling blev kategoriseret i 12 kategorier, og for begge grupper var den hyppigste problemstilling "tiltagen almen svækkelse/uholdbar situationen", men i evalueringsgruppen var der lidt flere med denne problemstilling end i populationsgruppen. Dertil var den anden hyppigste problemstilling i evalueringsgruppen en udredningsproblematik, observations- eller vurderingsbehov, mens den anden hyppigste problemstilling i populationsgruppen var en akut fysisk sygdomstilstand eller infektionsproblematik. Det blev også registreret, om borgerne fik anden kommunal service eller behandlingstilbud ud over Udgående Akutafdeling, og for både evalueringsgruppen og den samlede populationsgruppe var der over to tredjedele, der fik anden kommunal hjælp eller behandlingstilbud.

[19] Det lange tidsinterval mellem spørgeskemaundersøgelsen og interviewrunden var begrundet i to forhold. Selve designet i borgeranalysen var tilrettelagt således, at interviewrunden først skulle udføres, når spørgeskemaundersøgelsen var afsluttet. Dertil var der udskiftning af projektkoordinatoren i Kolding Kommune, i den periode interviewene blev foretaget.

Tabel 3.2 Sammenligning af evalueringsgruppen med populationsgruppen (%).*

	Evalueringsgruppen (22 borgere)	**Populationsgruppen (223 borgere)**
Gns. alder	79,6 år (52-98,5 år)	81,4 år (45-100 år)
Samboende status	64 bor alene	70 bor alene
	23 bor med syg ægtefælle/samlever	11 bor med syg ægtefælle/samlever
	14 bor med rask ægtefælle/samlever	18 bor med rask ægtefælle/samlever
Årsager til akuthjælp i eget hjem	45 Tiltagende almen svækkelse	32 Tiltagende almen svækkelse
	27 Udredningsproblematik/obs/ vurdering	12 Udredningsproblematik/obs/ vurdering
	14 Akut fysisk sygdomstilstand/ infektion	30 Akut fysisk sygdomstilstand/ infektion
	9 Social problematik/hjemlig situation/bolig	14 Social problematik/hjemlig situation/bolig
	5 Andet	12 Andet
Modtager kommunal service eller behandlingstilbud	77	77
Borgerevalueret generelt helbred	5 Virkelig god	3 Virkelig god
	27 God	32 God
	59 Nogenlunde	37 Nogenlunde
	9 Dårlig	8 Dårlig
	0 Meget dårlig	1 Meget dårlig
	0 Ved ikke rigtig	0 Ved ikke rigtig
	0 Uoplyst	18 Uoplyst
Borgerevalueret aktuelt helbred	0 Virkelig god	0 Virkelig god
	5 God	6 God
	27 Nogenlunde	15 Nogenlunde
	32 Dårlig	33 Dårlig
	36 Meget dårlig	27 Meget dårlig
	0 Ved ikke rigtig	1 Ved ikke rigtig
	0 Uoplyst	18 Uoplyst

For populationsgruppen er sammenligningsfaktorerne, bortset fra alder, opgjort på forløb, dvs. hvis en borger har haft flere forløb, har alle forløb talt med i disse udregninger. Grunden til at sammenligningen er opgjort på forløb er, at en borger, der har haft flere forløb, kan have haft forskellige udgangspunkter ved opstart i disse forløb, f.eks. når det drejer sig om hovedproblemstilling eller syn på eget helbred. I alt havde de 223 borgere 274 forløb tilsammen.

* Opgjort som afrundede værdier.

Borgernes selvrapporterede generelle og aktuelle helbred ved opstart i Udgående Akutafdeling viste, at hovedparten i begge grupper syntes, at det generelle helbred var nogenlunde, dog var der en del flere i evalueringsgruppen, der beskrev deres generelle helbred som nogenlunde sammenlignet med populationsgruppen. Det aktuelle helbred blev rapporteret som meget dårligt for hovedparten i evalueringsgruppen og dårligt for hovedparten i populationsgruppen. Sammenligningerne er uddybet i Tabel 3.2.

De deltagere, der deltog i evalueringen, havde også flere forløb, men da de specifikt blev bedt om at tænke tilbage på det sidste forløb, de havde haft på det tidspunkt, de deltog i evalueringen, er opgørelsen kun foretaget på et forløb pr. borger.

Deltagerne i evalueringen var altså nogenlunde sammenlignelige på flere af ovenstående områder. De deltagende borgere tilhører dog formentlig gruppen af mere velfungerende borgere, da de rapporterede deres generelle helbred bedre end populationsgruppen, og dertil at de efter at have været i et forløb i Udgående Akutafdeling havde ressourcer til at deltage i evalueringen.

Ud af de 22 borgere gennemførte fem også den opfølgende interviewrunde. Disse informanter adskilte sig yderligere fra målgruppen for Udgående Akutafdeling generelt og fra den samlede gruppe, der deltog i spørgeskemaundersøgelsen ved at kunne huske forløbet og have ressourcer til at stille op til et 30 minutters interview.

Denne gruppe af interviewede informanter repræsenterede både aleneboende og samboende, nogle der fik hjælp fra det kommunale, og andre der ikke gjorde. Hovedparten havde et godt socialt netværk – en enkelt ikke. To af informanterne var et ægtepar, der begge har været i et forløb i Udgående Akutafdeling, og de blev interviewet sammen. I Boks 3.1 kan man læse en beskrivelse af de enkelte informanter.

Boks 3.1 Beskrivelse af interviewede informanter.

Informant A er en mand omkring de 60 år. Han er fraskilt og har god kontakt til sine to voksne sønner og venner, der hjælper med det praktiske. Før hjælpen fra Udgående Akutafdeling modtog han ingen kommunal hjælp eller hjælpemidler, men har efterfølgende fået træning i eget hjem af ergoterapeut. Umiddelbart før hjælpen fra Udgående Akutafdeling havde han forlangt sig udskrevet fra sygehuset efter en apopleksi.

Informant B er en kvinde midt i 80'erne. Hun har boet alene i 30 år og har ingen omgangskreds, men god kontakt til sin datter. Hun pådrog sig et ribbensbrud efter fald i hjemmet samt konfusion pga. sovemedicin og fik efter en indlæggelse hjælp fra Udgående Akutafdeling. Hun havde hjemmehjælp både før og efter hjælpen fra Udgående Akutafdeling.

Informant C er en mand på omkring de 80 år. Han mistede sin hustru efter et langvarigt sygdomsforløb et år før forløbet i Udgående Akutafdeling. Informant C har god kontakt til sin søn og datter samt tidligere kollegaer. Han har hjælpsomme naboer og er aktiv i foreningsliv. Umiddelbart før hjælpen fra Udgående Akutafdeling havde han flere blackouts og blev indlagt pga. manglende væske og fødeindtagelse i forbindelse med depression. Under hjælpen fra Udgående Akutafdeling påbegyndte han antidepressiv behandling. Han har ikke tidligere modtaget kommunal hjælp, men fik hjemmepleje i en kort periode efter hjælpen fra Udgående Akutafdeling.

Informant D er en kvinde sidst i 70'erne. Hun er gift med informant E. Hun og ægtefællen har god kontakt til deres børn, venner og naboer, som de kan trække på til praktisk hjælp, men har klaret det meste selv og har ikke tidligere modtaget kommunal hjælp. Umiddelbart før hjælpen fra Udgående Akutafdeling var informant D hjemvendt efter sygehusindlæggelse for næseblødning. Hun var afkræftet og følte sig utryg.

Informant E er en mand sidst i 70'erne. Han er gift med informant D, og han og ægtefællen har god kontakt til deres børn, venner og naboer, som de kan trække på til praktisk hjælp, men har klaret det meste selv og har ikke tidligere modtaget kommunal hjælp. Informant E fik hjælp fra Udgående Akutafdeling, da han havde problemer med vandladning og havde svært ved at overskue situationen derhjemme på grund af en afkræftet hustru.

4. Resultater

Resultaterne fra de fire delanalyser præsenteres i de følgende fire afsnit, henholdsvis teknologi (afsnit 4.1), organisation (afsnit 4.2), økonomi (afsnit 4.3) og borgerne (afsnit 4.4).

4.1 Teknologi

I de følgende afsnit er forbrug af akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter (afsnit 4.1.1) henholdsvis forbrug af akut hjælp i eget hjem (afsnit 4.1.2.) opgjort. Endelig følger en opgørelse af antallet af akutte, medicinske sygehusindlæggelser (afsnit 4.1.3).

4.1.1 Akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter

Antal borgere på ophold, opholdsdage og belægningsprocent

Antallet af indflyttede borgere på akutophold faldt således med 72 % (140 borgere) fra 2007 til 2009.

I 2007 var der i alt 202 henvendelser med henblik på at få akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter, syv fortrød deres henvendelse. I alt flyttede 195 borgere således på akutophold; 60 mænd og 135 kvinder – altså mere end dobbelt så mange kvinder som mænd. Herudover var der fire borgere (én mand og tre kvinder), som var flyttet ind på akutophold i 2006 og fortsatte deres ophold i 2007, se Tabel 4.1. I 2009 var der kun 55 borgere, der flyttede på akutophold; 18 mænd og 37 kvinder – igen dobbelt så mange kvinder som mænd. Herudover var én borger (en kvinde) allerede flyttet ind på akutophold i 2008 og fortsatte sit ophold i 2009. I 2009 fortrød 12 borgere deres henvendelse til Udgående Akutafdeling, 21 blev afvist, fordi de ikke hørte til målgruppen, mens 13 blev afvist grundet plads/kapacitetsmangel.

Det gennemsnitlige antal opholdsdage pr. indflyttet borger (i registreringsåret) faldt med 27 % fra 2007, hvor det var på 8,5 dage til 6,2 dage i 2009. Mens belægningsprocenten faldt med 78 % (svarende til 50,7 procentpoint; fra 64,8 % i 2007 til 14,1 % i 2009).

Tabel 4.1 Antal uafsluttede borgere fra det foregående år, indflyttede borgere, det samlede antal borgere på akutophold samt det gennemsnitlige antal opholdsdage pr. indflyttet borger og belægningsprocenten på akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter. Kolding Kommune. 2007 og 2009.

	2007	2009	Forskel*
Antal uafsluttede borgere fra sidste kvartal året før	4	1	3
Antal indflyttede borgere, i alt i 2007 henholdsvis 2009	195	55	140
Det samlede antal borgere på akutophold i 2007 og 2009	**199**	**56**	**143**
Mænd, antal	61	19	42
Kvinder, antal	138	37	101
Det samlede antal opholdsdage	1.656	342	1.314
Det gns. antal opholdsdage pr. indflyttet borger i 2007 henholdsvis 2009**	8,5	6,2	2,3
Belægning (%)***	64,8	14,1	50,7

* Beregnet som differencen: 2007-2009.
** Beregnet som antal opholdsdage divideret med antal indflyttede borgere i det pågældende år.
*** Beregnet som antal opholdsdage divideret med det mulige antal opholdsdage ganget med 100. For 2007 er beregningen: (1.656/7*365)*100 % mens beregningen i 2009 er: (342/(7*334+3*31))*100 %, da der fra 1. december 2009 kun var tre akutpladser.

Kilde: Datamateriale baseret på registreringer for 2007 er leveret af Kirsten Johannsen, leder af Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter, mens projektkoordinator Donna Lykke Wolff har leveret datamaterialet for 2009.

Alder for borgere på akutophold

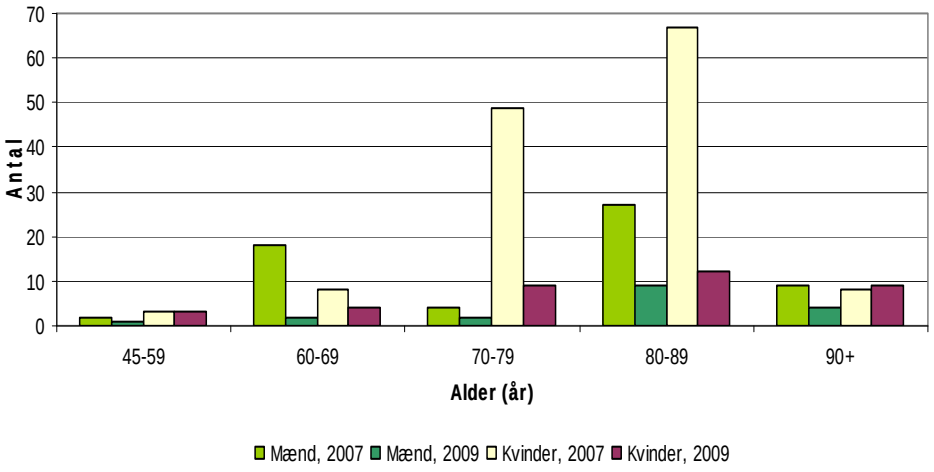
Gennemsnitalderen for borgere på akutophold var samlet set 79,3 år i 2007, mens den i 2009 steg med 1,2 år til 80,5 år. I 2007 var 84 % af borgerne, der var på akutophold, 70 år eller ældre (168 borgere), mens andelen var næsten uændret i 2009, idet 82 % i 2009 tilhørte gruppen af 70+-årige (46 borgere). Fordelingen på køn fremgår af Tabel 4.2, og i Figur 4.1 ses aldersfordelingen, når den er opgjort på aldersgrupper og køn.

Tabel 4.2 Gennemsnitsalder og antal borgere på akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter fordelt på alder og køn. Kolding Kommune. 2007 og 2009.

	2007	2009
Gennemsnitsalderen for borgere på akutophold i 2007 og 2009 (år)	**79,3**	**80,5**
Mænd	78,3	81,7
Kvinder	79,8	79,9
Det samlede antal borgere på akutophold i 2007 og 2009	**199**	**56**
Antal 70+-årige borgere	**168**	**46**
Mænd	41	16
Kvinder	127	30
Antal borgere yngre end 70 år	**31**	**10**
Mænd	20	3
Kvinder	11	7

Kilde: Datamateriale baseret på registreringer for 2007 er leveret af Kirsten Johannsen, leder af Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter, mens projektkoordinator Donna Lykke Wolff har leveret datamaterialet for 2009.

Figur 4.1 Antal borgere indflyttet på akutophold i 2007 henholdsvis i 2009 fordelt på aldersgruppe og køn. Kolding Kommune.



Kilde: Datamateriale baseret på registreringer for 2007 er leveret af Kirsten Johannsen, leder af Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter, mens projektkoordinator Donna Lykke Wolff har leveret datamaterialet for 2009.

Det ses af Figur 4.1, at det største fald af borgere på akutophold forekommer blandt de 70-89-årige kvinder.

Årsager til akutophold

Som det fremgår af Tabel 4.3, var 'fald' i næsten 1/3 af tilfældene årsag til, at borgerne kom på akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter, mens 'akut behov for aflastning' var den næst hyppigste årsag til akutophold (27,7 %). Det bør bemærkes, at der i 2007 kunne registreres mere end én årsag til akutophold, hvorfor procenterne summerer op til mere end 100 %.

I 2009 blev der imidlertid anvendt en anden kategorisering af årsager til akutophold, og der er kun registreret én årsag til akutophold. Den væsentligste årsag til borgernes akutophold i 2009 var 'social problematik/hjemlig situation/bolig' (32,1 %), mens 'akut fysisk sygdomstilstand/infektion' var den næst hyppigste årsag (28,6 %) tæt forfulgt af 'tiltagende almen svækkelse' (23,2 %). Tilsammen udgør disse tre årsager næsten 85 % af alle årsager til akutophold.

Tabel 4.3 De væsentligste årsager til akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter fordelt på antal borgere og procentvis fordeling. Kolding Kommune. 2007 og 2009.

Årsager til akutophold*	2007	
	I alt	Fordeling (%)**
Fald	61	31,3
Akut behov for aflastning	54	27,7
Angst/ensomhed	26	13,3
Forværring af bestående sygdom	24	12,3
Konfusion	20	10,3
Infektioner	19	9,7
Smerter	12	6,2
Svækkelse efter sygehusophold	1	0,5
Urinvejsinfektion	0	0,0
Forflytningsvanskeligheder	0	0,0
Andet	35	17,9
I alt	252	129,2

Årsager til akutophold	2009	
	I alt	Fordeling (%)**
Social problematik/hjemlig situation/bolig	18	32,1
Akut fysisk sygdomstilstand/infektion	16	28,6
Tiltagende almen svækkelse	13	23,2
Udredningsproblematik/obs/vurdering	3	5,4
APV-sit i hjemmet	3	5,4
Opblussen kronisk lidelse	1	1,8
Psykisk sygdom/angst	1	1,8
Andet	1	1,8
I alt	56	100,0

* I 2007 er der registreret mere end én årsag til opholdet, hvorfor summen af årsager er større end antallet af indflyttede borgere i 2007 (199).
** Beregnet som den procentvise andel af antal indflyttede borgere i det pågældende opgørelsesår.

Kilde: Datamateriale baseret på registreringer for 2007 er leveret af Kirsten Johannsen, leder af Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter, mens projektkoordinator Donna Lykke Wolff har leveret datamaterialet for 2009.

Kommer fra og afsluttet til

I både 2007 og 2009 kom alle borgere på akutophold direkte fra eget hjem. For 2009 kan det specificeres yderligere: 53 af de 56 borgere kom fra eget hus/lejlighed, mens tre borgere kom fra en ældrebolig.

Af Tabel 4.4 fremgår det, at ca. 70 % af alle de borgere, der havde været på akutophold, blev afsluttet til eget hjem/egen bolig (både i 2007 og 2009). Kun godt 11 % af borgerne på akutophold blev afsluttet med en akut indlæggelse på sygehus i 2007, mens den procentvise andel var steget til 20 % i 2009. Det fremgår også, at ca. 16 % kom på et andet afsnit efter endt akutophold, mens den procentvise andel var faldet til ca. 9 % i 2009[20].

Tabel 4.4 En opgørelse af, hvortil borgerne afsluttes efter akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter. Kolding Kommune 2007 og 2009.

	2007		2009		Forskel*
Afsluttet til	Antal	Fordeling (%)	Antal	Fordeling (%)	(procentpoint)
Eget hjem/egen bolig	134	69	39	70	-1
Plejehjem	4	2	0	0	2
Indlagt på sygehus	21	11	11	20	-9
Andet afsnit	32	16	5	9	8
Afgået ved døden	0	0	0	0	0
Andet	3	2	1	2	0
I alt**	194	100	56	100	0

* Beregnet som differencen: 2007 – 2009.
** Omfatter borgere, som er afsluttet i 2007 henholdsvis 2009.

Kilde: Registreringer for 2007 er leveret af Kirsten Johannsen, leder af Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter, mens projektkoordinator Donna Lykke Wolff har leveret datamaterialet for 2009.

4.1.2 Udgående Akutafdeling

Antal forløb og borgere med akut hjælp i eget hjem

Der har i alt været 444 henvendelser om hjælp fra Udgående Akutafdeling i 2009 jf. Tabel 4.5 plus fem henvendelser i 2008[21], hvor akutafdelingens tiltag på henvendelsen først er afsluttet i 2009. Disse henvendelser har ført til i alt 333 forløb i 2009: 277 forløb med akut hjælp i eget hjem, mens 56 har været på akutophold (heraf har 12 borgere haft blandede forløb).

I alt var der 226 borgere, som modtog akut hjælp i eget hjem i 2009: 223 borgere (85 mænd og 138 kvinder) startede med at modtage akut hjælp i eget hjem i 2009, mens tre borgere (en mand og to kvinder) startede forløbet i 2008.

Der var 42 borgere (11 mænd og 31 kvinder), som havde mere end ét forløb med akut hjælp i eget hjem. Mere end halvdelen (22 borgere) havde forløb med akut hjælp i eget hjem med mindre end 30 dages mellemrum; syv mænd og 15 kvinder.

Tiltag fra Udgående Akutafdeling

Der er i alt foretaget 293 udredninger/ydet tilsyn i borgerens eget hjem i 2009.

[20] Visiteret til rehabiliterings- eller aflastningsophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter.
[21] Formelt startede projektet først i 2009 mht. at give tilbud om akut hjælp i eget hjem; men 2008 blev brugt som en indkøringsperiode.

Medarbejderne i Udgående Akutafdeling har herudover givet telefonisk vejledning i alt i 40 tilfælde. I 11 tilfælde har Udgående Akutafdeling bedt personen, der rettede henvendelse, om at kontakte sygehus/skadestue, mens den i ni tilfælde har bedt personen, der henvendte sig, om at kontakte hjemmesygeplejen/callcenteret[22]. I Tabel 4.5 er antallet af de forskellige tiltag efter henvendelse om hjælp fra akutafdelingen opgjort.

Tabel 4.5 Antal henvendelser til Udgående Akutafdeling fordelt på tiltag fra akutafdelingen. 2008 og 2009.

Tiltag	Antal	
	2008*	2009
Forløb i eget hjem/akutophold, i alt	**4**	**329**
Kun hjælp i eget hjem	3	274
Kun akutophold	1	43
Blandet: Hjælp i eget hjem + ophold		12
Øvrige tiltag	**1**	**115**
Opfordring til at kontakte egen læge/vagtlæge		6
Opfordring til at kontakte sygehus/skadestue		11
Opfordring til at kontakte hjemmesygeplejen/callcenter		9
Telefonisk vejledning	1	39
Afsluttet (på grund af plads/kapacitetsmangel)		13
Afsluttet (ikke målgruppen)		21
Afsluttet (fortrudt henvendelse)		12
Andet		4
Det samlede antal tiltag	**5**	**444**

* Opgørelse af antal borgere hvor henvendelsen om hjælp er kommet i 2008, og hvor tiltaget er startet i 2008, men først er afsluttet i 2009.

Kilde: Projektkoordinator Donna Lykke Wolff har leveret datamaterialet.

Alder for borgere med akut hjælp i eget hjem

Gennemsnitsalderen for de 223 borgere, som fik akut hjælp i eget hjem i 2009 (med opstart i 2009) var samlet set 81,4 år; 79,8 år for mænd og 82,3 år for kvinder. Af de 223 borgere var 87,9 % 70 år eller ældre (196 borgere), fordelingen på køn fremgår af Tabel 4.6.

Tabel 4.6 Antal borgere og gennemsnitsalder for borgere med akut hjælp i eget hjem fordelt på alder og køn. Kolding Kommune. 2009.

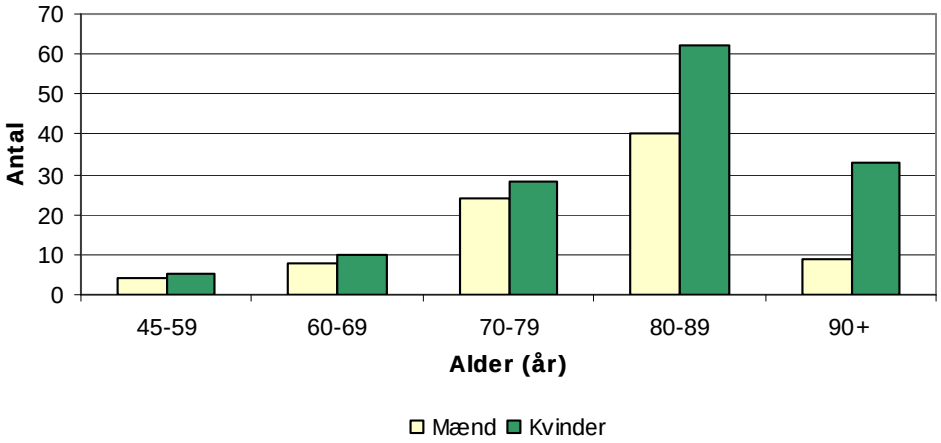
	Mænd		Kvinder		Alle	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Det samlede antal borgere med akuthjælp	85	38,1	138	61,9	223	100,0
Gns.alder for borgere med akut hjælp	79,8		82,3		81,4	
Borgere yngre end 70 år	12	14,1	15	10,9	27	12,1
70+-årige borgere	73	85,9	123	89,1	196	87,9

Kilde: Datamateriale er baseret på data leveret af projektkoordinator Donna Lykke Wolff.

[22] Callcenteret er en formidlingsenhed for hjemmesygeplejen.

Af Figur 4.2 ses det, at langt den største andel af borgerne, der får hjælp i eget hjem, tilhører gruppen af 80-89-årige.

Figur 4.2 Antal borgere med akut hjælp i eget hjem fordelt på aldersgruppe og køn. Kolding Kommune. 2009.



Kilde: Projektkoordinator Donna Lykke Wolff har leveret datamaterialet.

Varighed af akut hjælp i eget hjem

I gennemsnit har borgerne modtaget akut hjælp i eget hjem i 3,9 dage; 4,3 dage for mænd og 3,7 dage for kvinder. For 25 % af borgerne varede hjælpen kun én dag.

For borgere, som har haft et blandet forløb bestående af både akutophold og akut hjælp i eget hjem, har den gennemsnitlige varighed af akut hjælp i eget hjem været kortere: samlet set på 2,6 dage; 2,1 dage for mænd og 3,2 dage for kvinder.

Årsager til akut hjælp i eget hjem

Som det fremgår af Tabel 4.7, var 'tiltagende almen svækkelse' den hyppigste årsag til akut hjælp i eget hjem (32,1 %), mens 'akut fysisk sygdomstilstand/infektion' var den næst hyppigste årsag (30,3 %).

Tabel 4.7 De væsentligste årsager til akut hjælp i eget hjem fordelt på antal forløb og procentvis fordeling. Kolding Kommune. 2009,

Årsager til akut hjælp i eget hjem	2009	
	I alt	Fordeling (%)
Tiltagende almen svækkelse	88	32,1
Akut fysisk sygdomstilstand/infektion	83	30,3
Social problematik/hjemlig situation/bolig	38	13,9
Udredningsproblematik/obs/vurdering	32	11,7
Psykisk sygdom/angst	18	6,6
Opblussen kronisk lidelse	8	2,9
APV-sit i hjemmet	4	1,5
Andet	3	1,1
I alt	274	100,0

Kilde: Projektkoordinator Donna Lykke Wolff har leveret datamaterialet.

Afsluttet til

Som det fremgår af Tabel 4.8, blev 70 % af alle forløb (191 forløb) med akut hjælp i eget hjem afsluttet til borgerens eget hjem/bolig, mens 27 % af forløbene (73 forløb) blev afsluttet med en akut indlæggelse på sygehus. Der var kun to forløb, der blev afsluttet med et aflastningsophold.

Det fremgår af en efterfølgende gennemgang af de 29 forløb, som manglede en primær registrering.

Tabel 4.8 En opgørelse af hvortil borgerne afsluttes efter at have modtaget akut hjælp i eget hjem. Kolding Kommune 2009.

Afsluttet til*	2009	
	Antal	Fordeling (%)
Eget hjem/egen bolig	191	70
Indlagt på sygehus	73	27
Spec. rehab.ophold	5	2
Nybevilget plejebolig	2	1
Aflastningsophold	2	1
Andet	1	0
Uoplyst	0	0
I alt	274	100

* Der er 29 af forløbene, der er baseret på en registrering efter projektets afslutning. Projektkoordinator Donna Lykke Wolff har efterfølgende foretaget en gennemgang af journalerne for de berørte personer. For to af forløbene var det ikke muligt at få borgeren på aflastning, da der ikke var ledige pladser (indgår i registreringen med afsluttet til 'eget hjem/egen bolig').

Kilde: Projektkoordinator Donna Lykke Wolff har leveret datamaterialet.

4.1.3 Somatiske sygehusindlæggelser

I dette afsnit præsenteres først det samlede antal indlæggelsesdage og det samlede antal *akutte indlæggelser på sygehus med specifikke, medicinske diagnoser*[23]. Opgørelserne for Kolding Kommune er sammenholdt med de fire omkringliggende kommuner; Fredericia, Vejle, Haderslev og Vejen i årene 2007 og 2009.

Herefter følger en præsentation af de aldersstandardiserede opgørelser pr. 1.000 borgere. Hermed er der taget hensyn til forskelle og ændringer af alderssammensætningen i de fem kommuner. Der fokuseres på de 70+-årige, idet et af formålene med projektet var at reducere antallet af akutte indlæggelser for denne aldersgruppe.

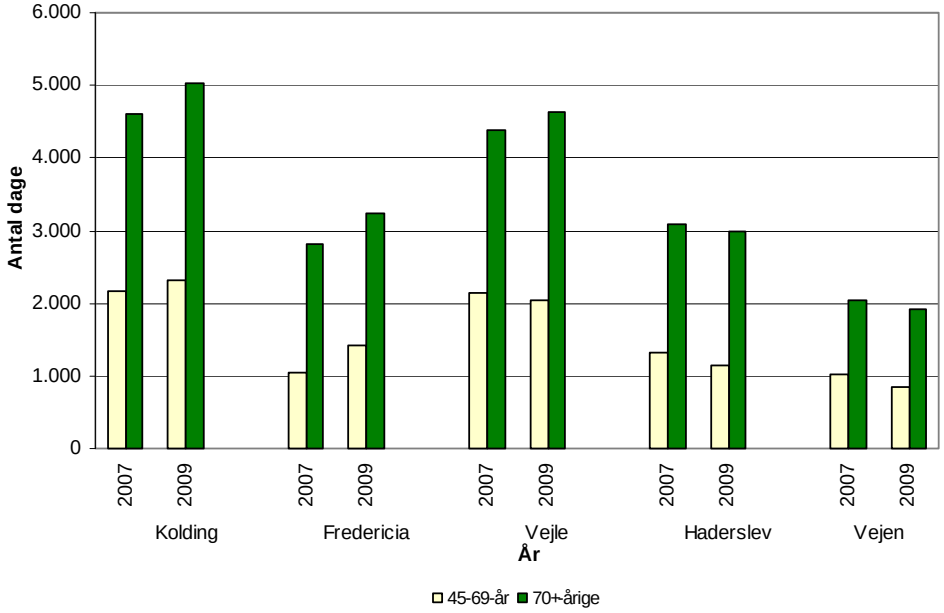
Det samlede antal indlæggelsesdage

Fra 2007 til 2009 er det samlede antal indlæggelsesdage for 45+-årige borgere i Kolding Kommune steget med 8,1 % (fra 6.780 til 7.332 dage). I Fredericia og Vejle Kommuner er det steget med 21,1 % (fra 3.846 til 4.656 dage) henholdsvis med 2,5 % (fra 6.525 til 6.685 dage); mens der har været et fald i Haderslev Kommune på 5,7 % (fra 4.394 til 4.142 dage) henholdsvis et fald i Vejen Kommune på 8,7 % (fra 3.042 til 2.776 dage).

Af Figur 4.3 fremgår det, at der for de 70+-årige har været en stigning i antallet af indlæggelsesdage i de tre kommuner Kolding (9,1 %), Fredericia (15,7 %) og Vejle (5,9 %); mens der har været et mindre fald i Haderslev (2,6 %) og Vejen Kommuner (5,2 %).

[23] Af hensyn til læsbarheden i den efterfølgende præsentation er det underforstået, at der er tale om indlæggelser, der er grundet i akutte, medicinske indlæggelser.

Figur 4.3 Det samlede antal indlæggelsesdage med akut indlæggelse på sygehus med specifikke, medicinske diagnoser fordelt på alder, år og kommune. 2007 og 2009.*



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

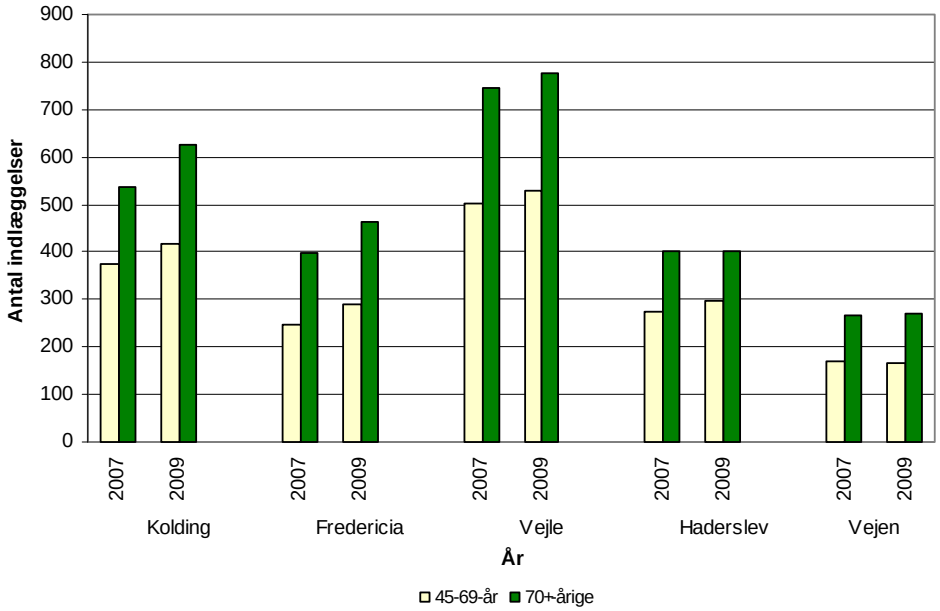
Kilde: Udtræk fra eSundhed fra Landspatientregisteret.

Det samlede antal indlæggelser

Fra 2007 til 2009 er det samlede antal indlæggelser for 45+-årige borgere i Kolding Kommune steget med 14,5 % (fra 911 til 1.043 indlæggelser). I de tre kommuner Fredericia, Vejle og Haderslev er antallet af indlæggelser steget med 16,6 % (fra 645 til 752 indlæggelser), 5,0 % (fra 1.247 til 1.309 indlæggelser); henholdsvis 3,2 % (fra 677 til 699 indlæggelser). I Vejen Kommune har antallet af indlæggelser derimod været uændret (438 indlæggelser).

Af Figur 4.4 fremgår det, at for de 70+-årige har der været en stigning i antallet af indlæggelser i alle kommunerne. Den procentvise største stigning forekommer i Kolding (16,0 %) og Fredericia Kommuner (16,3 %); mens der har været mindre stigninger i Vejle (4,6 %), Haderslev (0,5 %) og Vejen Kommuner (1,9 %).

Figur 4.4 Det samlede antal akutte indlæggelser på sygehus med specifikke, medicinske diagnoser fordelt på alder, år og kommune. 2007 og 2009.*



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

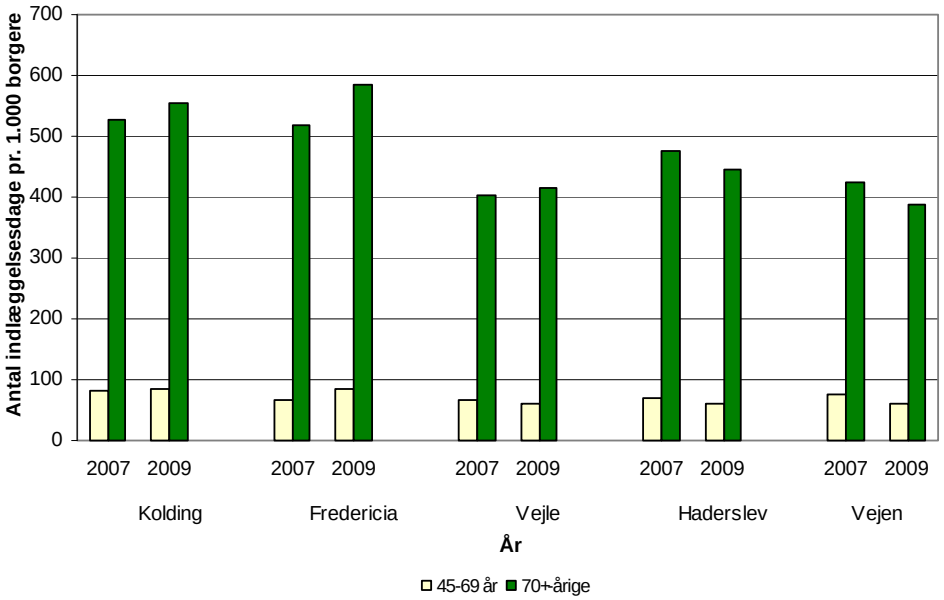
Kilde: Udtræk fra eSundhed fra Landspatientregisteret.

Antal indlæggelsesdage på sygehus pr. 1.000 borgere

På basis af den aldersstandardiserede opgørelse af antal indlæggelsesdage pr. 1.000 45+-årige borgere fremgår det, at der er sket en stigning i Kolding Kommune med 4,3 % og i Fredericia Kommune med 17,2 %. I Vejle Kommune har der været et mindre fald på 1,2 %, mens der i Haderslev og Vejen Kommuner har været et fald på 9,0 % henholdsvis 12,4 %.

Af Figur 4.5 fremgår det, at antallet af indlæggelsesdage pr. 1.000 70+-årige er steget i de tre kommuner Kolding (5,2 %), Fredericia (12,6 %) og Vejle (2,4 %), mens der har været et fald i Haderslev (6,4 %) og Vejen Kommuner (8,4 %).

Figur 4.5 Antal indlæggelsesdage med akut indlæggelse på sygehus med specifikke, medicinske diagnoser pr. 1.000 borgere fordelt på alder, år og kommune. 2007 og 2009.*



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

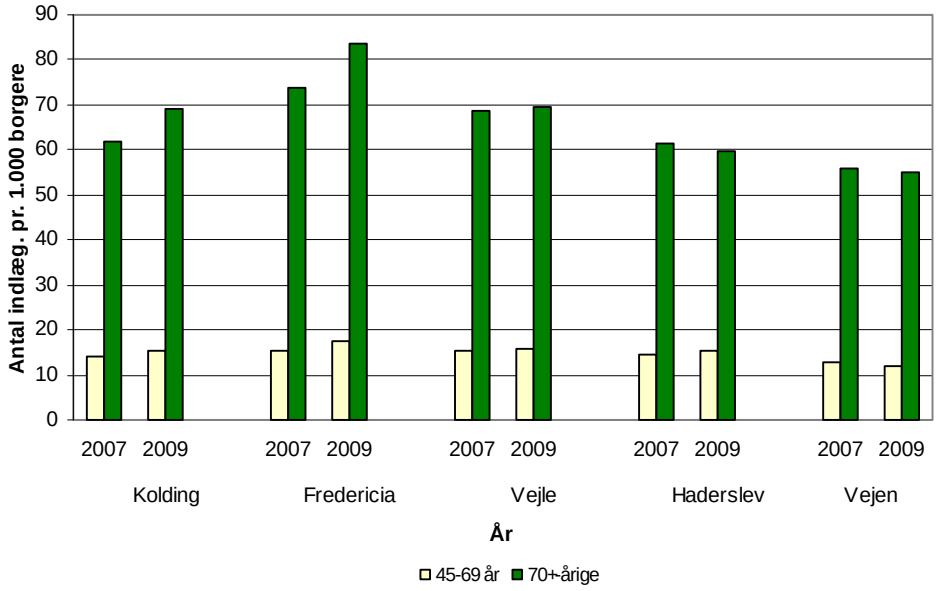
Kilde: Udtræk fra eSundhed fra Landspatientregisteret.

Antal indlæggelser på sygehus pr. 1.000 borgere

Fra 2007 til 2009 er den største stigning i antallet af indlæggelser pr. 1.000 45+-årige borgere sket i Kolding (10,7 %) og i Fredericia Kommuner (13,6 %). I Vejle og Haderslev Kommuner har der været en mindre stigning på 1,1 % henholdsvis 0,4 %. Mens der i Vejen Kommune har været et fald på 3,7 %.

Af Figur 4.6 fremgår det, at den største stigning i antallet af indlæggelser pr. 1.000 70+-årige forekommer i de to kommuner Kolding (11,9 %) og Fredericia (13,3 %), mens der har været en mindre stigning i Vejle Kommune (0,9 %). Der har derimod været et fald i både Haderslev (3,0 %) og Vejen Kommuner (1,8 %).

Figur 4.6 Antal indlæggelser på sygehus med specifikke, medicinske diagnoser pr. 1.000 borgere fordelt på alder, år og kommune. 2007 og 2009.*



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

Kilde: Udtræk fra eSundhed fra Landspatientregisteret.

Det sygdomsspecifikke antal indlæggelser på sygehus pr. 1.000 borgere

Ved en gennemgang af sygdomsgrupperne ses det, at antallet af akutte indlæggelser for *kronisk obstruktiv lungelidelse* er reduceret væsentligt blandt de 70+-årige (fra 15,3 til 11,2 indlæggelser pr. 1.000 borgere). Af større betydning for den samlede ændring i antallet af indlæggelser af borgere i Kolding Kommune er det dog, at antallet af akutte indlæggelser for især lungebetændelse er steget (fra 24,2 til 31,8 indlæggelser pr. 1.000 borgere) samtidig med, at antallet af akutte indlæggelser for *dehydrering, blærebetændelse* og *svimmelhed* også er steget.

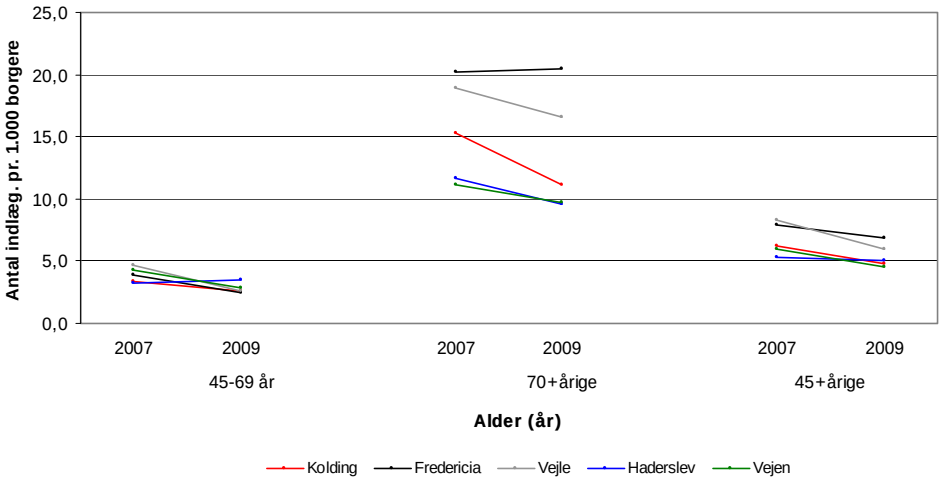
I det følgende afsnit er der først en præsentation af de sygdomsgrupper, hvor der har været et fald i Kolding Kommune fra 2007 til 2009. Sygdomsgrupper med det største antal indlæggelser præsenteres først. Herefter følger de sygdomsgrupper, hvor der har været en stigning i Kolding Kommune; også her præsenteres sygdomsgrupper, hvor det absolutte antal indlæggelser er størst, først. Endelig følger sygdomsgrupper, som har mindre betydning både i absolut antal og i forhold til den absolutte ændring i antal.

Sygdomme med et fald i antallet af indlæggelser for borgere i Kolding Kommune

Kronisk obstruktiv lungelidelse

Kronisk obstruktiv lungelidelse er den sygdom, som har det næsthøjeste antal indlæggelser pr. 1.000 borgere. Som det fremgår af Figur 4.7.1 er der et fald i alle kommuner blandt de 70+-årige – bortset fra Fredericia Kommune. Det største fald forekommer i Kolding Kommune.

Figur 4.7.1 Antal akutte indlæggelser pr. 1.000 borgere for kronisk obstruktiv lungelidelse i 2007 henholdsvis 2009 fordelt på aldersgruppe og kommune.*



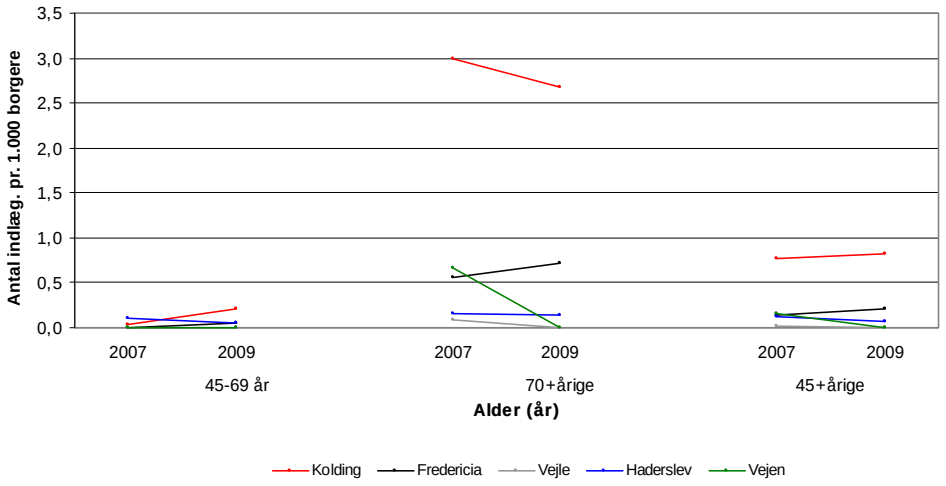
* Standardiseret til alderssammensætningen i Kolding Kommune i 2007.

Kilde: Udtræk fra eSundhed fra Landspatientregisteret omfattende ICD-10-koderne J44.x.

Fald

I Kolding, Vejle og Vejen Kommuner har der blandt de 70+-årige været et mindre fald i antallet af akutte indlæggelser for fald. Samlet set er antallet af indlæggelser for de 45+-årige under 1,0 uanset kommune; det kan bemærkes, at der i 2009 ikke var nogen indlæggelser blandt de 45-69-årige i Vejle og Vejen Kommuner, se Figur 4.7.2.

Figur 4.7.2 Antal akutte indlæggelser pr. 1.000 borgere for fald i 2007 henholdsvis 2009 fordelt på aldersgruppe og kommune.*



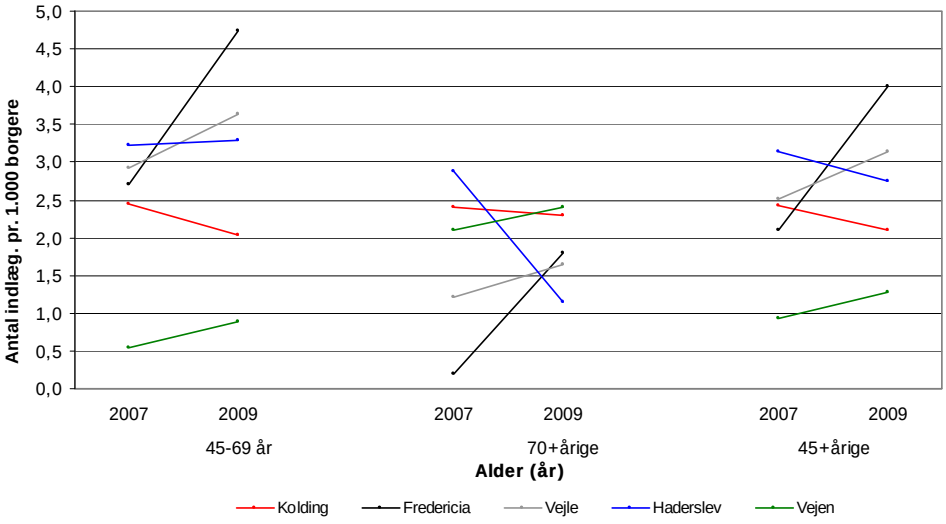
* Standardiseret til alderssammensætningen i Kolding Kommune i 2007.

Kilde: Udtræk fra eSundhed fra Landspatientregisteret omfattende ICD-10-koden R29.7.

Konfusion

I Kolding Kommune har der været et svagt fald i antallet af indlæggelser grundet konfusion både blandt de 45-69-årige og de 70+-årige. Bemærkelsesværdigt er faldet i Haderslev Kommune blandt de 70+-årige og de tilsvarende stigninger i Fredericia Kommune (i begge aldersgrupper), se Figur 4.7.3.

Figur 4.7.3 Antal akutte indlæggelser pr. 1.000 borgere for konfusion i 2007 henholdsvis 2009 fordelt på aldersgruppe og kommune.*



* Standardiseret til alderssammensætningen i Kolding Kommune i 2007.

Kilde: Udtræk fra eSundhed fra Landspatientregisteret omfattende ICD-10-koderne F05.x, F10.x, F19.x og R41.0.

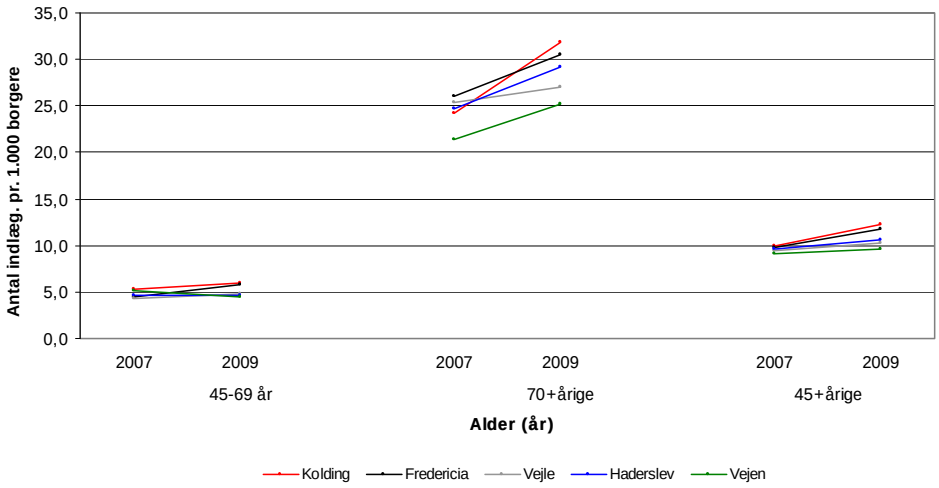
Sygdomme med en stigning i antallet af indlæggelser for borgere i Kolding Kommune

Lungebetændelse

Lungebetændelse er den sygdom, hvor forekomsten af akutte indlæggelser pr. 1.000 borgere er størst (blandt sygdomsgrupperne i denne evaluering). Akut indlæggelse grundet lungebetændelse har i væsentlig grad medvirket til, at forskellen mellem Kolding Kommune og de øvrige fire kommuner er øget.

I alle kommuner er antallet af akutte indlæggelser for lungebetændelse steget blandt de 70+-årige; den største stigning forekommer i Kolding Kommune. Samtidig havde Kolding Kommune også det største antal indlæggelser (jf. Figur 4.7.4).

Figur 4.7.4 Antal akutte indlæggelser pr. 1.000 borgere for lungebetændelse i 2007 henholdsvis 2009 fordelt på aldersgruppe og kommune.*



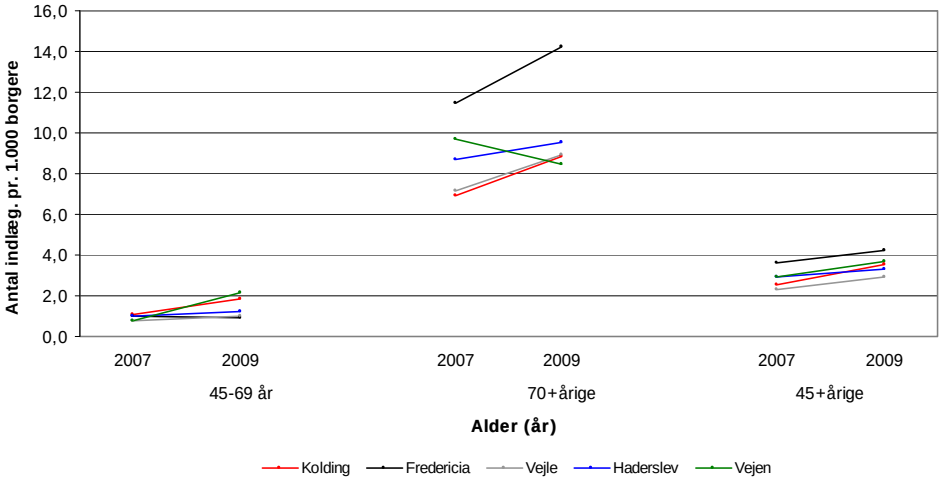
* Standardiseret til alderssammensætningen i Kolding Kommune i 2007.

Kilde: Udtræk fra eSundhed fra Landspatientregisteret omfattende ICD-10-koderne J12.x-J18.x.

Dehydrering

I aldersgruppen de 70+-årige har Vejen Kommune som den eneste haft et fald i antallet af akutte indlæggelser for dehydrering. Som det fremgår af Figur 4.7.5 har Kolding, Vejle og Fredericia Kommuner haft næsten identiske stigninger – dog har Fredericia Kommune et højere udgangspunkt. Samlet set har der for de 45+-årige været en stigning i alle fem kommuner.

Figur 4.7.5 Antal akutte indlæggelser pr. 1.000 borgere for dehydrering i 2007 henholdsvis 2009 fordelt på aldersgruppe og kommune.*



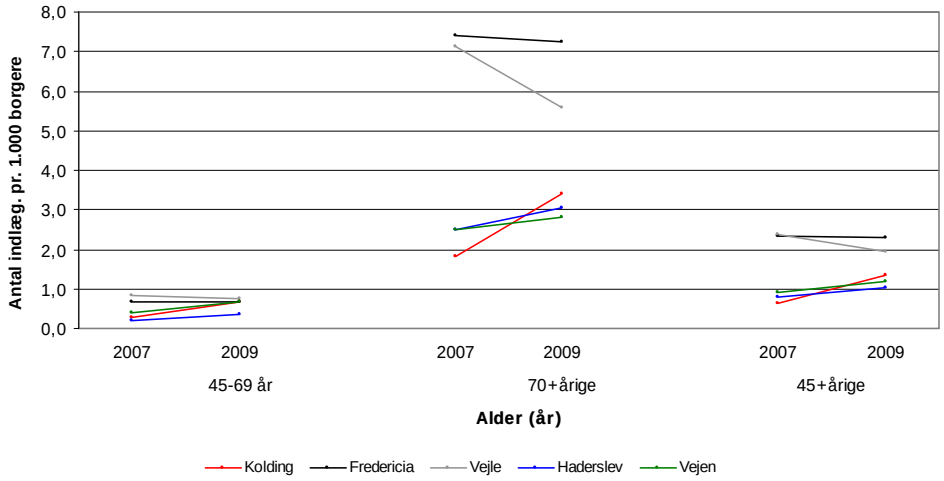
* Standardiseret til alderssammensætningen i Kolding Kommune i 2007.

Kilde: Udtræk fra eSundhed fra Landspatientregisteret omfattende ICD-10-koderne E86.x og E87.x.

Blærebetændelse

Antallet af akutte indlæggelse for blærebetændelse er steget i Kolding, Haderslev og Vejen Kommuner blandt de 70+-årige. Størst har stigningen været i Kolding Kommune; mens det største fald har været i Vejle Kommune jf. Figur 4.7.6.

Figur 4.7.6 Antal akutte indlæggelser pr. 1.000 borgere for blærebetændelse i 2007 henholdsvis 2009 fordelt på aldersgruppe og kommune.*



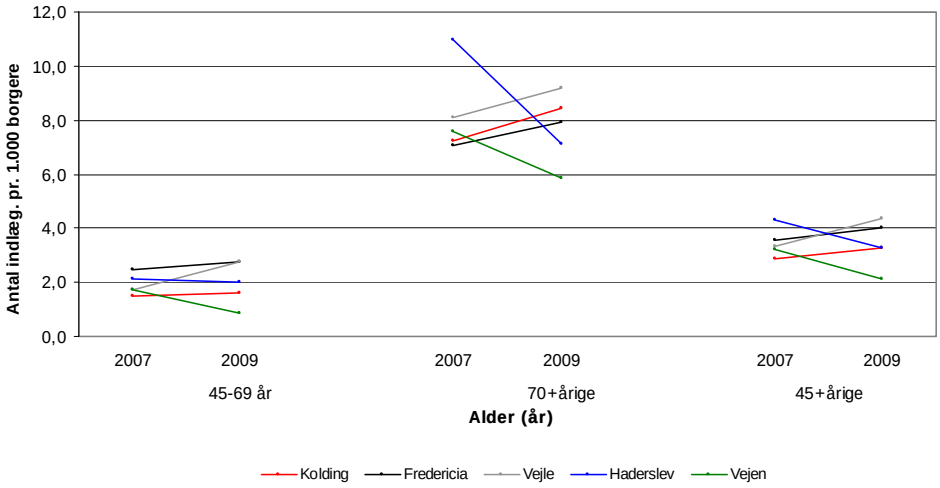
* Standardiseret til alderssammensætningen i Kolding Kommune i 2007.

Kilde: Udtræk fra eSundhed fra Landspatientregisteret omfattende ICD-10-koden N30.x.

Svimmelhed

I aldersgruppen de 70+-årige har Haderslev og Vejen Kommuner som de eneste haft et fald i antallet af akutte indlæggelser for svimmelhed. Størst har faldet været i Haderslev. Figur 4.7.7 viser, at Kolding, Fredericia og Vejle Kommuner har haft næsten identiske stigninger blandt de 70+-årige.

Figur 4.7.7 Antal akutte indlæggelser pr. 1.000 borgere for svimmelhed i 2007 henholdsvis 2009 fordelt på aldersgruppe og kommune.*



* Standardiseret til alderssammensætningen i Kolding Kommune i 2007.

Kilde: Udtræk fra eSundhed fra Landspatientregisteret omfattende ICD-10-koderne R42.x og R55.x.

Sygdomsgrupper med mindre betydning

Antallet af akutte indlæggelser for de fire diagnosegrupper; *ernæringsproblemer, influenza, rygsmerter uden brud* og *sociale vanskeligheder* er minimalt uanset aldersgruppe (mindre end 0,7 pr. 1.000 borgere); se eventuelt Bilagsfigurerne 9.1- 9.4.

4.2 Organisation

Det er en stor og kompleks opgave at etablere en nydannelse som Udgående Akutafdeling i en eksisterende kommunal kultur og i forhold til samarbejdsparter uden for den kommunale setting. Udgående Akutafdeling har været et udviklingsprojekt, hvor redskaber og arbejdsmetoder skulle udvikles undervejs. Tingene fungerede ofte ikke som tiltænkt, og derfor blev der løbende foretaget justeringer – en læreproces, som ikke er foregået uden frustrationer. Men netop processen, de ting der fungerede og ikke fungerede, udfordringer i samarbejdet internt og eksternt, er vigtig at bringe videre til andre kommuner, der ønsker at indføre et lignende tiltag.

I det følgende præsenteres resultaterne fra analysen af de 13 gennemførte interview med forskellige aktører i og omkring Udgående Akutafdeling (se Tabel 3.1, afsnit 3.2.2) suppleret med oplysninger fra et to dages observationsstudie af Udgående Akutafde-

lings arbejde (jf. afsnit 3.2.1). Processen omkring opstart, implementering og idriftsættelsen af Udgående Akutafdeling har DSI ikke fulgt, mens den pågik. Analysen er derfor tilbageskuende i den forstand, at den er baseret på informanternes oplevelser af en proces, der er foregået. Informanterne er desuden interviewet på et tidspunkt, hvor det var meldt ud, at Udgående Akutafdeling skulle lukke, og medarbejderne var blevet afskediget. Dette har ikke kunnet undgå at påvirke medarbejdernes udtalelser i interviewet om Udgående Akutafdeling og Kolding Kommune generelt.

I det følgende gennemgås de udfordringer, der var forbundet med at forankre Udgående Akutafdeling på tværs af områder i Senior- og Sundhedsforvaltningen. Analysen bevæger sig dernæst ind i Udgående Akutafdelings interne arbejdstilrettelæggelse og organisering og slutter af med samarbejdsrelationerne til aktører både internt og eksternt i kommunen.

4.2.1 Forankringen af Udgående Akutafdeling

Initiativet til projektet "Udgående Akutafdeling" kom oprindeligt fra Sundhedsområdet i Kolding Kommunes Senior- og Sundhedsforvaltning[24] (se Figur 2.1, s. 23 for en oversigt over den kommunale organisering). Seniordriftsområdet – som også hørte under Senior- og Sundhedsforvaltningen – mente imidlertid ikke, at projektet kunne gennemføres uden om den. For det første havde hjemmesygeplejen i forvejen akutfunktioner i form af et callcenter (nedlagt pr. 1. august 2009) og et udkørende akuthold i aftentimerne (nedlagt pr. 31/12 2008). For det andet ville en ny akutfunktion som Udgående Akutafdeling få betydning for hjemmesygeplejens arbejde. Ifølge de sygeplejefaglige ledere ville hjemmesygeplejen derfor gerne bidrage til og inddrages i processen omkring etableringen af Udgående Akutafdeling. Seniordriftsområdet blev derfor inddraget i styregruppen og arbejdsgruppen inden projektudviklingen gik i gang. Af Tabel 4.9 fremgår sammensætningen af styregruppen og arbejdsgruppen, som henholdsvis førte overordnet tilsyn med projektet og planlagde udviklingen og implementeringen af Udgående Akutafdeling.

Tabel 4.9 Sammensætning af Udgående Akutafdelings styre- og arbejdsgruppe.

Styregruppen	Arbejdsgruppen	
	Opstart 2007	Medio 2008
Projektkoordinatoren (¤)	Projektkoordinatoren (¤)	Projektkoordinatoren (¤)
En sundhedsplanlægger (¤)	En sundhedsplanlægger (¤)	Gruppeleder Låsbyhøj (¤)
Lederen af Låsbyhøj (¤)	Lederen af Låsbyhøj (¤)	Lederen af Låsbyhøj (¤)
Sundhedschefen (¤)		
Sygeplejefaglig leder, distrikt 2 (*)	Sygeplejefaglig leder, distrikt 2 (*)	Sygeplejefaglig leder, distrikt 1 (*)
Distriktsleder fra distrikt 2 (*)		
Seniordriftschefen (*)		

(¤) tilknyttet Sundhedsområdet
(*) tilknyttet Seniordriftområdet.

[24] Kolding Kommune ændrede forvaltningsstruktur 1. januar 2010, hvorefter sundhedsområdet nu ligger i Socialforvaltningen. Under Udgående Akutafdelings virke var Udgående Akutafdeling placeret i en delt Senior- og Sundhedsforvaltning.

Der blev endvidere indgået et kompromis, der forankrede Udgående Akutafdeling i både Sundhedsområdet og Seniordriftsområdet i form af en delt ledelse med en gruppeleder fra Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter (tilknyttet Sundhedsområdet) og en sygeplejefaglige leder fra distrikt 1 (tilknyttet Seniordriftsområdet). Som det fremgår af Tabel 4.9 fik de to ledere en plads i arbejdsgruppen. Om kompromisset fortalte Sundhedschefen:

> *"Så ville man jo fra Senioområdet gerne have indflydelse. Og det havde vi nogle diskussioner om, må jeg sige (…). Så blev det sådan, at der skulle være en leder fra hvert sted – fra Senioområdet og fra Låsbyhøj [hører under Sundhedsområdet, red.]. Ud fra enhver organisatorisk platform er det jo dårligt (…). Men det var simpelthen kompromisset. Nogen gang sker det jo, at der bliver søgt hurtige penge, og hvis man skal tage alle i ed først, så bliver det tit ikke til noget."* (Sundhedschefen)

Alle parter var vidende om, at det ikke var en optimal ledelseskonstruktion, men ifølge projektkoordinatoren var der ingen anden vej, hvis projektet skulle blive en realitet:

> *"Vi havde egentlig fra projektgruppen lagt op til, at den ledelsesmæssige forankring skulle ligge på Låsbyhøj, fordi der havde man pladserne, og det var her, man skulle køre ud fra. Men det var man meget uenig i i de øvre ledelseslag. Man ville både fra Senior- og Sundhedsområdet have ledelsesmæssig del i det. Det blev diskuteret, om det kunne lade sig gøre at placere ledelsen begge steder, og hvorvidt det var hensigtsmæssigt. Der var ingen diskussion: enten lå den begge steder, ellers var der ikke noget."* (Projektkoordinatoren)

Hvordan den ledelsesmæssige konstruktion har fungeret i praksis uddyber vi i næste afsnit.

4.2.2 Udgående Akutafdelings organisering og arbejdstilrettelæggelse

Todelt ledelse og en projektkoordinator

Alle interviewede er enige om, at konstellationen med en delt ledelse af Udgående Akutafdeling har været uhensigtsmæssig, og det vidste parterne også fra start. Ud over at der har været én leder for sygeplejerskerne og én for social- og sundhedsassistenterne i Udgående Akutafdeling, har projektkoordinatoren fungeret som faglig koordinator. Der har således været en del koordinering forbundet med at få afgrænset, hvem der gjorde hvad. Én af lederne af Udgående Akutafdeling fortæller:

> *"Det gør det heller ikke nemmere, at vi har to faggrupper – vi er leder af hver sin faggruppe. Man har ikke en helhed i det, for der er også en projektkoordinator med inde i det. Så der er nogle forskellige roller, der skulle afklares (…). Det var da ikke så nemt."* (Leder af Udgående Akutafdeling)

De mange ledelseskasketter har skabt uklarhed blandt medarbejderne i Udgående Akutafdeling. Når medarbejderne i interviewet omtalte deres ledelse, henviste de ofte til projektkoordinatoren. Det forklarer medarbejderne bl.a. med, at projektkoordinatoren har været den eneste gennemgående figur for dem som medarbejderstab. Tilknytningen til de respektive ledere af Udgående Akutafdeling har derimod været opdelt efter den enkelte medarbejders faglige baggrund. Derudover kom de to ledere af Udgående

Akutafdeling fra to forskellige arbejdspladser, hvor man havde forskellige måder at gøre tingene på. Projektkoordinatoren fortæller, at de fx havde forskellige måder at håndtere sygdom og utilfredshed blandt medarbejdere på og havde forskellige krav til, hvordan og hvornår man laver en arbejdsplan. Lederne af Udgående Akutafdeling har således skulle finde fælles fodslag internt.

Medarbejderne i Udgående Akutafdeling har været meget frustrerede over den måde ledelsen – inklusiv den faglige koordinering – har fungeret på. De efterlyser, at der fra start havde været mere struktur på projektet og én projektleder, som havde det overordnede ansvar for projektet Udgående Akutafdeling. De efterlyser én leder, der i højere grad kunne være en del af gruppen. De følte ikke, at deres ledelse eller projektkoordinatoren havde en ordentlig indsigt i deres arbejde. En medarbejder fra Udgående Akutafdeling udtrykte det således:

> *"Vi har manglet én iblandt os, som var føreren, og som kunne mærke, hvad vi mærker. Vi har været frustrerede over, at dem, der sidder og bestemmer over os, de ved jo egentlig ikke, hvad vi laver, og hvilke situationer vi bliver sat i."* (Medarbejder i Udgående Akutafdeling)

Medarbejderen fremhæver, at DSI's praktikant var den første, som var med ude og se, hvad Udgående Akutafdeling faktisk lavede i borgernes hjem. Projektkoordinatoren var desuden væk fra projektet i en længere periode bl.a. i forbindelse med et uddannelsesforløb. Den eneste gennemgående figur i projektet var således fraværende. Det har ifølge medarbejderne i Udgående Akutafdeling betydet, at projektkoordinatoren i endnu højere grad mistede fornemmelsen for, hvilket arbejde de udførte.

Medarbejderne oplevede det også som problematisk, at lederne af Udgående Akutafdeling ikke selv valgte at blive leder for dem. Én af medarbejderne fortalte:

> *"De [lederne af Udgående Akutafdeling, red.] sagde jo fra starten, at ledelse af os var blevet trukket ned over hovedet på dem. Det er jo en god start på samarbejdet! (...). Det synes jeg faktisk var meget, meget frustrerende. De er først trådt i karakter her i år [2009, red.] (...)."* (Medarbejder i Udgående Akutafdeling)

Ifølge medarbejderne i Udgående Akutafdeling har der generelt manglet ejerskab til projektet. Ejerskabet har ikke haft gode vilkår, når ledelsesopgaven blev pålagt nogle personer, som umiddelbart ikke ønskede den. Lederne af Udgående Akutafdeling fortæller selv, at de først kom ind i projektet, da de skulle ansætte personale – og da var de knap nok klar over, hvad de skulle ansætte folk til. De havde ikke været part i selve projektforløbet og skulle derfor finde ud af, hvad det hele handlede om.

Selvom alle parter er enige om, at der kun skal være én leder, hvis Udgående Akutafdeling skulle implementeres på ny, så har der dog også været enkelte fordele. Fx fremhæver projektkoordinatoren følgende:

> *"Når jeg tænker igennem, hvordan det ville være gået, hvis ledelsen enten kun lå på Låsbyhøj eller kun ude i hjemmeplejen. Vi havde helt sikkert ikke fået den involvering og forståelse for hinandens områder, som vi har fået igennem det her. Så der er kommet en anden forståelse på Låsbyhøj for, hvad vil det sige at være i ude i et hjem, og hvordan er vilkårene for at arbejde derude. Og der er også kommet en an-*

den forståelse – i hvert fald hos hjemmesygeplejens ledelse – for, hvordan man arbejder på Låsbyhøj. Dette kunne vi ikke have opnået, uden at have haft en delt ledelse. Jeg tror, vi havde fået meget, meget svært ved at få et ben til jorden og blive brugt og skabe interesse for os ude i hjemmeplejen, hvis ikke vi havde haft hjemmeplejeledere med som ledere." (Projektkoordinatoren)

Projektkoordinatorens pointe om større forståelse på tværs af områder støttes op af lederen af Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter (budgetansvarlig for Udgående Akutafdeling). Ulemperne ved den delte ledelse synes dog at være altoverskyggende.

Udgående Akutafdeling som team

Ligesom lederne af Udgående Akutafdeling har medarbejderne haft brug for at finde fælles fodslag. Ansættelserne i Udgående Akutafdeling foregik løbende, og medarbejderne startede derfor ikke op som én samlet gruppe. Der var først fuld bemanding i slutningen af 2008. Medarbejderne er kommet ind i Udgående Akutafdeling med hver deres faglige baggrund, hver deres forskellige måder at gøre tingene på og forskellige ambitionsniveauer. De blev ved ansættelsen spurgt ind til, hvordan de ville fungere i en hverdag, hvor tingene ikke er på plads, og hvor de selv skulle være med til at forme og udvikles projektet undervejs. Medarbejderne i Udgående Akutafdeling gave også udtryk for, at jobbet tiltrak dem, netop fordi der ville være forandringer undervejs og mulighed for tilpasning.

At få medarbejderne i Udgående Akutafdeling til at fungere som gruppe har været en udfordring. Opfattelsen af disse udfordringer er imidlertid forskellige blandt lederne og medarbejderne i Udgående Akutafdeling.

Selvom medarbejderne i Udgående Akutafdeling ved opstart fik undervisning i intern kommunikation og samarbejde og senere fik coaching på deres indbyrdes samarbejde, så efterlyste medarbejderne mere teambuilding:

"Set i bakspejlet er det egentligt meget fascinerende, hvor lidt fokus der har været på den personalemæssige del af os i forhold til projektet som faglig enhed. Det [det faglige, red.] har altid været i højsædet. Men at sætte ni personer sammen fra start, som aldrig har set hinanden, og så forvente et samarbejde (…). Det [ikke at have fokuseret mere på det personalemæssige, red.] har været en stor fejl, og det har gjort, at der er gået lang tid, inden vi egentlig har fundet ud af, hvad det egentlig er, vi skal. Hvor står vi?" (Medarbejder i Udgående Akutafdeling)

Det at lære hinanden at kende og få vendt de frustrationer der opstår, når man er del af et nyt projekt, er et tema som fylder meget for medarbejderne i Udgående Akutafdeling.

Lederne af Udgående Akutafdeling og projektkoordinatoren ser noget anderledes på sagen. For dem har det været en overraskelse, at en så lille og tæt gruppe har haft svært ved at samarbejde:

"Vi har nok haft en forestilling om, at det meget velkvalificerede personale, vi havde fået, kunne mere egen ledelse og kunne snakke sammen og finde ud af det her i fællesskab. At man ikke skulle ned i petitesser i forhold til ledelse. Jeg har brugt væ-

sentlig mere tid på planlægning af ledelsesmæssige opgaver, end jeg bruger i gennemsnit pr. medarbejder nede i min egen afdeling." (Leder af Udgående Akutafdeling)

Ifølge projektkoordinatoren og lederne af Udgående Akutafdeling har medarbejderne fået en meget grundig introduktion, og der er brugt meget tid på undervisning, samtaler og personalemøder. Alligevel har der været personalemæssige konflikter i gruppen. Ifølge lederne af Udgående Akutafdeling har medarbejderne haft meget gunstige vilkår for at lære hinanden at kende og få gruppen til at fungere sammenlignet med personalet i henholdsvis hjemmesygeplejen og på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter. Som den ene leder nævner i ovenstående citat, så bestod medarbejderne i Udgående Akutafdeling af meget velkvalificerede folk. Hun uddyber, at de har fået sammensat en gruppe, som i høj grad er individualister, som vil noget og ikke holder sig tilbage for at komme med kritik af fx projektets ledelseskonstruktion. Lederne har det fint med, at medarbejderne forholder sig kritisk, men de mener samtidig, at man som medarbejder må acceptere de tilstedeværende vilkår på et tidspunkt.

Specialister i geriatri?

Projektkoordinatoren betragter medarbejderne i Udgående Akutafdeling som specialister i geriatri i modsætning til kommunens hjemmesygeplejersker, som er generalister. Hun er dog opmærksom på, at det har været en udfordring for medarbejderne i Udgående Akutafdeling, at de fra dag ét har skullet agere som specialister. Der er dygtige folk i hjemmesygeplejen, som nogle gange har haft flere kompetencer og mere erfaring end medarbejderne i Udgående Akutafdeling. Medarbejderne i Udgående Akutafdeling synes ikke, de kan kalde sig specialister:

"Jeg har det svært ved, at vi bliver kaldt specialister. Vi har næsten krænget os, for vi kan faktisk ikke lide at høre det ord. For mig skal der meget mere til, for at nå op på et specialistniveau (...). Hun [projektkoordinatoren, red.] kan ikke tillade sig at kalde os specialister – det sætter andre i et nedværdigende lys." (Medarbejder i Udgående Akutafdeling)

Deres skepsis over for specialistmærkatet handlede således ikke kun om, at de ikke kunne se sig selv i den rolle, men også hvilket signal det sendte til deres samarbejdsparter i fx hjemmesygeplejen.

Medarbejderne i Udgående Akutafdeling har dog fået en grundig introduktion og undervisning i bl.a. rehabilitering og ICF, kommunikation, geriatri, gerontopsykologi, supervision mv., som gerne på sigt skulle give dem specialistkompetencer. Lederne af Udgående Akutafdeling er også klar over, at oplevelse af at være specialist ikke kommer fra første dag. Det er en proces, hvor medarbejderne bliver klædt gradvist bedre på i forhold til at løse mere og mere specialiserede opgaver. Selvom medarbejderne ikke følte

sig som specialister i geriatri, blev de ifølge projektkoordinatoren gode til den rehabiliterende tilgang til borgerne, hvor der bl.a. tages afsæt i borgerens hele livssituation[25]. Medarbejderne selv vil hellere kalde sig specialister i forløbskoordination. De har haft rigtig mange koordineringsopgaver, og har følt, at de var rigtig gode til at løse disse opgaver.

Bemanding

I udgangspunktet skulle Udgående Akutafdeling bemandes af minimum to medarbejdere i hverdagene og én medarbejder i weekenden. I praksis var der helt op til fem medarbejdere på vagt. Det skyldtes, at medarbejderne skulle have de timer og den ferie, de var berettiget til. I perioder har der således været for mange på arbejde og i andre perioder for få. Projektkoordinatoren og lederne af Udgående Akutafdeling fremhæver, at nogle af de problemer, der var omkring at få sig dannet som team, kan have at gøre med, at der nogle dage var for mange om at blive enige om for lidt.

I de perioder, hvor der har været for mange, fortæller projektkoordinatoren, at medarbejderne i nogle tilfælde fik taget for mange opgaver ind. Derfor blev det indført, at der ikke måtte tages opgaver ind til mere end to medarbejdere. Når der var flere end to på arbejde, kunne de arbejde med udrednings- og dokumentationsredskaber og tage sig af nogle af de borgere, der var på akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter. Medarbejderne brugte også tid på dataregistrering. Nogle var ude i hjemmehjælpsgrupperne for at styrke undervisningen i tidlig opsporing, ligesom nogle af medarbejderne var ude i hjemmesygeplejen for at yde sparring, lave opsøgende arbejde mv.

Projektkoordinatoren pointerer, at det bemandingsmæssigt var mindre fleksibelt med et lille team, end hvis man havde med en større personalegruppe af gøre. Fordi Udgående Akutafdeling udførte en specialiseret opgave, var der fx ikke tilknyttet vikarer. Det har gjort det svært at dække vagterne i de perioder, hvor mange af medarbejderne fx skulle have ferie.

Når medarbejderne i Udgående Akutafdeling havde ledig tid i deres vagter, var det aftalen, at de skulle tilbyde deres hjælp enten på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter eller i hjemmesygeplejen afhængig af, om de var social- og sundhedsassistenter eller sygeplejersker. Særligt sygeplejerskerne i Udgående Akutafdeling har været skeptiske over for at blive opfattet som det, de kalder 'ledig sygeplejekapacitet'. Medarbejderne i Udgående Akutafdeling har oplevet det som desillusionerende, at de skulle udføre arbejde, der ikke hørte under Udgående Akutafdeling. De opfatter sig selv som et beredskab, der skal stå til rådighed og være klar til at rykke ud. De har brændt for arbejdet i Udgående Akutafdeling og ville hellere bruge eventuel ledig tid på fx at udvikle dokumentations- og udredningsredskaber til brug i deres eget arbejde. Ifølge projektkoordinatoren har der i perioder været rigtig meget tid til dette udviklingsarbejde, og tilbage-

[25] Rehabilitering defineres som "en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfyldt liv. Rehabilitering baseres på borgernes hele livssituationer og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats." (16).

holdenheden over for at tilbyde sin arbejdskraft har påvirket samarbejdet med hjemmesygeplejen negativt.

Lederne af Udgående Akutafdeling oplever, at medarbejderne har haft svært ved at melde ud, når de har haft for lidt at lave. Lederne har samtidig fundet det vanskeligt at komme ind fra sidelinjen og vurdere, hvor mange opgaver medarbejderne reelt havde. Her ville det ifølge ledelsen af Udgående Akutafdeling og lederen af Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter have været en fordel at have én leder, som var tættere på Udgående Akutafdelings arbejde og bedre kunne vurdere opgavernes omfang.

Låsbyhøj-medarbejderne oplever dog, at medarbejderne i Udgående Akutafdeling har været gode til at tilbyde deres hjælp: *"Vi arbejder rigtig godt sammen med dem. Det er nogle gode piger, der kommer af sig selv, så det er rigtig fint nu, synes jeg. Selvfølgelig har det en indkøringsperiode."* (Låsbyhøj-medarbejder). Ifølge Låsbyhøj-medarbejderne har medarbejderne i Udgående Akutafdeling dog kun tilbudt deres hjælp i forhold til borgere på de syv akutpladser. Det er kun meget få gange, at de har tilbudt deres hjælp til de øvrige indlagte på rehabiliteringsophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter. I weekendvagterne har den ene medarbejder på vagt i Udgående Akutafdeling dog af og til tilbudt at hjælpe med oprydning og lignende.

At køre to ud til en borger

I starten var der lagt op til, at en social- og sundhedsassistent og en sygeplejerske skulle køre ud til borgerne sammen. Det blev senere ændret til, at to social- og sundhedsassistenter kunne køre ud sammen. Det viste sig imidlertid, at der ikke altid var personale og opgaver til at køre to ud, hvorfor det blev besluttet, at der kun kørte én medarbejder ud til borgerne om aftenen og i weekenden. Hvis en social- og sundhedsassistent kom alene ud til en borger, var der imidlertid opgaver, som assistenten ikke måtte udføre. Aftalen blev, at vedkommende kunne ringe til hjemmesygeplejen eller vagtlægen og bede om assistance. Social- og sundhedsassistenterne er ambivalente omkring den beslutning:

> *"Jeg synes, der er sket et for stort skred i det her. Jeg kan sagtens stå med det ansvar. Jeg gør det også med glæde, og jeg ringer til vagtlægen i tide og utide, hvis der er noget jeg er i tvivl om. Men derfra og så til, hvad jeg blev lovet ved min ansættelse [at hun skulle køre ud sammen med en sygeplejerske, red.], der er godt nok stor forskel. Men så har vi da lært en hel masse ved det!"* (Social- og sundhedsassistent i Udgående Akutafdeling)

Medarbejderne i Udgående Akutafdeling ser det som en fordel at være to ude hos en borger. De kommer ofte ud til ægtepar, der er splittede, eller hvor begge har brug for hjælp. Det er ifølge én af sygeplejerskerne fra Udgående Akutafdeling sværere at klare alene selv som erfaren sygeplejerske. De oplever samtidig, at patienterne bliver dårligere og mere komplekse, og her ser medarbejderne det som en fordel at være to fagligheder:

> *"Vi ser nogle forskellige ting, vi hører nogle forskellige ting (...). At have en ligeværdig dialog efterfølgende: Hvad hørte du? Hvad så du? Hvad oplevede du derude? (...). Hele denne faglige dialog den er så vigtig for, at man gør det rigtig godt og gør*

det optimalt for teamet. Så er det altså ikke helt i orden bare at sende én person ud." (Medarbejder i Udgående Akutafdeling)

Medarbejderne fremhæver også, at de skal være hurtige til at finde ud af, hvad borgerens situation handler om, for de har dem så kort tid. Her kan det være en fordel at være to ude. Som det fremgår af Boks 4.1., som gengiver en observeret situation i en borgers hjem, kan den ene koncentrere sig om patientens fysiske tilstand og den anden kan foretage observationer i hjemmet.

Boks 4.1 Udgående Akutafdeling hos en borger

Udgående Akutafdeling er blevet kontaktet af hjemmesygeplejen, som forgæves har forsøgt at få en læge ud til et tilsyn hos en borger. Borgeren, Gerda[26], er en ældre kvinde, som lider af en let grad af demens. Hun bor alene i en ældrebolig, og hun klarer sig på trods af sin demens stort set uden hjælp i dagligdagen. Hjemmesygeplejersken er tilkaldt, da Gerda oplever så høj grad af svimmelhed, at hun bliver nødt til at være sengeliggende. Hjemmesygeplejersken har målt hendes blodtryk og er bekymret herfor, og hun har derfor kontaktet egen læge og i sidste ende Udgående Akutafdeling.

Da Udgående Akutafdeling ankommer til Gerdas hjem, ligger hun stadig i sin seng. Sygeplejersken påbegynder besøget med at måle Gerdas vitale værdier, det vil sige blodtryk, temperatur og blodsukker. Undersøgelsen heraf viser bl.a. et meget højt blodtryk, men sygeplejersken kan ikke umiddelbart finde årsagen hertil. Sygeplejersken orienterer sig derfor i borgerens samarbejdsbog i et forsøg på finde mulige indikationer her. I mellemtiden har social- og sundhedsassistenten bevæget sig rundt i Gerdas hjem for at se efter andre årsager til Gerdas svimmelhed, fx eventuelle tomme flasker, som kunne være tegn på misbrug. Samtidig laver hun en vurdering af arbejdspladsforholdene, hvis der i fremtiden skulle være behov for yderligere hjælp og eventuelle hjælpemidler.

Projektkoordinatoren stiller spørgsmålstegn ved, om det er nødvendigt at køre to ud. Ifølge hende er social- og sundhedsassistenterne i Udgående Akutafdeling dygtige, og det har ikke givet anledning til problemer, at de tog alene ud til en borger. Projektkoordinatoren ser mere, at det kan være ensomt at være alene på vagt.

Fokus for Udgående Akutafdelings arbejde

Medarbejderne i Udgående Akutafdeling har oplevet en diskrepans mellem, hvilke opgaver, det var tænkt, de skulle tage sig af, og hvad de har stået med i praksis. Medarbejderne lægger stor vægt på, at de skulle foretage tidlig opsporing og udføre en forebyggende indsats i borgernes hjem bl.a. med fokus på kost- og væskestabilisering. De henvendelser, de fik, drejede sig hovedsagelig om meget komplicerede og akutte tilfælde, og de har brugt meget af deres tid på at koordinere med egen læge, hjemmepleje etc. Det har fra start også været meningen, at de skulle varetage de akutte situationer, og de skulle få borgerne henvist før en sygehusindlæggelse var nødvendig. I slutningen af 2009 havde medarbejderne en oplevelse af, at mange af de borgere, som Udgående Akutafdeling tog ud til eller havde i forløb, endte med at blive indlagt. En medarbejder forklarer:

[26] Af hensyn til anonymiteten er Gerda et fiktivt navn.

"Der er rigtig mange af dem, vi får henvendelser fra, som bliver indlagt. De bliver ikke indlagt i dag, men de bliver indlagt i løbet af et par dage. Det er ikke en uhensigtsmæssig indlæggelse, for så er der en dokumentation af: Hvad er det, der er sket derhjemme? Hvad er det, vi ser? Så er det faktisk ikke en uhensigtsmæssig indlæggelse, men det er en indlæggelse." (Medarbejder i Udgående Akutafdeling)

Tabel 4.10 viser, at oplevelsen af flere indlæggelser er reel nok mellem 2. og 3. kvartal. Fra 3. til 4. kvartal var der dog antalsmæssigt færre henvendelser, der endte med en indlæggelse. Årsagen til de flere indlæggelser var ifølge projektkoordinatoren, at der i 2. halvår 2009 skete voldsomme nedskæringer i hjemmesygeplejen, og derfor kom henvendelserne ofte for sent – borgerne var blevet for dårlige, og en indlæggelse var uundgåelig.

Tabel 4.10 Antallet af indlæggelser fordelt på kvartaler for borgere i forløb i Udgående Akutafdeling, Kolding Kommune. 2009

	2009	1. kvartal	2. kvartal	3. kvartal	4. kvartal
Antal indlæggelser	73	22	10	26	15
Fordeling i forhold til samlede antal henvendelser	27 %	25 %	16 %	35 %	30 %
Antal henvendelser i alt	274	88	61	75	50

Ifølge medarbejderne i Udgående Akutafdeling har det været misvisende at bruge ordet akut som del af betegnelsen for Udgående Akutafdeling, fordi det også var tanken, at de skulle foretage tidlig opsporing og udføre en forebyggende indsats i borgerens hjem. Det har i nogle tilfælde givet anledning til forvekslinger og forkerte forventninger til, hvilke opgaver Udgående Akutafdeling udfører. De sygeplejefaglige ledere bekræfter, at det har skabt misforståelse i hjemmesygeplejen at kalde det en akutafdeling:

"[Hjemmesygeplejerskerne, red] havde svært ved at se ideen. [Hjemmesygeplejerskerne tænkte, red.]: 'Yes det er nogle ekstra hænder, der også kan hjælpe. Så hvis jeg står ude og har brug for noget akut hjælp' – der blev lagt meget vægt på det her akutteam – 'Det er når jeg står i en aftenvagt, og jeg bliver ringet op om, at der er én, der har det meget dårligt et eller andet sted, så kan jeg bruge det her akutteam, fordi jeg står midt i noget andet'. Når de [medarbejderne i Udgående Akutafdeling, red.] så sagde: 'Det er ligesom ikke inden for målgruppen', så var det noget, der kunne tænde dem [hjemmesygeplejerskerne, red] af. 'Jeg står og har akut brug for hjælp, og så siger du, at det ikke er målgruppen. Fint så klarer jeg mig selv'." (Sygeplejefaglig leder)

Ifølge projektkoordinatoren var det imidlertid ikke meningen, at Udgående Akutafdeling skulle fungere som ekstra bemanding i hjemmesygeplejen. Den forståelse var tilsyneladende ikke nået ud til den enkelte hjemmesygeplejerske.

Også de praktiserende læger har primært opfattet Udgående Akutafdeling som nogle, de kunne kontakte om akutte tilfælde, og har ikke tænkt dem som en instans, der kunne være med til at forebygge, at en situation udviklede sig til at blive akut. På Geriatrisk Afdeling lød ordet 'akut' også forkert i deres ører, for det var geriaternes opfattelse, at når noget var akut, så skulle borgeren indlægges på sygehuset. Det viste sig, at Geriatrisk Afdeling og Udgående Akutafdeling havde forskellige opfattelser af, hvad der er akut. De brugte nogle møder på at begrebsafklare, og det var ifølge én af geriaterne

rigtig godt for samarbejdet. De lidt forkerte forventninger til Udgående Akutafdelings funktion kan delvist forklare, hvorfor mange henvendelser om borgere først kommer på et tidspunkt, hvor situationen netop var blevet akut.

Afgrænsning af målgruppen

Projektkoordinatoren fortæller, at det har været en svær proces at finde ud af og være enige om, hvem målgruppen for Udgående Akutafdeling er. Det handlede dels om, at det var en ny funktion, der skulle finde sine ben, dels at det var mennesker, som vurderede de henvendelser, der kom ind, og det var mennesker, de modtog. Der var ikke to situationer, der var ens. Medarbejderne i Udgående Akutafdeling fortæller, at der var forskel på, hvilken type borgere den enkelte medarbejder tog ind. Det skabte tilsyneladende usikkerhed omkring målgruppen:

> *"Selvfølgelig er der forandringsprocesser undervejs i et projekt, men der kan også blive for mange (...). Det skaber så stor frustration, for vi ved ikke, hvor vi står, og vi ved ikke, hvem vi skal tage ind i projektet, fordi den ene uge er det i orden, den næste uge er det ikke i orden."* (Medarbejder i Udgående Akutafdeling)

Projektkoordinatoren er bevidst om medarbejdernes frustration, men understreger samtidig, at det ikke var muligt at lave en fuldstændig fast målgruppedefinition:

> *"Man må også bare sande, at med de her komplicerede tilfælde, kan det ikke beskrives, så vi gør det fuldstændig ens hver gang. Det er også en del af arbejdet, som man skal kunne håndtere og kunne lide. Vi har haft medarbejdere, der har syntes, at det har været for svært og for frustrerende. Det var noget af det, vi lagde meget vægt på i samtalerne – at kunne leve med at ikke alting er på plads, og at der er meget forandring. Men det spørgsmål kan man næsten ikke svare på, før man har prøvet det."* (Projektkoordinatoren)

Medarbejderne havde forventet, at der havde været mere struktur på projektet fra start af, end tilfældet var. Dette til trods for at jobbet netop tiltrak dem, fordi alting ikke var fastlagt på forhånd.

Usikkerheden omkring målgruppen gav ikke blot givet udfordringer for Udgående Akutafdeling internt. Det var også svært for samarbejdsparterne at finde ud af, hvilke borgere de kunne henvende sig til Udgående Akutafdeling med. I afsnit 4.2.3 kommer vi nærmere ind på Udgående Akutafdelings relation til samarbejdsparterne i og uden for kommunen.

4.2.3 Udgående Akutafdelings samarbejdsrelationer til aktører i pleje- og sundhedssektoren

Foruden at skulle kommunikere og samarbejde med personale internt i kommunen havde Udgående Akutafdeling en lang række samarbejdsparter i den primære og sekundære sundhedssektor. De primære af disse samarbejdsparter er listet nedenfor. De, der er markeret med (*), blev interviewet til denne evaluering.

- Aktører internt i kommunen:
  - Den stationære afdeling på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter (*)
  - Hjemmesygeplejen (*)
  - Hjemmehjælpen (*)
  - Visitationen (*)
  - Hjælpemidler, herunder bevilgende terapeuter og hjælpemiddeldepotet
  - Distriktsterapeuter, fysio- og ergoterapeuter (*)
- Aktører udenfor kommunalt regi:
  - Geriatrisk afdeling og ambulatorium (*)
  - Udgående Geriatrisk Team (nedlagt pr. 31/12 2008)
  - Medicinsk Visitationsafsnit (MVA) på Fredericia Kolding Sygehus
  - Praktiserende læger (*)
  - Vagtlæger.

I det følgende ser vi nærmere på, hvor Udgående Akutafdelings indsats har skullet koordineres og tilpasses i forhold til disse aktører samt eventuelle brændpunkter i samarbejdsrelationerne (jf. afsnit 3.2.3, s. 30).

Involvering af samarbejdsparterne i opstarten

Under opstarten og implementeringen af Udgående Akutafdeling, er det løbende blevet vurderet, hvem af Udgående Akutafdelings potentielle samarbejdsparter der skulle involveres, og hvordan denne involvering skulle foregå. Ifølge projektkoordinatoren var der flere, som mente, at de burde være blevet involveret i udviklingen af hele konceptet omkring Udgående Akutafdeling, fordi deres område ville blive berørt af Udgående Akutafdelings arbejde. Det drejer sig om bl.a. distriktsterapeuterne, visitationen og hjælpemidler. Ifølge projektkoordinatoren kunne beslutningsprocesserne imidlertid være blevet uoverskuelige, hvis flere skulle have været inddraget helt fra start. Samtidig påpeger hun, at mange af de problemer, som samarbejdsparterne forudså, aldrig blev til virkelighed.

Projektkoordinatoren fremhæver, at det i starten var vanskeligt at få opbakning til de ting, Udgående Akutafdeling gjorde, fordi fx visitationen, distriktsterapeuterne og hjælpemidler ikke var under den samme ledelse som projektkoordinatoren. Her har det haft betydning, at der i opstarten ikke var fælles fodslag om projekt Udgående Akutafdeling på øverste ledelsesplan internt i Senior- og Sundhedsforvaltningen (jf. afsnit 4.2.1).

For at tydeliggøre opgavefordelingen og forebygge fremtidige konflikter herom udarbejdede projektkoordinatoren inden opstart samarbejdsaftaler med bl.a. visitationen, distriktsterapeuterne, hjælpemidler og Geriatrisk Team med grundlæggende retningslinjer for samarbejdet.

Information om Udgående Akutafdeling til samarbejdsparterne

Der lå et stort stykke arbejde i at informere de forskellige aktører om Udgående Akutafdeling og at gøre dem klart, hvordan akutafdelingen skulle bruges. Inden Udgående Akutafdeling startede op, var projektkoordinatoren rundt internt i kommunen og infor-

mere om Udgående Akutafdeling. Efterfølgende har hun været rundt sammen med medarbejderne i Udgående Akutafdeling. Der er ligeledes udarbejdet informationspjecer om Udgående Akutafdeling til samarbejdsparterne.

Medarbejderne i Udgående Akutafdeling har mødt skepsis over for projektet hos nogle samarbejdsparter:

> *"Umiddelbart så burde hele kommunen klappe i sine små hænder over, at der kommer sådan et projekt [Udgående Akutafdeling, red.]. At vi så har den fuldstændig modsatte opfattelse af, at de faktisk er lidt bange for os. Om vi kommer og tager noget fra dem."* (Medarbejder i Udgående Akutafdeling)

Medarbejderne mener, at den skepsis til en vis grad kan have noget at gøre med den måde, projektet er blevet præsenteret for samarbejdsparterne på. Medarbejderne mener, at det havde været en fordel, hvis de tidligere i forløbet havde været med ude og fortælle om Udgående Akutafdeling hos samarbejdsparterne, så de kunne 'få ansigt på'. Medarbejderne understreger, at det personlige kendskab til dem var vigtigt i forhold til at opbygge en samarbejdsrelation. Da medarbejderne selv var med ude og fortælle om Udgående Akutafdeling, oplevede de også en åbning og en forandring i samarbejdsparternes indstilling til Udgående Akutafdeling.

De fik fx mere relevante henvendelser, efter de havde undervist i tidlig opsporing i hjemmehjælpsgrupperne, som en medarbejder her fortæller: *"Det gjorde virkelig en forskel. De fik indtryk af, hvad vi kunne tage ind i projektet, og hvad vi kunne være behjælpelige med."* (Medarbejder i Udgående Akutafdeling). Hjemmehjælperne understreger også, at det var en god idé, at medarbejderne fra Udgående Akutafdeling kom ud til deres fællesmøder og fortalte om deres funktion. Ikke alle interviewede hjemmehjælpere kunne dog erindre, at Udgående Akutafdeling har været på besøg. De, der havde mødt medarbejderne til et fællesmøde, følte sig imidlertid godt informeret.

Hjemmesygeplejerskerne fortæller ligeledes, at projektkoordinatoren holdt orienteringsmøder om Udgående Akutafdeling før det startede op. Det blev senere suppleret med, at 2-3 medarbejdere fra Udgående Akutafdeling kom og fortalte om deres arbejde. Der har længere henne i forløbet også været afholdt temadage sammen med medarbejderne i Udgående Akutafdeling. Hjemmesygeplejerskerne fortæller dog, at det tog lang tid at få et tilstrækkeligt kendskab til, hvad Udgående Akutafdeling kunne, og hvad det kunne bruges til. De understreger, at det er lettere, når man har et personligt kendskab til medarbejderne i Udgående Akutafdeling. Ifølge projektkoordinatoren var det imidlertid svært for hjemmesygeplejen at finde tid til møder, fordi de blev mere og mere pressede af arbejdsopgaver. Hvad angår 'salgsarbejdet' omkring Udgående Akutafdeling har entusiasmen på det ledelsesmæssige niveau i Seniordriftsområdet måske heller ikke været på sit højeste, fordi man her ikke var udelt begejstrede for Udgående Akutafdeling.

Visitationen fremhæver, at kendskabet til Udgående Akutafdeling er kommet efterhånden. Selvom Udgående Akutafdeling og visitationen sad under samme tag, foretrak

visitationen, at kontakten til Udgående Akutafdeling foregik via Advis[27] og ikke ved personlig henvendelse. Ifølge projektkoordinatoren besværliggjorde det samarbejdet.

Distriktsterapeuterne syntes, at Udgående Akutafdeling var for usynlig. En skrivelse fra deres ledelse om, at projektet var gået i gang, gik hurtigt i glemmebogen. Terapeuterne så gerne, at Udgående Akutafdeling var kommet ud til dem og de andre faggrupper i kommunen og havde fortalt om deres funktion. For som én af terapeuterne siger: *"Så snart man har været ude, og man har en dialog, så husker man og er opmærksom på funktionen."* (Distriktsterapeut).

Geriatrisk Afdeling blev informeret om Udgående Akutafdeling via det lokale samordningsforum, hvor der sidder repræsentanter fra kommunen, sygehuset og almen praksis. Projektkoordinatoren orienterede desuden om Udgående Akutafdeling til et teammøde med Geriatrisk Team. Personale fra Geriatrisk Afdeling har også undervist medarbejderne i Udgående Akutafdeling. Geriatrisk Afdeling efterlyser imidlertid, at de mere løbende var blevet orienteret om Udgående Akutafdelings arbejde, også efter at deres eget Geriatrisk Team lukkede ned.

Samarbejdet med Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter

Udgående Akutafdeling har som nævnt rådet over syv akutpladser af i alt 28 pladser på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter. Tidligere tog Låsbyhøj-medarbejderne sig af at vurdere, om borgere var berettiget til et ophold på Låsbyhøj. Den funktion overtog Udgående Akutafdeling.

I starten skulle Låsbyhøj-medarbejderne og medarbejderne i Udgående Akutafdeling finde ud af, hvem der gjorde hvad, når en borger blev indlagt på akutophold på Låsbyhøj. Aftalen var, at Udgående Akutafdeling skulle stå for kontakten til læge, hjemmesygeplejen mv. Ligeledes skulle de koordinere ophold og udskrivelse samt udarbejde en rehabiliteringsplan. Når medarbejderne i Udgående Akutafdeling ikke var booket med andre opgaver, skulle de også varetage plejen og behandlingen af de indlagte borgere. Ellers varetog Låsbyhøj-medarbejderne plejen og behandlingen. I den forbindelse fortæller en sygeplejerske fra Låsbyhøj, at der i starten var brug for at afklare, hvordan prioriteringen mellem at tage ud til borgere og tage sig af borgerne på akutophold på Låsbyhøj skulle være for medarbejderne i Udgående Akutafdeling:

> *"Hvad vægter man som sygeplejerske i Udgående Akutafdeling? At tage sig af dem der er inde ved os [på Låsbyhøj, red.], eller dem der er ude [i eget hjem, red.]. Ét eller andet sted er de jo lige vigtige i min verden. Jeg havde en opfattelse af, at de [medarbejderne i Udgående Akutafdeling, red.] nok havde travlt med at komme ud at køre. Det er jo også spændende. Men der lå nogle og var syge herinde. Vi havde nogle, der var kræftsyge og havde det dårligt. Og det synes jeg, de skal tage sig af som sygeplejersker [i Udgående Akutafdeling, red.], og det fik de også at vide, at det er lige så vigtigt at tage sig af dem, som at de køre ud til et besøg to mand. Så der havde vi lige nogle ting. Det måtte vi lige drøfte."* (Låsbyhøj-medarbejder)

[27] Advis er et elektronisk kommunikationssystem, der bruges til at kommunikere om plejen og behandlingen af borgere på tværs af faggrupper i kommunen.

I den situation fortæller Låsbyhøj-medarbejderne, at lederen for Udgående Akutafdeling – som også var gruppeleder på Låsbyhøj – var god til at være mellemmand og få tingene afklaret.

Ifølge Låsbyhøj-medarbejderne gjorde Udgående Akutafdeling et stort og grundigt forarbejde, inden en borger kom på Låsbyhøj. Låsbyhøj-medarbejderne var ikke i tvivl om, at de borgere, som Udgående Akutafdeling sendte på Låsbyhøj, var berettiget til det. Da Låsbyhøj-medarbejderne selv foretog vurderingen, foregik det udelukkende over telefon, og Låsbyhøj-medarbejderne oplevede ofte, at vurderingen ikke var korrekt, når borgeren så blev indlagt. Udgående Akutafdeling foretog vurderingen i hjemmet, og det gjorde ifølge Låsbyhøj-medarbejderne dem i stand til at foretage en bedre sortering af borgerne:

> *"Det er jo tankevækkende, at mange af de henvendelser [om borgere, red.] vi fik før, har været nogle besøg, som kunne klares i hjemmet. Det er besparende, og for borgerne er det også noget rarere at få det gjort i hjemmet."* (Låsbyhøj-medarbejder)

Når Udgående Akutafdeling indlagde en borger på akutophold på Låsbyhøj, vidste Låsbyhøj-medarbejderne, hvad de havde at arbejde med. De kunne således sætte en behandling i gang med det samme. Tidligere kunne der ifølge Låsbyhøj-medarbejderne godt gå 2-3 dage, inden de fandt ud af, hvad borgernes symptomer drejede sig om.

Udgående Akutafdeling tog sig desuden af kontakten til fx praktiserende læge, hjemmesygeplejen m.fl. og håndterede alt det administrative omkring de borgere, som kom på akutophold på Låsbyhøj. Det var en tidskrævende opgave, som Låsbyhøj-medarbejderne tidligere stod med. Da Udgående Akutafdeling overtog, fik Låsbyhøj-medarbejderne ro til at koncentrere sig om plejen af borgerne:

> *"Man ser ikke alle de der røde navne nede på tavlen mere, som er akutte (…). Som regel er der en eller to indlagte [på akutophold, red.]. Så de [Udgående Akutafdeling, red.] har taget virkelig meget ude [i hjemmet, red.]. Det er det, jeg synes, man lægger mest mærke til."* (Låsbyhøj-medarbejder)

Samarbejde med hjemmesygeplejen

Mange af de opgaver, som Udgående Akutafdeling løste, lå tæt op af hjemmesygeplejens opgaver – opgaver som mange hjemmesygeplejersker gerne ville løse og så som en kerneopgave for en hjemmesygeplejerske. Samtidig var Udgående Akutafdeling endnu et initiativ ud af mange, som hjemmesygeplejen skulle forholde sig til i en presset hverdag. Udgående Akutafdeling blev desuden etableret samtidig med, at der var nedskæringer i hjemmesygeplejen. Én af de sygeplejefaglige ledere fortæller bl.a., at effektiviseringen i driften fjernede mødetiden mellem hjemmehjælpen og hjemmesygeplejen, hvilket gjorde det vanskeligt at opbygge et samarbejde omkring borgerne. Hun forklarer videre:

> *"Det virker derfor endnu stærkere som kontrast, at man sætter sådan et projekt op [Udgående Akutafdeling, red.], som i den grad er luksusudgaven af undervisning og tid [til at løse en opgave, red.](…). De skal kun beskæftige sig med det her, og vi andre løber ti gange stærkere og kan knap nok få det til at hænge sammen. Og så*

kan de ikke forstå, at vi ikke kan koordinere det her [plejen af borgerne, red.]." (Sygeplejefaglig leder)

Ovenstående hører med til forklaringen på, hvorfor Udgående Akutafdeling blev mødt med en del skepsis i hjemmesygeplejen.

For nogle hjemmesygeplejersker har det været 'at vifte med en rød klud', at Udgående Akutafdeling har haft så forholdsvis god tid til at løse opgaver, som mange hjemmesygeplejersker gerne selv ville udføre: *"Fagligt kunne de jo ikke bidrage med noget, som vi ikke selv kunne, hvis bare vi havde ressourcerne til det. Det er jo ikke sådan, så der kom nogle eksperter på området."* (Hjemmesygeplejen)

Medarbejderne i Udgående Akutafdeling var fuldt ud opmærksomme på den jalousi, der var i hjemmesygeplejen, og var ikke uenige i, at hjemmesygeplejerskerne godt kunne løfte det arbejde, som Udgående Akutafdeling udførte – hvis de havde tiden til det.

Som det tidligere er nævnt, har nogle hjemmesygeplejersker også følt sig afvist, når de endelig tog kontakt til Udgående Akutafdeling, fordi de fik besked om, at den pågældende borger ikke faldt inden for målgruppen.

I starten følte hjemmesygeplejerskerne sig også underkendt i forhold til deres vurdering af borgeres behov for akutophold. Hvor hjemmesygeplejen tidligere kunne henvise borgere til akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter, skulle Udgående Akutafdeling nu foretage en vurdering – det oplevede hjemmesygeplejen som dobbeltarbejde. En hjemmesygeplejerske fortæller desuden, at de ofte diskuterede, om det fra borgerens synsvinkel ville blive for meget at skulle forholde sig til flere personer, fordi borgeren havde så få ressourcer.

Med tiden blev skepsissen mindre udtalt, men ifølge projektkoordinatoren er der stadig delte meninger om Udgående Akutafdeling i hjemmesygeplejen. Medarbejderne i Udgående Akutafdeling fremhæver også, at samarbejdet med hjemmesygeplejen stadig ikke fungerer optimalt, men at der sker skridt i den rigtige retning. I starten oplevede medarbejderne ofte, at hjemmesygeplejen trak sig fuldstændig, når Udgående Akutafdeling var på banen. Hjemmesygeplejen øjnede en mulighed for et 'åndehul' i deres køreliste. Meningen var imidlertid, at der skulle være et samarbejde omkring borgeren. Hjemmesygeplejen var dog begyndt at agere som en samarbejdspartner:

"Når vi ringer til en hjemmesygeplejerske i dag og siger: "Ved du hvad, vi kommer jo for første gang ud ved Hr. Jensen, og vi har brug for dækning hele døgnet. Hvad kan du byde ind med?" Så er det ikke en diskussion, som det var fra starten (...). Så siger de: "Vi kan tilbyde sådan og sådan". De tager den som en samarbejdspartner." (Medarbejder i Udgående Akutafdeling)

De sygeplejefaglige ledere fremhæver i den forbindelse, at de gode forløb har været, når der reelt har været et samarbejde mellem hjemmesygeplejen og Udgående Akutafdeling med klare aftaler om, hvem der gjorde hvad i hjemmet. Tilmed har det været en fordel for de pårørende:

"Der har ikke været den overgang med, at der har været en tredje person ind i hjemmet. Det er bare nogen, der har været inde og hjælpe. Hvor de [pårørende,

red.] også har følt, at det har været meget nemmere, når Udgående Akutafdeling har trukket sig igen, for så har hjemmesygeplejen også været med inde over."
(Sygeplejefaglig leder)

Forløbene har fungeret mindre godt i de situationer, hvor Udgående Akutafdeling har taget helt over, og hjemmesygeplejen ikke har været en del af forløbet. Når Udgående Akutafdeling så havde trukket sig, har hjemmesygeplejerskerne stået med hele læsset på én gang. Ifølge en sygeplejefaglig leder har de pårørende også stået lidt alene bagefter, fordi der ikke er blevet opbygget et konneks til hjemmesygeplejen. De hjemmesygeplejersker, som har haft de gode forløb med Udgående Akutafdeling, er blevet mere tilbøjelige til at kontakte Udgående Akutafdeling en anden gang. Det modsatte er tilfældet for de hjemmesygeplejersker, der har haft mindre gode forløb med Udgående Akutafdeling.

Fra at Udgående Akutafdeling er blevet betragtet som en konkurrent, der fratog hjemmesygeplejen opgaver, er der hen ad vejen blevet opbygget konstruktive samarbejdsrelationer til de fleste hjemmesygeplejersker. Som det fremgår af Tabel 4.11, er langt størstedelen af henvendelserne til Udgående Akutafdeling da også kommet fra hjemmesygeplejen. Procentvis taler vi om 50 % af de samlede antal henvendelser i 2009.

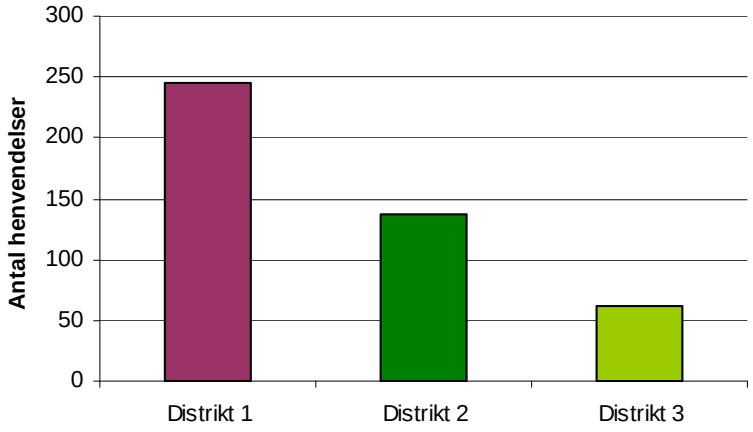
Tabel 4.11 Antal henvendelser til Udgående Akutafdeling i Kolding Kommune. 2009.

	2009	
Henvendelse fra	Antal	Fordeling (%)
Borger	9	2,0
Pårørende	31	7,0
Egen læge	47	10,6
Vagtlæge	2	0,5
Skadestue	17	3,8
Geriatrisk afdeling/team	3	0,7
Hjemmesygeplejen	222	50,0
Callcenter	16	3,6
Hjemmehjælpen (SSA)	54	12,2
Visitator	19	4,3
Andet	24	5,4
Uoplyst	0	0,0
Samlede antal henvendelser	444	100,0

Kilde: Projektkoordinator Donna Lykke Wolff har leveret datamaterialet.

Plejeområdet i Kolding Kommune var opdelt i tre distrikter. Ser man på, hvordan henvendelser til Udgående Akutafdeling fordelte sig på disse distrikter, viser det sig, at der kom langt færre henvendelser fra distrikt 3 sammenlignet med distrikt 1 og 2 (se Figur 4.8).

Figur 4.8 Antal henvendelser til Udgående Akutafdeling fordelt på distrikter. Kolding Kommune. 2009.



Kilde: Projektkoordinator Donna Lykke Wolff har leveret datamaterialet.

Opgørelsen i Figur 4.8 omhandler ikke kun henvendelser fra hjemmesygeplejen, men også fra de øvrige aktører listet i Tabel 4.11. Ifølge hjemmesygeplejerskerne og de sygeplejefaglige ledere gør mønstret i henvendelserne fra de tre distrikter sig dog også gældende i hjemmesygeplejen.

De sygeplejefaglige ledere har flere bud på, hvad de få henvendelser fra distrikt 3 kan skyldes. Én forklaring går på, at distrikt 3 før kommunesammenlægningen ikke havde adgang til en akutfunktion i modsætning til de to andre distrikter, som har kunnet henvise til akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter. Derfor har hjemmesygeplejerskerne i samarbejde med hjemmehjælpen i distrikt 3 været vant til at klare de akutte ting selv. Samtidig skulle de også finde ud af at skelne mellem, hvornår de kunne kontakte henholdsvis hjemmesygeplejens eget akuthold og Udgående Akutafdeling. En anden forklaring kan ifølge de sygeplejefaglige ledere være, at distrikt 3 geografisk ligger forholdsvis langt fra Kolding, hvor Udgående Akutafdeling er forankret. Og hvad der fysisk ligger langt væk ligger også på afstand i mental forstand. En tredje forklaring handler om befolkningssammensætning. Distrikt 3 er et landdistrikt, og folk på landet har ifølge de sygeplejefaglige ledere og hjemmesygeplejerskerne et andet netværk omkring sig. Her tager man mere hånd om hinanden, end det er tilfældet i fx distrikt 1, som er et bydistrikt med bl.a. et større socialt boligbyggeri.

Figur 4.8 viser også, at der er kommet væsentlig færre henvendelser fra distrikt 2 sammenlignet med distrikt 1. De sygeplejefaglige ledere mener dette afspejler, at den sygeplejefaglige leder af distrikt 1 også er leder af Udgående Akutafdeling og dermed har haft bedre forudsætninger for at udbrede kendskabet til Udgående Akutafdeling blandt hjemmesygeplejerskerne i distrikt 1. Hvis det er tilfældet, kan den ledelsesmæssige forankring af Udgående Akutafdeling i hjemmesygepleje i lige præcis dette tilfælde siges at have vist sit værd.

Afsmittende effekt på Sundheds- og Seniordriftsområdet

Ud over at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser på sygehuset, har det været et internt organisatorisk mål med Udgående Akutafdeling at opnå en paradigme- og kultursammensmeltning af Udgående Akutafdelings medarbejdere fra henholdsvis Låsbyhøj og hjemmesygeplejen – med synergieffekt i resten af Senior- og Sundhedsforvaltningen.

Ifølge projektkoordinator har dette været svært at realisere, da det er to meget forskelligtænkende områder. Dette på trods af, at det var en ledelsesmæssig beslutning – også på Senioområdet – at der skulle ske en afsmitning ude i hjemmesygeplejen. De sygeplejefaglige ledere har imidlertid svært ved at konkretisere nogen form for afsmitning. Projektkoordinatoren uddyber:

> *"Det er et presset område [hjemmesygeplejen, red.], vi har skullet arbejde sammen med. I praksis har de ikke haft tid til at mødes med os. De har haft meget lidt tid til at kommunikere med os. De har haft meget svært ved at afse medarbejdere til den fælles kompetenceudvikling og supervision, som vi har indbudt til omkring rehabilitering, sundhedsfremme og forebyggelse. Det har været svært at nå derud, og det har været frustrerende både for medarbejderne [i Udgående Akutafdeling, red.] og for mig."* (Projektkoordinator)

Problemet blev vendt i styregruppen flere gange, men ifølge projektkoordinatoren har der ikke været noget at gøre. Læren heraf er ifølge projektkoordinatoren, at det er vigtigt at tage alle i ed på, at det er dét her, man vil, og at det betyder, at der skal afses et bestemt antal medarbejdere på udvalgte tidspunkter. Distriktslederen bekræfter, at den afsmittende effekt har været begrænset: *"Jeg har ikke indtryk af, at vi har lært så meget [af hinanden, red.] (...). Da er vi ikke tæt nok på hinanden."* . Distriktslederen uddyber, at det er svært at opnå en kultursammensmeltning med 85 hjemmesygeplejersker og en hjemmehjælp oveni. Det er samarbejdsfladerne mellem Sundhedsområdet og Seniordriftsområdet for begrænsede til, som ud over Udgående Akutafdeling har omfattet terapeutområdet og Låsbyhøjs akutpladser. Også sundhedschefen stiller sig tvivlende over for, om der er sket en afsmitning, fordi det – som seniordriftschefen også påpeger – er så lille et hjørne af hele Seniordriftsområdet.

På Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter har afsmitningen være mere tydelig. Her begyndte man at bruge den ICF-baserede udredningsguide (se Bilag 1), som medarbejderne i Udgående Akutafdeling udviklede til deres arbejde – dog i en 'blødere' udgave. Afsmitningen har imidlertid også haft bedre vilkår her. Der er langt færre medarbejdere på Låsbyhøj end i fx hjemmesygeplejen. Låsbyhøj-medarbejderne har desuden delt bygning med Udgående Akutafdeling, og der har været et tæt samarbejde omkring akutpladserne. Nogle Låsbyhøj-medarbejdere har også taget del i den undervisning, som medarbejderne i Udgående Akutafdeling har modtaget.

Samarbejde med hjemmehjælpen

Som det tidligere er beskrevet, fandt man i forløbet ud af, at det ikke altid var hensigtsmæssigt, at planlæggere og social- og sundhedsassistenter i hjemmehjælpen ikke kunne kontakte Udgående Akutafdeling direkte. Det var trods alt ofte hjemmehjælpen, der kom mest i borgernes hjem og kunne se, når noget begyndte at udvikle sig i den

forkerte retning. Oprindelig skulle en hjemmesygeplejerske foretage en vurdering i hjemmet før Udgående Akutafdeling kunne kontaktes. Ifølge hjemmehjælperne havde hjemmesygeplejen dog ikke nødvendigvis et særligt god kendskab til borgeren og skulle derfor starte helt fra bunden af.

Generelt oplevede hjemmehjælpen et positivt samarbejde med Udgående Akutafdeling. I starten skulle Udgående Akutafdeling dog lige finde ud af rammerne for hjemmehjælpens arbejde. En planlægger fra hjemmehjælpen fortæller:

> *"De har haft tiden ude ved borgerne. I et forløb kunne de ikke forstå, at vi ikke kunne bruge al den tid, som de havde brugt ude ved borgeren (...). De kunne ikke forstå, at vi ikke kunne få mere i visitationen."* (Hjemmehjælpen)

I modsætning til hjemmesygeplejerskerne har hjemmehjælpen ikke oplevet Udgående Akutafdeling som en trussel, men set dem som en kærkommen ekspertise i situationer, hvor *"vi har løbet hovedet mod en mur og ikke vidst, hvad vi skulle gøre"*. Hjemmehjælpen ser heller ikke noget problem i, at Udgående Akutafdeling har ekstra tid til at vurdere borgerne:

> *"Jeg har oplevet dem som utrolig kompetente, og det synes jeg er vigtigst. At borgeren får den bedste behandling (...). Der skal vi op på assistent- eller sygeplejerskeniveau. Så derfor synes jeg, at det er fint, at de har den tid, så de virkelig kan gå i dybden med nogle ting."* (Hjemmehjælpen)

Hjemmehjælpen så også en fordel i, at der kom 'et fremmed blik' på borgerens situation. Ifølge hjemmehjælpen, kunne man godt blive blind over for nogle ting, når man kom fast i et hjem. Udgående Akutafdeling kunne stille nogle andre spørgsmål til borgeren end dem, der kom fast i hjemmet. Hjemmehjælpen mente også, at borgerne ofte sagde nogle ting til medarbejderne i Udgående Akutafdeling, som de ikke sagde til deres faste hjælper.

Hjemmehjælperne har haft nogle rigtig gode forløb med Udgående Akutafdeling. Udgående Akutafdeling har været hurtig til at nå til en afklaring af, om borgeren skulle på akutophold på Låsbyhøj, indlægges på sygehuset eller om det var tilstrækkeligt med nogle ekstra foranstaltninger i hjemmet. Hjemmehjælpen har ikke oplevet Udgående Akutafdeling som et ekstra besværligt led fx i forhold til at få en borger på akutophold på Låsbyhøj. Tværtimod oplever hjemmehjælperne, at det var hurtigere at få noget igennem med en borger, når Udgående Akutafdeling var på banen, end hvis det gik gennem andre instanser. Fx fortæller hjemmehjælperne, at Udgående Akutafdeling havde nemmere ved at få lægekontakt, end de havde.

Hjemmehjælperne oplevede også, at det var nemt at komme i kontakt med Udgående Akutafdeling: *"De [Udgående Akutafdeling, red.] beklager meget, hvis man ringer om formiddagen, og de først kan komme ud om eftermiddagen.*" Hjemmehjælpen synes også, arbejdsdelingen har fungeret fint, når Udgående Akutafdeling kørte et forløb med en borger. Ofte havde de delt besøgene hos borgerne imellem sig, mens Udgående Akutafdeling andre gange tog sig af alle besøg, fordi de havde brug for observation af den personlige pleje. Ifølge hjemmehjælpen var Udgående Akutafdeling også gode til at informere om, hvad de foretog sig fx ved at sende adviseringer via Advis. Ifølge en hjemmesygeplejerske kunne informationen til hjemmehjælpen dog godt glippe:

"Jeg er også en weekend blevet kaldt af en hjemmehjælper, hvor en 90-årig gammel dame lå og var sølle. Jeg tænkte: "Hun har influenza", og der havde Udgående Akutafdeling været der og skrevet alen op og ned. Jeg kunne stå i hendes soveværelsesdør og se, at hun havde influenza, og det havde hun. Men hjemmehjælperen havde ikke overblik over, at Udgående Akutafdeling var inde i det. Han ringer til mig. Hvis jeg skulle opgøre de samlede ressourcer, der blev brugt den søndag formiddag, så var det da også noller." (Hjemmesygeplejen)

Hjemmehjælperne har imidlertid ikke noget at sætte fingeren på i forhold til overleveringen af borgere, som har været i et forløb i Udgående Akutafdeling. Hjemmehjælpen kunne bl.a. se, hvad Udgående Akutafdeling havde skrevet i journaler og plejeplaner via CARE[28]. Hos borgeren lå der også en såkaldt samarbejdsbog, som Udgående Akutafdeling også skrev i. Hjemmehjælpen fortæller, at den rehabiliteringsplan, som Udgående Akutafdeling lavede for den enkelte borger, var nem at gå til. Selvom den skriftlige kommunikation og overlevering var udmærket, efterlyser hjemmehjælperne dog, at de også kunne mødes med Udgående Akutafdeling: *"Man kan godt skrive meget, man kan også snakke meget i telefon. Men nogen gange er det altså nemmest, når man står ansigt til ansigt – især i de rigtig svære situationer."* (Hjemmehjælper). En anden hjemmehjælper uddyber, at hvis man fik ansigt på Udgående Akutafdeling, ville de måske også bruge Udgående Akutafdeling noget mere.

Samarbejdet med visitationen

I forhold til visitationen blev der udarbejdet en samarbejdsaftale. Visitationen oplevede, at de blev unødigt involveret i de forløb, Udgående Akutafdeling havde med borgere. Derfor blev det i samarbejdsaftalen præciseret, at Udgående Akutafdeling skulle samarbejde med hjemmehjælpen omkring mindre justeringer i borgerens behov for hjemmehjælp, så længe hjælpen forløb inden for 14 dage. Først hvis behovet rakte ud over de 14 dage, og der var brug for helt nye ydelser i borgerens hjem, skulle visitationen kontaktes. Når Udgående Akutafdeling havde været ude hos en borger, kunne hjælpen i nogle tilfælde vende tilbage til det samme leje, og visitationen var ikke involveret. I andre tilfælde var der brug for at forsætte den ekstra hjælp, som Udgående Akutafdeling havde foranstaltet, og så blev der foretaget en reel visitation.

Som det var tilfældet med hjemmehjælpen, så oplevede visitationen også, at Udgående Akutafdeling i starten skulle gøres bekendt med serviceniveauet i kommunen, *"så forventningerne ikke blev sat for højt hos borgerne."* (Visitator). Samarbejdet fandt herefter sit leje, og det er visitationens opfattelse, at Udgående Akutafdeling lavede nogle gode vurderinger af, hvad der skulle sættes i værk hos borgeren samt behovet for eventuelle ændringer i den visiterede hjælp.

Når Udgående Akutafdeling afsluttede et forløb med en borger, fik visitationen også besked via Advis eller mundtligt. Visitationen foretrak dog den elektroniske kommunikation, da det kunne være forstyrrende for deres arbejde, hvis Udgående Akutafdeling henvendte sig personligt.

[28] CARE er et elektronisk journal- og dokumentationssystem.

Samarbejde med distriktsterapeuterne

Hvis Udgående Akutafdeling vurderede, at der var behov for træning eller genoptræning hos nogle af de borgere, de var ude hos, kunne de kontakte distriktsterapeuterne. Det er distriktsterapeuternes vurdering, at henvendelser fra Udgående Akutafdeling var forholdsvis begrænsede.

I nogle tilfælde oplevede terapeuterne, at de blev kaldt ud for tidligt i forløbet, hvor borgerne ikke var klar til at tænke på træning og rehabilitering. Terapeuterne mener, at den medicinske udredning skulle være afsluttet, inden der blev sat ind med træning, og derfor ville de hellere kontaktes sidst i borgernes forløb med Udgående Akutafdeling. Terapeuterne fik indført, at der med en henvisning fra Udgående Akutafdeling skulle være navn og telefonnummer på den person i Udgående Akutafdeling, som lavede henvisningen. Så kunne terapeuterne kontakte den pågældende person direkte og få en dialog om situationen, inden terapeuterne troppede op i borgerens hjem – måske på et for tidligt tidspunkt.

Den information, som Udgående Akutafdeling indsamlede på en konkret borger, havde terapeuterne adgang til via CARE. Ifølge terapeuterne gav det et rigtig godt billede af den person, de skulle ud til, og det var et rigtig godt afsæt for deres arbejde med borgeren:

> *"Udgående Akutafdelings oplysninger har været tænkt på samme måde [som terapeuterne tænker, red.] – det vi kalder klientcentreret. Ikke bare se diagnosemæssigt, men se på hele personen, hele livet. Interesser, motivation og vaner. Hvad har personen beskæftiget sig med før? Så man får et rigtig godt samlet billede (...). Også i forhold til borgeren er det rart, at man ikke behøver at starte ved Adam og Eva. At ikke fire forskellige personaler kommer og spørger om det samme."* (Distriktsterapeut)

Når terapeuterne fx kom ud til borgere i regi af hjemmesygeplejen, oplevede de derimod at starte mere fra bunden af.

Terapeuterne kunne også kontakte Udgående Akutafdeling, hvis de var ude hos borgere, hvor de mener, der var brug for en ekstra indsats. Fx fortæller én af terapeuterne, at hun kontaktede Udgående Akutafdeling, da hun kom ud til en selvmordstruet borger. Udgående Akutafdeling reagerede med det samme. Terapeuterne oplevede, at det gik mere trægt, hvis kontakten gik gennem praktiserende læge eller hjemmesygeplejen.

Samarbejde med praktiserende læger

Ifølge projektkoordinatoren har nogle praktiserende læger opfattet Udgående Akutafdeling som et unødigt ekstra led i forhold til at få en borger på akutophold på Låsbyhøj. Som det også var tilfældet for hjemmesygeplejerskerne, har nogle praktiserende læger således følt, at deres vurdering af borgerens situation ikke blev taget alvorligt. En af de interviewede læger har nogle gange tænkt, at det var spild af tid: *"Jeg mener faktisk godt, at jeg kunne vurdere, at den kunne man ikke hale hjem ved at sende en sygeplejerske derud [i hjemmet, red.]"* (Praktiserende læge). Men Udgående Akutafdeling kom til gengæld ud i borgerens hjem med det samme og fandt ud af, hvad der skulle ske med borgeren. Ifølge projektkoordinatoren kunne Udgående Akutafdeling ofte klare

forløbet i borgerens hjem frem for at flytte dem ind på Låsbyhøj, hvilket de færre akutophold på Låsbyhøj i 2009 klart viser (jf. afsnit 4.1.1, s. 41).

At Udgående Akutafdeling – sammenlignet med hjemmesygeplejen eller hjemmehjælpen – skulle have større gennemslagskraft i forhold til at få en læge til at foretage et tilsyn, kan ifølge de praktiserende læger handle om, at Udgående Akutafdeling gjorde et godt stykke forarbejde. Det var ikke alle i hjemmesygeplejen og i hjemmehjælpen, der havde styr på basisobservationerne, når de ringede. Det havde Udgående Akutafdeling. Det gav de praktiserende læger et hurtigt overblik over, hvad situationen handlede om, og i nogle tilfælde betød det, at den praktiserende læge slet ikke behøvede at se borgeren. Udgående Akutafdelings observationer var tilstrækkeligt grundlag til at foretage en indlæggelse. I sådanne situationer har Udgående Akutafdeling ikke fungeret som et unødigt ekstra led men som et aflastende mellemled:

> *"De har lidt været min forlængede arm (...), hvor jeg principielt skulle have været ude, men ikke lige kunne smide alt hvad jeg havde i hænderne, så er det rart at have Udgående Akutafdeling som mellemled, vel vidende at sygeplejerskerne gør det godt. Jeg har altså haft rigtig godt samarbejde med dem. De har været rigtig gode – hurtige og dygtige. Det er blevet til noget. Jeg synes, at der er blevet taget hånd om tingene."* (Praktiserende læge)

Udgående Akutafdeling er således kendt blandt de praktiserende læger for at lave et godt og grundigt stykke arbejde.

Når Udgående Akutafdeling afsluttede et forløb med en borger, blev der givet besked til de praktiserende læger, hvis der var noget, de skulle gøre eller tage stilling til i forhold til en konkret borger. Dette foregik via Edifact[29]. Tidligere sendte Udgående Akutafdeling den seneste rehabiliteringsplan til de praktiserende læger. Det var imidlertid en for omfattende mængde af information for lægerne at forholde sig til.

Som mange af de andre samarbejdsparter taler de praktiserende læger også om betydningen af det personlige kendskab. Ifølge én af de praktiserende læger var hun næsten overrasket over, at hun kunne 'risikere' at tale med den samme person fra Udgående Akutafdeling om den samme borger. Det har stor betydning ikke mindst for borgerens forløb. Den personlige kontakt har vanskeligere kår i forhold til hjemmesygeplejen og hjemmehjælpen, hvor der er en langt større medarbejdergruppe.

Samarbejde med vagtlægerne

Der har i projektet ligget en forventning om, at Udgående Akutafdeling også skulle få henvendelser fra vagtlægerne. Som det fremgår af Tabel 4.11, s. 74, fik Udgående Akutafdeling kun to henvendelser fra vagtlægerne i 2009. Det skyldes bl.a., at der skete en omstrukturering i vægtlægeordningen, således at vagtlægen dækkede hele regionen. Det betød, at vagtlægerne ikke nødvendigvis havde kendskab til de lokale tilbud i Kolding Kommune og heller ikke Udgående Akutafdeling. Kort information om Udgående Akutafdeling blev dog lagt ind i vagtlægernes kommunikationssystem og i VisInfoSyd,

[29] Edifact benyttes i sundhedssektoren til elektronisk udveksling af recepter, laboratoriesvar og udskrivningsbreve (epikriser).

som er en tværsektoriel informationsplatform til praksis, kommuner og sygehuse i Region Syddanmark.

Samarbejde med Geriatrisk Afdeling / Geriatrisk Team

Da Udgående Akutafdeling startede i slutningen 2008, etablerede man et samarbejde med Geriatrisk Team, som var startet op i sygehusregi i 2007. Bl.a. var alle medarbejdere i Udgående Akutafdeling med Geriatrisk Team ude at køre og i ambulatoriet nogle dage som en slags oplæring. Medarbejderne i Udgående Akutafdeling er ligeledes blevet undervist af personale fra afdelingen.

Det Geriatriske Team var udkørende ligesom Udgående Akutafdeling, og derfor var det vigtigt at få lavet en arbejdsfordeling, så de ikke lavede de samme ting. For de geriatriske læger var det rigtig vigtigt, at de syge ældre blev behandlet og ikke kun fik pleje, så derfor skulle Udgående Akutafdeling være dygtige til at finde de syge ældre og enten få dem til egen læge eller få dem indlagt. En eventuel indlæggelse skulle dog altid gå gennem praktiserende læge. Én af geriaterne understreger, at det ikke måtte være sådan, at de ældre fik en tredjerangs-behandling uden at blive diagnosticerede.

Geriatrisk Afdeling havde et ønske om at kunnet bruge Udgående Akutafdeling i deres akutte modtageafsnit. Fx hvis en ældre borger blev indlagt, kunne behandlingen måske sættes i gang på sygehuset, og så kunne borgeren komme hjem, hvis Udgående Akutafdeling tog over i hjemmet. Men ideen med Udgående Akutafdeling var en anden[30], og Geriatrisk Afdeling var helt med på, at Udgående Akutafdeling primært skulle forebygge indlæggelser.

I nogle tilfælde har Geriatrisk Afdeling haft borgere indlagt, som de gerne vil have haft Udgående Akutafdeling ud til, når borgerne kom hjem. Men fordi de var demente, måtte Udgående Akutafdeling ikke tage ud til disse borgere[31]. Men fra Geriatrisk Afdelings perspektiv, er netop de demente den mest skrøbelige patientgruppe, som har stor risiko for at blive indlagt, og som samtidig har mindst gavn af at være et fremmed sted og blive behandlet.

Overordnet set var det forholdsvis få gange Geriatrisk Afdeling gjorde brug af Udgående Akutafdeling, hvilket også fremgår af Tabel 4.11, s. 74. I disse få tilfælde fungerede samarbejdet imidlertid godt. Ifølge personalet fra Geriatrisk Afdeling havde de et større samspil med Udgående Akutafdeling, dengang de selv var udkørende. Her kunne de mødes i borgernes hjem, hvor de i samarbejde med Udgående Akutafdeling kunne sætte en behandling i gang. Da Geriatrisk Team blev nedlagt, blev arbejdet på sygehuset mere traditionelt i den forstand, at de ikke kom ud i borgerne hjem, men først så dem når de blev indlagt. Samarbejdet med Udgående Akutafdeling blev derfor også

[30] For kommunen var der ikke noget økonomisk incitament i denne model, idet kommunens medfinansiering af en medicinsk indlæggelse var den samme, uanset at den kun varede et par timer eller dage. Kommunen skulle således betale både for indlæggelse og opstart ved behandling i fx Udgående Akutafdeling. Desuden kan en sygehuslæge ikke have ansvaret for behandlingen i hjemmet, selvom sygehuslægen havde startet behandlingen op.
[31] Dette skyldes, at der var veluddannede demenskonsulenter i kommunen til at tage sig af den borgergruppe.

mere begrænset. Dog har Udgående Akutafdeling brugt Geriatrisk Afdeling til sparring via mail.

I forhold til at forhindre indlæggelser har Geriatrisk Afdeling ikke oplevet, at arbejdsmængden er blevet mindre med Udgående Akutafdelings tilstedeværelse. Det var ifølge personalet med Geriatrisk Afdeling heller ikke forventningen i lyset af det voksende antal ældre i befolkningen. Derimod er personalet på Geriatrisk Afdeling overbevist om, at Udgående Akutafdeling har medvirket til at kvalificere indlæggelserne, og ser det som positivt at Udgående Akutafdeling ikke har brugt deres akutpladser på Låsbyhøj fuldt ud. Før Udgående Akutafdeling kom til, oplevede Geriatrisk Afdeling at få borgere indlagt, som var blevet dårligere af at være på akutophold på Låsbyhøj, og som burde være blevet indlagt i stedet[32].

4.3 Økonomi

I afsnit 4.3.1 præsenteres de kommunale omkostninger ved akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter henholdsvis ved Udgående Akutafdeling (afsnit 4.3.2).

Herefter følger en præsentation af den kommunale medfinansiering, der er forbundet med akut indlæggelse på sygehus grundet specifikke, medicinske sygdomme (afsnit 4.3.3). Opgørelserne for Kolding Kommune er sammenholdt med de fire omkringliggende kommuner Fredericia, Vejle Haderslev og Vejen.

4.3.1 Omkostninger ved akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter

De samlede omkostninger ved ophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter beløb sig i alt til 14,484 mio. kr. i 2007 henholdsvis 17,263 mio. kr. i 2009[33]. Der gøres opmærksom på, at der heri ikke indgår omkostninger ved i) genoptræning og rehabilitering (det tilbydes i praksis alene til borgere på rehabiliteringsophold og borgere, der kommer ambulant) samt ii) ledsageordning (gives fortrinsvis til borgere i eget hjem).

Jf. Tabel 4.12 var omkostningerne ved akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter i alt på 3,180 mio. kr. i 2007 versus 3,625 mio. kr. i 2009, hvilket svarer til en stigning på ca. 445.800 kr. (14,0 %)[34]. Som det fremgår af Tabel 4.12, s. 84, kan de stigende omkostninger ved akutophold i det væsentligste forklares ved øgede omkostninger til løn, hvorfor de vil blive gennemgået i det efterfølgende afsnit.

De gennemsnitlige omkostninger ved et akutophold var således ca. 1.245 kr./døgn i 2007, mens udgifterne i 2009 var på 1.420 kr./døgn[35].

[32] Personalet på Geriatrisk Afdeling understreger dog, at de har haft stor gavn af rehabiliteringspladserne på Låsbyhøj. Når borgerne har kunnet komme på Låsbyhøj, har det forkortet indlæggelsen på sygehuset. Personalet på Geriatrisk Afdeling er også overbeviste om, at ophold på Låsbyhøj kan have forhindret genindlæggelser, fordi borgene når at få et højt funktionsniveau.
[33] Omkostninger og normeringer er afrundede værdier, hvilket betyder, at der kan forekomme en mindre diskrepans, når differencerne mellem 2007 og 2009 anføres.
[34] Forbrugerprisindekset er steget med 5,3 % fra juli 2007 til juli 2009.
[35] Udregnet som et simpelt gennemsnit uden hensyntagen til, om pladserne var belagt.

Lønomkostninger

De samlede lønomkostninger ved det fælles personale (administration, udvikling og kvalitetssikring samt rengøring og vedligeholdelse), som Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter gør brug af, steg med ca. 1,157 mio. kr. (fra 1,591 mio. kr. i 2007 til 2,748 mio. kr. i 2009). Denne stigning er en følge af den generelle lønudvikling, specifikke lønforhøjelser samt en opnormering af personalet. Forbruget steg således i administrationsafdelingen med 0,33 fuldtidsstilling (fra 1,48 til 1,81), fordi der havde været en vakant stilling i ca. fire måneder i 2007 samtidig med, at der var et øget forbrug på 1,67 fuldtidsstilling (fra 0,34 til 2,00)[36] i personalegruppen, der arbejder med udvikling og kvalitet.

De samlede lønomkostninger til plejepersonalet steg med ca. 1,824 mio. kr. (13,8 %)[37]. Dette er dels betinget af en omlægning af normeringen inden for de forskellige plejegrupper i forbindelse med nedlæggelsen af aflastningspladserne (2007), regulering af arbejdstidsaftalen (2008) og optagelse af social- og sundhedsassistentelever samt sygeplejestuderende (2008): Antallet af social- og sundhedsassistentstillinger/plejehjemsassistenter er således blevet mindsket med 2,15 fuldtidsstillinger[38] (fra 19,82 til 17,68) mens antallet af sygehjælpere og sygeplejersker er øget med henholdsvis 0,04 fuldtidsstilling (fra 2,13 til 2,16) og 3,54 fuldtidsstillinger (fra 5,27 til 8,81).

[36] Der blev pr. 1. november 2007 opnormeret med en udviklingssygeplejerske og en forløbskoordinator.
[37] Ifølge udtræk fra lønsumsopgørelser i 'Det fælleskommunale løndatakontor LOPAKS' steg månedslønnen for kommunalt ansatte sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter med henholdsvis 14,3 % og 10,5 % i perioden juni 2007 til juni 2009.
[38] Der er tale om afrundede værdier.

Tabel 4.12 Omkostninger ved ophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter. 2007 og 2009. (1.000 kr.). Kolding Kommune.

		Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter (1.000 kr.)			
		2007		2009	
	Fordelings-nøgle*	De samlede omk.	Omk. ved akutophold	De samlede omk.	Omk. ved akutophold
Løn		**12.931**	**2.937**	**15.796**	**3.396**
Fælles	0,67	1.591	255	2.748	374
Løn, plejen, vikar og vikarbureau	1,00	10.123	2.531	11.947	2.880
Løn rengøring og vikar	0,50	1.320	165	1.353	163
Refusion af løn	0,50	-103	-13	-253	-20
Personaleakt. og uddannelse		**80**	**13**	**112**	**17**
Personaleaktiviteter	0,50	7	1	12	1
Uddannelse	0,67	73	12	100	16
Beklædning	**1,00**	**24**	**6**	**7**	**2**
Tjenestevogn**	**0,67**	**17**	**3**	**-8**	**-1**
Fast ejendom		**976**	**151**	**1.015**	**155**
Vedligeholdelse	0,50	226	28	166	20
Tekniske installationer	0,50	24	3	0	0
Skat og forsikring	0,50	22	3	36	4
El, vand og varme	0,67	704	117	813	131
Rengøring		**87**	**11**	**93**	**11**
Anskaffelser	0,50	83	10	93	11
Vedligeholdelse	0,50	4	0	0	0
Inventar		**273**	**46**	**178**	**23**
Anskaffelser	0,67	187	31	129	15
Vedligeholdelse	0,67	86	14	50	8
Kontorhold	**0,67**	**123**	**20**	**107**	**17**
Annoncering	**0,50**	**33**	**4**	**0**	**0**
Repræsentation	**0,50**	**44**	**6**	**70**	**8**
Indtægter		**-103**	**-17**	**-106**	**-4**
Betaling for vask og rengøring		-83	-13	-84	-3
Betaling for leje af linned		-21	-4	-22	-1
Udgifter, i alt***		**14.691**	**3.210**	**17.631**	**3.630**
Indtægter, i alt		**-207**	**-30**	**-367**	**-4**
Total		**14.484**	**3.180**	**17.263**	**3.625**

* Fordelingsnøglen er anvendt i forbindelse med beregning af Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenters andel af de samlede udgifter ved driften af 'huset' Låsbyhøj.
** Låsbyhøj solgte i 2009 tjenestevognen og leasede i stedet en bil.
*** Omkostninger ved genoptræning og rehabilitering indgår ikke (vedrører alene borgere på rehabiliteringsophold og borgere, der kommer ambulant (fordelingsnøgle for denne aktivitet er ikke udarbejdet).

Kilde: Regnskaber for Låsbyhøj for 2007 og 2009. Fordelingsnøgle er leveret af Kirsten Johannsen, leder af Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter.

Medarbejderne i Udgående Akutafdeling har også arbejdet i plejeafdelingen – omfanget heraf er ikke registreret – hvorfor det ikke har været muligt at estimere den økonomiske værdi heraf.

4.3.2 Omkostninger ved Udgående Akutafdeling

Implementerings- og etableringsomkostninger ved Udgående Akutafdeling fremgår af de efterfølgende afsnit.

Etableringsomkostninger

De samlede etableringsomkostninger beløb sig til ca. 59.500 kr.[39]. Dette beløb er baseret på en opgørelse af udgifter ved kontorhold, indkøb af inventar, beklædning og annoncering, se Tabel 4.13.

Det må imidlertid bemærkes, at det ikke har været muligt at fastsætte alle omkostninger på basis af årsregnskaberne. Således har der fx været brugt tre mobiltelefoner, men det er kun en af dem, der er prisfastsat, de to øvrige er formentlig lånt af huset Låsbyhøj. Tilsvarende har man også lånt sig frem til det meste af inventaret. Alle medarbejdere i Udgående Akutafdeling fik stillet T-shirts til rådighed. Værdien heraf indgår i beregningerne, mens det ikke har været muligt at medtage værdien af den øvrige del af beklædningen (bukser og jakke).

Tabel 4.13 Etableringsomkostninger ved Udgående Akutafdeling til borgere i Kolding Kommune. 2007-2009.

Type	Beløb (kr.)
Kontorhold*	**26.417**
To bærbare PC'er	8.191
En bærbar PC	6.450
En computermappe	480
Licens til bærbare PC'er	11.296
To trådløse opkoblinger	4.312
Mobiltelefon	798
Øresnegl	238
Inventar	**5.506**
Kontorstol	3.378
Kontorlampe	1.015
Blodtryksapparat	1.113
Beklædning	**5.772**
T-shirts til UA-teamet	5.772
Annoncering	**20.673**
Annoncering efter medarbejdere	20.673
Andet	**1.083**
I alt	**59.451**

* Den ene PC har været brugt af projektkoordinatoren.

Kilde: Regnskaber for UA-afdelingen for 2007-2009.

[39] Der er foretaget en sammenlægning af omkostningerne med de værdier, som de antog på indkøbstidspunktet (uanset om det var i 2007, 2008 eller 2009); der er således ikke diskonteret.

Interventionsomkostninger

Omkostningerne ved den Udgående Akutafdeling er væsentligst at finde i form af lønudgifter til medarbejdere i Udgående Akutafdeling. I perioden 1. januar 2009 – 31. december 2009 har der været en normering på 8,0 årsværk (et årsværk = en fuldtidsstilling), men denne er ikke brugt fuldt ud, blandt andet fordi flere af personalerne ønskede en deltidsansættelse. Forbruget har således været på i alt 5,99 årsværk:

- 4,01 årsværk var fordelt på fem personer i sygeplejegruppen (en ophørte i stillingen pr. 30. april og en anden pr. 31. oktober – stillingerne blev ikke genbesat).
- 1,98 årsværk var fordelt på tre personer i gruppen af social- og sundhedsassistenter (en af dem gik på barselsorlov d. 23. juni (der blev ikke indsat en fast vikar) og en anden stoppede d. 15. december 2009.

Endelig indgår der omkostninger til en stilling som projektkoordinator på ca. 20-25 timer ugentligt (dette er et skønnet estimat, idet hun også har arbejdet med implementering af opfølgende hjemmebesøg). Der kan også argumenteres for, at omkostningerne ved arbejdet som projektkoordinator eller dele heraf henhører til implementeringsomkostninger. Projektkoordinatorens løn kan forventes at beløbe sig til 365.000-425.000 kr. årligt (for en fuldtidsstilling) afhængig af kvalifikationer. I denne evaluering har vi antaget, at projektkoordinatoren har arbejdet 25 timer ugentligt på projektet med en årsløn på 370.000 kr. (fuldtidsstilling).

Lønudgifterne beløber sig således til i alt 2,680 mio. kr. (afrundet værdi) jf. Tabel 4.14, hvor lønudgifterne er fordelt på personalegrupper. Det har ikke været muligt at fratrække de timer og dermed de omkostninger, der er forbundet med, at medarbejderne i Udgående Akutafdeling har hjulpet til på henholdsvis Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter henholdsvis i hjemmesygeplejen, da der ikke er nogen tidsregistrering heraf.

De samlede interventionsomkostninger ved akut hjælp i eget hjem beløber sig samlet set til 2,775 mio. kr. (Tabel 4.14). Af samme tabel fremgår det, at knap 65.000 kr. er blevet anvendt i forbindelse med leasing af en bil (herunder omkostninger til forsikringer, benzin mm.).

Tabel 4.14 Interventionsomkostninger ved akut hjælp i eget hjem til borgere i Kolding Kommune. 2009.

Type	Beløb (kr.)
Løn	**2.679.517**
Social- og sundhedsassistenter	944.892
Sygeplejersker	1.568.000
Refusion af løn	83.375
Projektkoordinator*	250.000
Personaleaktiviteter og uddannelse	**24.036**
Personaleaktiviteter	6.790
Uddannelse	17.246
Beklædning	**2.160**
Omkostninger ved bilkørsel	**64.809**
Inventar, kontorartikler og blodtryksapparat	**4.471**
Udgifter, i alt	**2.774.993**

* Skønnet estimat baseret på en antagelse om ca. 25 timer ugentlig og en årsløn på 370.000 kr. (fuldtidsstilling).

Kilde: Regnskaber for Udgående Akutafdeling 2009 suppleret med datamateriale leveret af projektkoordinator Donna Lykke Wolff.

Det skal imidlertid bemærkes, at det kun har været muligt at medtage de væsentligste og/eller tilgængelige interventionsomkostninger i beregningerne. Fx er omkostningerne ved Udgående Akutafdelings brug af lokaler i huset Låsbyhøj, et lokale på mindre end 15m^2, ikke estimeret. Omkostninger ved vikarer for medarbejdere i Udgående Akutafdeling er heller ikke beregnet, idet de indgår på vikarkontoen for Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter. Ej heller er omkostninger ved vask af Udgående Akutafdelings arbejdsbeklædning søgt estimeret, idet den indgår i den øvrige vask på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter.

De samlede omkostninger ved akut hjælp i eget hjem

De samlede omkostninger (etableringsomkostninger og interventionsomkostninger) ved akut hjælp i eget hjem beløber sig samlet set til ca. 2,584 mio. kr. ex. lønomkostninger til projektkoordinator.

4.3.3 Somatiske sygehusindlæggelser

Den kommunale medfinansiering

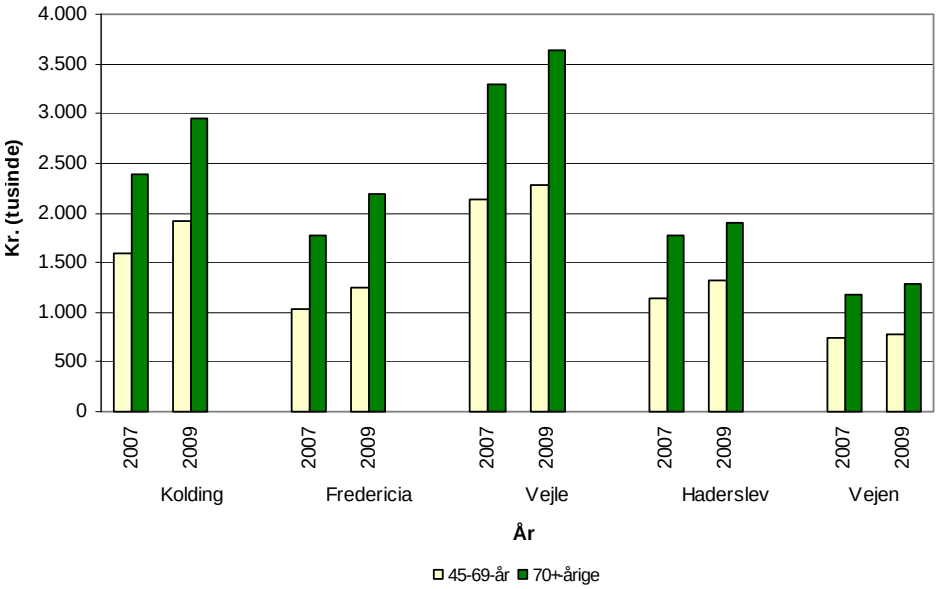
Fra 2007 til 2009 er den kommunale medfinansiering for de 45+-årige borgere i Kolding Kommune, der har været indlagt akut på sygehus med specifikke medicinske diagnoser, steget med 22,1 % (fra 3,98 til 4,86 mio. kr.)[40]. I de øvrige fire kommuner er den kommunale medfinansiering også steget. I Fredericia Kommune er den steget med 22,4 % (fra 2,81 til 3,44 mio. kr.), i Vejle Kommune med 8,9 % (fra 5,43 til 5,92 mio. kr.), i

[40] Der er afrundet til nærmeste 10.000 kr.

Haderslev Kommune med 10,1 % (fra 2,91 til 3,21 mio. kr.) henholdsvis med 7,2 % i Vejen Kommune (fra 1,92 til 2,05 mio. kr.).

Af Figur 4.9 fremgår den kommunale medfinansiering fordelt på aldersgrupperne de 45-69-årige og de 70+-årige. For de 70+-årige har der været en stigning i den kommunale medfinansiering i alle fem kommuner. Den største procentvise stigning forekommer i Kolding (23,3 %) og Fredericia (23,9 %) Kommuner. Herefter følger Vejle Kommune (10,4 %), Vejen Kommune (9,5 %) og Haderslev Kommune (7,1 %).

Figur 4.9 Den kommunale medfinansiering af akutte indlæggelser på sygehus med specifikke, medicinske diagnoser fordelt på alder, år og kommune.*



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

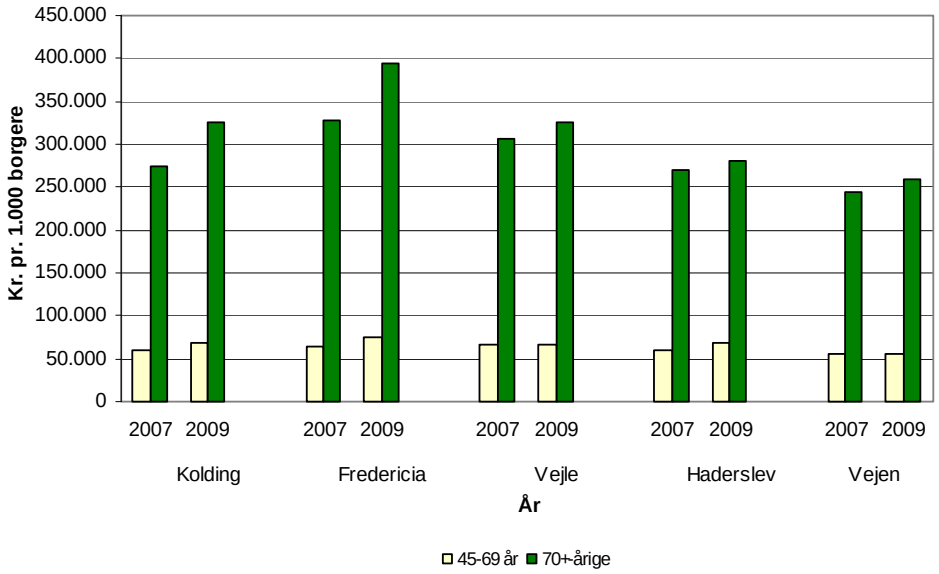
Kilde: Udtræk fra eSundhed fra Landspatientregisteret.

Kommunal medfinansiering af sygehusindlæggelser pr. 1.000 borgere

Når den kommunale medfinansiering af sygehusindlæggelser pr. 1.000 45+-årige borgere opgøres for 2007 og 2009 på basis af aldersstandardiserede data, ses det, at de største stigninger er sket i de to kommuner Kolding (17,9 %) og Fredericia (19,1 %). Mens stigningerne i Vejle Kommune har været på 4,9 %, i Haderslev Kommune på 7,1 % og i Vejen Kommune på 3,2 %.

Af Figur 4.10 fremgår den kommunale medfinansiering i 2007 og 2009, når den er opgjort pr. 1.000 45-69-årige borgere henholdsvis pr. 1000 70+-årige borgere. Den største stigning for de 70+-årige forekommer også her i de to kommuner Kolding (19,0 %) og Fredericia (20,7 %), mens der er stigninger i Vejle Kommune på 6,6 %, i Haderslev på 3,4 % og i Vejen Kommune på 5,5 %.

Figur 4.10 Kommunal medfinansiering af akutte indlæggelser med specifikke medicinske diagnoser pr. 1.000 borgere fordelt på alder, år og kommune.*



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

Kilde: Udtræk fra eSundhed fra Landspatientregisteret.

4.4 Borgerne

I det følgende afsnit afrapporteres de 22 spørgeskemabesvarelser og de fem interview under de fire overordnede emner: i) kvalitet i udredning og behandling, ii) individualitet og fleksibilitet, iii) kontinuitet og iiii) betydningen af at være i eget hjem. De fire emner udgør forskellige sider af borgerens syn på kvaliteten i den ydelse, de har modtaget via Udgående Akutafdeling. Der er tale om et spinkelt datagrundlag, hvorfor resultaterne ikke kan danne grundlag for endegyldige konklusioner omkring borgernes oplevelse af kvaliteten af Udgående Akutafdelings indsat i eget hjem.

Af Tabel 4.15 fremgår de 22 borgeres svar på spørgeskemaet (spørgsmål 1-11). Til spørgsmål 12 er der anvendt andre svarkategorier, og derfor præsenteres svarene på det spørgsmål først i det relevante afsnit.

Tabel 4.15 Oversigt over borgernes svar på spørgeskemaet om deres oplevelse af Udgående Akutafdeling i Kolding Kommune. 2009.

Spørgsmål	Ja	Nej	Ved ikke	Ikke besvaret	Ikke aktuelt
1. Oplevede du, at Udgående Akutafdeling gav dig en god pleje og behandling?	22	0	0	0	i.m.*
2. Oplevede du, at Udgående Akutafdeling, dvs. de tyrkis-blå piger, var grundige i arbejdet med at finde ud af, hvad der var i vejen med dig?"	17	1	4	0	i.m.
3. Synes du selv, at Udgående Akutafdeling, dvs. de tyrkis-blå piger, tog sig tid til at snakke med dig om, hvordan du syntes du havde det?	18	2	2	0	i.m.
4. Synes du selv, at du i forløbet har haft passende indflydelse på, hvilken form for hjælp du har brug for?	18	1	3	0	i.m.
5. Oplevede du, at Udgående Akutafdeling, dvs. de tyrkis-blå piger, satte ting i gang, som du selv synes var unødvendige?	1	21	0	0	i.m.
6. Oplevede du, at medarbejdere fra Udgående Akutafdeling, dvs. de tyrkis-blå piger, hurtigt tog hensyn til, hvordan du plejede at få tingene gjort?	18	2	2	0	i.m.
7. Synes du selv, at den information og vejledning du fik fra Udgående Akutafdeling, var i overensstemmelse med den information og vejledning du får fra de andre sundhedsfolk, der kommer hos dig?	12	2	7	1	i.m.
8. Oplever du, at de ting Udgående Akutafdeling, dvs. de tyrkis-blå piger, satte i gang, nu bliver fulgt op af hjemmeplejen, efter Udgående Akutafdeling ikke kommer hos dig længere? **	13	2	2	1	4
9. Synes du selv, det har været en fordel, at du har kunnet blive i dit eget hjem i denne periode?	19	3	0	0	i.m.
10. Synes du selv, at det at blive i dit eget hjem, har givet dig mulighed for at bevare din daglige rytme?	18	3	1	0	i.m.
11. Synes du selv, der har været en tryghed ved at kunne blive i dit eget hjem i denne periode?	18	4	0	0	i.m.

* Ikke en mulig svarkategori for spørgsmålene 1-7 og 9-11.
** Hjemmeplejen er en samlet betegnelse for hjemmehjælpen og hjemmesygeplejen.

4.4.1 Oplevelsen af kvalitet i Udgående Akutafdelings ydelser

Informanterne blev i spørgeskemaundersøgelsen spurgt til deres oplevelse af den behandling, de havde modtaget fra Udgående Akutafdeling: *"Oplevede du, at Udgående Akutafdeling gav dig en god pleje og behandling?"* Til dette spørgsmål svarede alle 22 informanter "ja" (jf. spørgsmål 1 i Tabel 4.15).

Fra interviewrunden fremkom uddybende forklaringer på oplevelsen af kvalitet i Udgående Akutafdelings udredning og behandling. Overordnet udtalte alle fem informanter sig positivt om Udgående Akutafdelings behandling. Informant E (se Boks 3.1, s. 40 for en beskrivelse over de interviewede informanter) sagde på sin og hustruens vegne, at de syntes, det var godt forløb, fordi de havde behov for hjælp, og hjælpen kom med det samme: *"Det var simpelthen kun positivt. Vi synes jo, det var lige det, vi havde brug for i den uge.*" Den hurtige afklaring betød meget for dem: *"Det har for os jo været utroligt også fordi, så kunne vi så klare os selv. Det er der måske nogle, der ikke kan, men så får man hul på det tidligt og finder ud af det.*"

Hustruen syntes også, at Udgående Akutafdeling var meget effektiv på den uge, de havde hjælp: *"Jeg synes, de var effektive, og når medarbejderen fra Udgående Akutafdeling sad i stuen og snakkede med mig, så sad en anden medarbejder og snakkede med [Informant E, red.] ude i køkkenet.*" På den måde fik hun hjælp til personlig pleje, mens manden fik støtte til at håndtere sin egen problemstilling samt til at hjælpe sin syge hustru. Dette understøtter oplevelsen blandt medarbejderne i Udgående Akutafdeling af, at det er en fordel at være to ude hos borgeren, fordi der kan være flere i hjemmet, der har brug for hjælp (jf. afsnit 4.4.2).

Informant A syntes også, det var et godt forløb: *"Men altså det overordnede mål er, at det hele skal blive som før sygdommen. Og det er simpelthen bare sådan, jeg fornemmer, at alle vil hjælpe mig med at komme der tilbage til.*" I lighed med informanternes udtalelser om hurtig indsats og behandling og ønsket om at vende tilbage til situationen, før de blev syge, anses det også i føromtalte undersøgelser som vigtigt for den ældre borger, at tingenes tilstand hurtigst muligt bringes tilbage til det normale, så det hidtidige liv kan fortsætte uforstyrret (10).

De øvrige interviewede informanter syntes også, de fik en god pleje og behandling. Udgående Akutafdelings ydelser blev af flere informanter sammenlignet med anden kommunal hjælp, hvilket dannede grundlag for deres forventninger.

Informant C mente, der var meget forskel på Udgående Akutafdeling og hjemmeplejen, men påpegede, at de selvfølgelig havde forskellig funktion. Han syntes dog, at Udgående Akutafdeling var "håndplukkede" til opgaven. Hans behandling handlede delvis om, at han skulle huske at spise og drikke, og her syntes han, at det betød meget, at der var nogle, der kunne huske ham på det.

For informant B var forløbet en god oplevelse, måske særligt i forhold til den behandling, hun var vant til at få fra hjemmehjælpen: *"[Udgående Akutafdeling, red.] det var nogen, der kunne tænke selv. Og det kan de piger [fra hjemmehjælpen, red.], der kommer her, ikke.*"

Informant A sagde, at den gode behandling, han modtog fra Udgående Akutafdeling, ikke nødvendigvis var noget han forventede af "systemet". Han fortalte, hvordan han og hans lillesøster, der arbejder i hjemmeplejen i en anden kommune, havde talt om hans forløb. Hun havde sagt, at så godt fungerede det ikke i deres kommune, og A blev glad og stolt over, at det fungerede godt i hans kommune. Informant A syntes, at det var rart, at tingene fungerede, *"for til syvende og sidst, altså ude i sidste led, er det trods alt mig og mit helbred, det gælder.*" Han følte, at Udgående Akutafdeling ikke kom for deres egen skyld men for hans, hvilket han syntes rigtigt godt om.

I spørgeskemaundersøgelsen blev der også spurgt til, om borgeren oplevede, at Udgående Akutafdeling var grundige i arbejdet med at finde ud af, hvad der var i vejen med borgeren (spørgsmål 2). Hertil svarede 17 ud af de 22, det vil sige hovedparten af informanterne, "ja", en enkelt svarede "nej" og fire "ved ikke" (jf. Tabel 4.15, s. 90).

Informant A syntes, at Udgående Akutafdeling var grundige i arbejdet med at finde ud af, hvad han havde brug for. De benyttede deres forhåndsviden fra Informant A's journal, men dertil snakkede de også meget med ham og også hans sønner om, hvordan

han havde fungeret, før Udgående Akutafdeling trådte til. Det havde han det rigtig godt med, og det medførte, at han følte sig tryg:

> *"De vidste selvfølgelig fra papirerne fra sygehuset, hvad jeg fejlede, men de greb det så professionelt an altså. Jeg var fuldstændig i trygge hænder og havde det rigtig godt med, at de kom [...]. De vidste, hvad de havde med at gøre. Det var både fagligt og menneskeligt, de var meget opmærksomme på, at det var mig, der var i centrum, og det følte jeg mig godt tilpas med."* (Informant A)

Informant A's udtalelse er et eksempel på, hvordan borgerens oplevelse af kvalitet kan adskille sig fra en mere faglig vurderet kvalitet. Udgående Akutafdeling kunne have behandlet ham ud fra de kliniske symptomer, der stod i journalen, men for ham var udredningen god, fordi de var meget opmærksomme på at få ham i centrum og med på råd.

Informant A og de andre interviewede informanter vægtede samtalen som et betydningsfuldt redskab til at finde ud af, hvad der var i vejen med dem: *"Ja, for det første snakkede de med mig [...] det synes jeg også var dejligt.*" (Informant B). *"Altså for mig betød det utroligt meget, at der var nogen, der gad at høre på mig og snakke med mig. [...] Lige pludselig kommer der et par mennesker ind i ens stue, som har tid!"* (Informant C). Disse udtalelser er sammenfaldende med fund fra Socialforskningsinstituttet og Ældre Sagens studier (10;11), som lægger vægt på, at der anlægges et helhedsperspektiv med udgangspunkt i den ældres egne behov og oplevelse af situationen, jf. afsnit 3.4.1.

4.4.2 Oplevelsen af individualitet og fleksibilitet i Udgående Akutafdelings ydelser

Med begreberne individualitet og fleksibilitet lægges der fokus på, om borgerne følte, at medarbejderne i Udgående Akutafdeling havde tid til at tale med dem, og om de følte, de havde indflydelse på beslutninger omkring deres behandling, herunder om de syntes, der blev iværksat unødvendige tiltag.

I spørgeskemaet blev de 22 informanter spurgt, om de mente, at Udgående Akutafdeling tog sig tid til at snakke med dem om, hvordan de syntes, de havde det (spørgsmål 3). Langt størstedelen af de 22 informanter oplevede, at Udgående Akutafdeling tog sig god tid, idet 18 svarede "ja", to "nej" og to "ved ikke" (jf. Tabel 4.15, s. 90).

Blandt de fem interviewede borgere, syntes alle, at Udgående Akutafdeling tog sig tid til at snakke. Samtale var faktisk ikke bare en del af behandlingen, men ligefrem den væsentligste del af behandlingen for informant E og C. Informant E havde brug for at få noget støtte til at magte sin syge kone foruden at mestre hans egen behandling, som han fysisk havde styr på, men svært ved at overskue mentalt. Han syntes, det var dejligt, at Udgående Akutafdeling kunne snakke med ham om, hvad der var vigtigt at få bedre styr på, og kunne hjælpe ham med koordinering af hverdagen, så der kom ro på situationen.

Ifølge informant C fik han også lige det, han havde brug for, gennem samtale. Før han kom i et forløb i Udgående Akutafdeling, blev han indlagt, fordi lægen troede, han havde en blodprop, men egentlig havde han en mental nedtur. Om vigtigheden af snakken

med Udgående Akutafdeling sagde han: *"Ja, og det [snakken, red.] var meget vigtigt – meget forebyggende. Der var tid, og det har de andre jo ikke*." De andre faggrupper, fx lægen, klarer det med medicin og piller, D-vitamin og opretning af saltbalance, mente han. Han gav udtryk for, at Udgående Akutafdeling var velkvalificeret til samtale, havde overskud og vidste, hvad der skulle til for at hjælpe. Han brugte udtryk som "*personligt nærvær*", "*mennesket frem for robotten"* og *"at gi' noget af sig selv"* til at beskrive kvaliteterne i de samtaler, han havde med Udgående Akutafdeling.

Informant B gav ligeledes udtryk for, at Udgående Akutafdeling til forskel fra andre grupper havde bedre tid til at snakke og lytte, og Informant A fortalte, at "snakken" var vigtig, fordi Udgående Akutafdeling igennem snakken spurgte ind til hans hverdag og daglige gebærden. Det betød, at han følte sig godt tilpas og *"fik lov til at bestemme slagets gang*."

Samstemmende med undersøgelsen fra Socialforskningsinstituttet (10), jf. afsnit 3.4.1., viste samtale sig således at være vigtig for ældres oplevelse af kvalitet, bl.a. fordi borgerne følte, at medarbejderne lyttede til dem og tilgodeså det, de hørte, i tilgangen til borgernes problematikker.

På spørgsmålet om egen indflydelse: "*Synes du selv, at du i forløbet har haft passende indflydelse på, hvilken form for hjælp du har brug for?"* (spørgsmål 4) – svarede størstedelen af de 22 informanter igen positivt: 18 svarede "ja" og én "nej", mens tre svarede "ved ikke" (jf. Tabel 4.15, s. 90).

Hovedparten af de interviewede informanter uddybede, at de følte, at de havde indflydelse på deres behandling i den grad, de ønskede det. For nogle betød det en meget høj grad af kontrol, mens det for andre var rart, at der var nogle, der tog over og bestemte, hvad der skulle ske. *"Ja... jeg kunne få lov til at bestemme, ligesom jeg plejer... Det er ikke nemt at være alene i over 30 år, uden man har en vilje,*" fortalte informant C. Informant A syntes, der var en god 'pingpong' mellem Udgående Akutafdelings sundhedsfaglige vurdering og hans egen holdning, og da han, som han sagde, var en mand, der havde været vant til at tage beslutninger både for sig selv og andre mennesker, var det vigtig for ham at blive taget med på råd. Det syntes han, at han blev – hverken for lidt eller for meget. At Udgående Akutafdeling inddrog borgeren, var ifølge informant A tillidsskabende, og for ham var tillid helt essentielt for, at tingene går godt, og man bliver positiv. Han fortalte endvidere, at de tiltag, der blev sat i gang, var ud fra en afvejning af hans egne ønsker og Udgående Akutafdelings ønsker. Han følte, han blev taget med på råd i det hele, men at de også havde deres dagsorden. Denne dagsorden var ikke hemmelig, og de snakkede åbent om den og gav ham nogle "input", og så kunne han fortælle, hvordan han havde det med det. Han syntes, denne konstellation fungerede *"fuldstændig fremragende"*.

Informant D udtrykte, at hun set i bakspejlet havde brug for 'at blive skubbet til', og det var netop den hjælp, hun syntes, hun fik. Hun vidste ikke selv, hvad hun havde brug dengang, men hun havde det godt med behandlingen og tillid til det, Udgående Akutafdeling gjorde. *"[De] gik tur med mig i haven, fordi de synes, jeg skulle ud og have frisk luft. Jeg måtte ikke sidde her hele tiden (...). De kunne jo se, at det var det, jeg trængte til.*"

I de tidligere omtalte undersøgelser, jf. afsnit 3.4.1, har medbestemmelse vist sig at være en del af oplevelsen af, at der tages udgangspunkt i borgerens behov. Men borgeren kan også være for syg eller afkræftet til selv at overkomme at tage beslutninger (11;12).

Informant C's udsagn vidnede ikke om samme grad af afklaring og tydelighed om medinddragelse i beslutninger. C svarede følgende på spørgsmålet om, hvorvidt Udgående Akutafdeling tog udgangspunkt i det, han selv syntes var problemet:

> *"Nej... men ja... Det ved jeg ikke... For jo... behovet var der jo... Behovet var der jo for, at der kom nogen her og tog lidt omsorg... Og jeg kunne da mærke – med det jeg kendte til systemet – at de her var kvalificerede."* (Informant C)

Informant C var måske nok uafklaret i forhold til sit eget behov og sin oplevelse af medindflydelse, men hans oplevelser har i sidste ende givet sig udtryk i tillid til, at Udgående Akutafdeling var velkvalificeret til opgaven. Tillid har i undersøgelserne fra Socialforskningsinstituttet og Ældre Sagen (10;11) vist sig at være en vigtig forudsætning for, at ældre borgere er trygge ved at afgive noget af deres beslutnings- og handlingskontrol i en behandlingssituation.

I spørgeskemaet blev de 22 informanter også spurgt, om de *"oplevede, at Udgående Akutafdeling, det vil sige de tyrkis-blå piger, satte ting i gang, som du selv syntes var unødvendige?"* (spørgsmål 5). Unødvendige betød i denne sammenhæng, at det var unødvendige tiltag set fra borgerens perspektiv, men ikke nødvendigvis ud fra et fagligt perspektiv. Et eksempel kunne være, hvis Udgående Akutafdeling havde iværksat en indsats ud fra en rent faglig vurdering, som borgeren imidlertid ikke selv var (blevet) overbevist om var nødvendig eller ikke havde første prioritet. Stort set alle informanter var enige i oplevelsen af, at Udgående Akutafdeling ikke iværksatte unødvendige interventioner, idet 21 svarede "*nej*" og kun én "*ja"* til dette spørgsmål (jf. Tabel 4.15, s. 90).

De interviewede informanter havde få uddybende kommentarer. Informant B syntes ikke, der blev sat unødvendige tiltag i gang, hvilket beroede på Udgående Akutafdelings kompetence: *"Nej, bestemt ikke, det var mennesker, der kunne tænke selv.*" Informant C gav blot udtryk for, at han godt kunne have brugt Udgående Akutafdeling i længere tid.

4.4.3 Oplevelse af kontinuitet knyttet til Udgående Akutafdelings ydelser

Oplevelsen af kontinuitet har i andre undersøgelser vist sig at være en væsentlig kvalitetsfaktor for ældre. Det drejer sig dels om at sikre, at pleje og behandling holdes så tæt som muligt på borgernes vante rutiner og dermed deres "normale" liv. Dels er det vigtigt for borgernes følelse af at være godt behandlet, at der er overensstemmelse og kontinuitet mellem de forskellige grupper, der tager sig af borgeren. I spørgeskemaet blev de 22 informanter spurgt til kontinuiteten i Udgående Akutafdelings behandling: *"Oplevede du, at medarbejdere fra Udgående Akutafdeling (det vil sige de tyrkis-blå piger) hurtigt tog hensyn til, hvordan du plejede at få tingene gjort?"* (spørgsmål 6). Her udtalte flertallet sig positivt, idet 18 svarede "ja", to "nej" og to "ved ikke" (jf. Tabel 4.15, s. 90).

Informant D fortalte i interviewet, at hun ikke havde tænkt over, om medarbejderne i Udgående Akutafdeling tog hensyn til, hvordan hun plejede at få tingene gjort. På et opfølgende spørgsmål om den konkrete behandling og pleje hun havde fået, syntes hun dog, de tog hensyn, fx ved at spørge ind til, hvordan hun plejede at få vasket hår. Informant A syntes, Udgående Akutafdeling spurgte meget ind til, hvordan han "*normalt gebærdede*" sig.

I spørgeskemaet blev de 22 informanter også spurgt til deres oplevelse af sammenhæng mellem Udgående Akutafdeling og andre grupper såsom hjemmeplejen: *"Synes du selv, at den information og vejledning, du fik fra Udgående Akutafdeling, var i overensstemmelse med den information og vejledning, du får fra de andre sundhedsfolk, der kommer hos dig?"* (spørgsmål 7). Til dette spørgsmål svarede 12 "ja", det vil sige lidt over halvdelen af de 22 informanter, synes der var sammenhæng mellem den vejledning de fik fra Udgående Akutafdeling og andre grupper. To svarede "nej" og i alt syv svarede "ved ikke" (jf. Tabel 4.15, s. 90). Set i lyset af svarene på de øvrige spørgsmål i undersøgelsen, var det en forholdsvis stor del, der svarede "ved ikke" til dette spørgsmål. Det formodes, at nogle af "ved ikke"-svarene dækker over, at ikke alle informanterne har fået hjælp fra andre sundhedsfolk, og spørgsmålet har derfor ikke været relevant for dem. Dette udledes af næste spørgsmål, hvor de 22 informanter blev spurgt, om de oplevede, at de ting, Udgående Akutafdeling satte i gang, blev fulgt op af hjemmeplejen, efter at Udgående Akutafdeling ikke kom hos dem længere (spørgsmål 8). Flertallet udtalte sig positivt herom, idet 13 svarede "ja", to "nej" og to "ved ikke" (jf. Tabel 4.15, s. 90). Informanterne havde også mulighed for at svare, at spørgsmålet ikke var aktuelt for dem, hvilket var tilfældet for fire informanter. Tre af de fire informanter, der svarede "ikke aktuelt" til dette spørgsmål, svarede "ved ikke" til det ovennævnte spørgsmål om information og vejledning.

Det var heller ikke alle af de fem interviewede informanter, der fik hjælp fra andre professionelle sundhedsgrupper. Efter forløbet i Udgående Akutafdeling klarede ægteparret (Informant D og E) sig selv, men ønskede dog en lettere hverdag og fik derfor privat rengøringshjælp hver anden uge. Som den eneste af de interviewede informanter, modtog informant B kommunal hjælp allerede ved opstart i Udgående Akutafdeling. For informant B drejede spørgsmålet om sammenhæng sig ikke så meget om sammenhængen i de konkrete interventioner, men mere om 'tonen' i hendes interaktioner med henholdsvis hjemmehjælp og Udgående Akutafdeling. Informant B følte ikke, at hjemmehjælpen imødegik hendes behov på samme måde som Udgående Akutafdeling. Om Udgående Akutafdeling sagde hun, at de lyttede til hende, modsat hjemmehjælpen, hvor hun måtte *"ta' det ligesom det var."* Hun følte fx ikke, at hjemmehjælpen gjorde, som hun sagde, de skulle.

Informant A og informant C påbegyndte kommunal hjælp efter afslutning af forløbet i Udgående Akutafdeling. Informant A syntes, der var kontinuitet imellem forløbet i Udgående Akutafdeling og den efterfølgende hjælp. Han syntes, at Udgående Akutafdelings mål og handlinger blev videreført af de medarbejdere, der kom hos ham efterfølgende: *"Drejebogen, den er lavet rigtigt."* Informant A gav udtryk for, at det havde stor betydning, at der var "fælles målsætning" i den kommunale indsats, da det skabte tillid og positive forventninger:

> *"Det [tillid, red.] gør alt, fordi det er jo klart, når der kommer mange forskellige mennesker fra hjemmeplejen og hjemmehjælpen og en masse forskellige ansigter. Førhen skulle jeg lige se, hvem fanden er nu det, der kommer. Nu, bare jeg ser et glimt af en bil, der står Kolding Kommune på, så farer jeg ud og lukker op, for nu ved jeg, at det er en, der vil hjælpe mig.*" (Informant A)

Informant C skulle efter forløbet i Udgående Akutafdeling have hjælp fra hjemmesygeplejen og hjemmehjælpen til personlig pleje, rengøring og medicindosering. Han havde dog ikke en god oplevelse af kontinuiteten, da hjemmesygeplejersken aldrig kom, og han var ikke tryg ved hjemmehjælperen. Han oplevede en slags omvendt forhold, hvor det var ham, der skulle yde psykisk støtte til hjemmehjælperen, og han frasagde sig derfor hjælpen: *"Det gad jeg ikke. Så ville jeg hellere tage noget længere tid om mit bad"*. Det, der havde størst betydning for informant C, var dog, at de støttende samtaler med Udgående Akutafdeling var ophørt. Dem ville han gerne, at der var blevet fulgt op på:

> *"Der er for mange, der får lov at gå alene, uden at der er nogen, der siger, 'sørg nu for at... få spist noget og drukket noget!' Og det er det, der er galt, fordi på den måde får vi jo alt for mange tilfælde, som går ned med flaget... i stedet for at forebygge.*" (Informant C)

Informant A oplevede således, at den efterfølgende hjælp tog udgangspunkt i hans behovssituation, mens billedet var mere tvetydigt for informant B og informant C – hvilket havde konsekvenser for graden af tillid til de forskellige behandlergrupper. Som besvarelserne på spørgeskemaet indikerede, formåede Udgående Akutafdeling dog generelt at tage udgangspunkt i borgernes behovssituation i langt de fleste af de 22 tilfælde.

4.4.4 Betydningen af at være i eget hjem under en akutperiode

En af Udgående Akutafdelings kerneydelser har været, at behandlingen foregik i borgerens eget hjem. Betydningen af at være i eget hjem under et akut forløb blev derfor undersøgt i evalueringen, herunder hvilken værdi borgerne tillagde det at kunne bevare deres daglige rytme og vante omgivelser, og om de forbandt hjemmet med tryghed.

I spørgeskemaet blev de 22 informanter spurgt om følgende: "*Synes du selv, det har været en fordel, at du har kunnet blive i dit eget hjem i denne periode?"* (spørgsmål 9). Langt hovedparten af informanterne anså det for at være en fordel at blive i eget hjem under en akut periode, idet 19 informanter svarede "ja" og tre "nej" til dette spørgsmål (jf. Tabel 4.15, s. 90).

De fem interviewede informanter syntes også, det var en fordel at blive i eget hjem under en akutperiode. For nogle hang det sammen med, at de havde boet i deres hjem i mange år og ønskede at være i vante omgivelser inden for husets rammer: "*Så ved jeg lige, hvor det er det hele,*" sagde informant A. Andre nævnte det sociale liv og støtte i nærmiljøet som vigtige positive faktorer ved det at kunne blive hjemme under en akutperiode. Fx syntes ægteparret (Informant D og E), at det at forblive i eget hjem var vigtigt, ikke mindst på grund af muligheden for at opretholde samvær med naboerne, men også fordi det gav dem mulighed for at deltage i deres vante sociale aktiviteter,

såsom 'Oldekolde-klubben', hvor de mødtes med venner og bekendte. Denne kontaktflade mente informanterne ikke, de ville have mulighed for at bevare, hvis de ikke var i eget hjem. For andre var det ikke blot de nuværende sociale relationer, som talte, men også den forbindelse til eller minde om fx afdøde ægtefæller, som omgivelserne kan udgøre. For informant C var det således betydningsfuldt at blive i eget hjem, fordi han havde boet der med sin nu afdøde hustru, og han syntes stadig, minderne var i huset.

Spurgt ind til, om de 22 informanter syntes, at det at blive i eget hjem havde givet dem mulighed for at bevare deres daglige rytme (spørgsmål 10), svarede det store flertal "ja", i alt 18, mens tre svarede "nej" og en enkelt "ved ikke" (jf. Tabel 4.15, s. 90).

For én af de fem interviewede informanter, var det godt at have den daglige rytme i hjemmet, fordi han følte, at han her havde mere medbestemmelse. Ifølge informant A betød det meget at blive i hjemmet i forhold til at bevare sin daglige rytme: "*Det tålte ingen sammenligning.*" Han uddybede, at for ham var det vigtigt, at han selv kunne styre sin rytme – hvornår han ville spise, hvornår han ville have tøj på osv. Denne rytme var indlevet og fungerede godt for ham, og det var en rytme, han ikke mente, man havde mulighed for at bevare, hvis han var indlagt, "*for så er der andre, der styrer ens rytme.*" Han forklarede yderligere, at det med at styre sin egen rytme for ham hang sammen med en følelse snarere end noget reelt fysisk og praktisk, som ikke ville fungere, hvis han var hjemmefra: "*Det er bare sådan oppe i hovedet, hvordan går det nu med mine blomster, og hvordan går det nu med det og det…*"

For nogle var det ikke en ubetinget fordel at kunne blive hjemme, fx hvis deres daglige rytme var uhensigtsmæssig, og de havde brug for (nye) strukturer til at ændre de usunde vaner. Dette gjaldt for informant C, som udtalte sig mere generelt om rytme i eget hjem, end han specifikt forholdt sig til sit forløb med Udgående Akutafdeling. Han så det både som en fordel at kunne blive hjemme, men samtidig var det også en "hæmsko" at bevare sin daglige rytme. Han oplevede det som en fordel at kunne gøre, hvad han ville, men samtidig var han bevidst om, at han havde brug for støtte og motivation til at klare de daglige aktiviteter pga. hans tendens til nedtrykthed. Han savnede sin daglige rytme fra dengang, hans hustru levede, hvor hverdagen var mere struktureret: "*Tingene kan dog tage længere tid, når man går alene i sit eget hjem, da man ikke har noget at stå op efter og kan tage sig lang tid over sin morgenmad og avis.*" Han fulgte dog meget med i, hvad der skete omkring ham, og han havde et godt netværk og ønskede derfor at blive i eget hjem trods ulemperne.

De ovenstående udtalelser om betydningen af at bevare sin daglige rytme viser, hvordan Udgående Akutafdeling skulle tilpasse sig og balancere indsatsen i behandlingen til den enkelte borger, fx ved at lade nogle borgere bevare deres daglige rytme, mens andre skulle hjælpes ud af den. For informant A var det netop godt, at han kunne bevare sin egen rytme, hvilket han magtede at opretholde selv, mens fx informant C gerne ville have støtte til at vedligeholde sin daglige rytme. I et tidligere afsnit, fortalte informant D også, hvordan Udgående Akutafdeling gav hende et tiltrængt skub ud af den daglige rytme, ved at få hende ud at gå nogle ture i haven.

I spørgeskemaundersøgelsen blev de 22 informanter også spurgt, om det at forblive i eget hjem under en akutperiode var forbundet med større tryghed (spørgsmål 11).

Langt de fleste informanter bekræftede, at de forbandt deres eget hjem med tryghed, idet 18 svarede ”ja”, mens fire svarede ”nej” (jf. Tabel 4.15, s. 90).

De fem interviewede informanter forbandt også hjemmet med tryghed, og adspurgt om, hvad der gjorde det trygt, faldt svarene inden for temaer, som allerede er berørt ovenfor, fx det sociale netværk, vante omgivelser og for informant C minderne om hans afdøde hustru. Trygheden ved at blive i eget hjem var flerdimensionel og individuel og desuden ikke altid let at beskrive præcist for alle informanter.

Informant A fandt tryghed i hjemmet ved at have alle de vante ting og mennesker omkring sig og det faktum, at han her kunne bevare sin vante rytme. Det var alt sammen faktorer, han ikke syntes, han rent fysisk behøvede, men som gjorde, at tingene skete efter hans eget hoved og medførte, at han følte sig mere tilfreds.

For informant C lå trygheden i, at han følte, at hans afdøde kone var lidt i huset. Dertil kunne han fortsat være tæt på sine naboer. At tryghed handlede om at være sammen med nogle, man kendte, var også betydningsfuldt for ægteparret D og E. For dem handlede tryghed mere om at kunne blive sammen, hvilket forløbet i eget hjem gav mulighed for: *”Jamen, så længe vi er to – det gør meget. Så er vi i hvert fald trygge.*”

Nogle af informanterne gav udtryk for, at der både var tryghed, men også utryghed forbundet med at være i eget hjem. Det kunne fx hænge sammen med, at hjemmet også var en del af årsagen til den akutte situation. Informant A fortalte, at han var bange for at falde i eget hjem, hvilket var sket, da han blev indlagt lige før hjælpen fra Udgående Akutafdeling. Han håndterede dog sin utryghed ved, at en nabo hentede brænde i brændeskuret i den tid, hvor det var glat, og han havde fået en stok. Stokken sammen med en mobil i lommen gjorde, at han følte sig tryg og bestemt ikke ønskede at forlade hjemmet.

Informant B syntes, det var overvejende trygt at være hjemme, men kunne ikke nødvendigvis sætte fingeren på grunden. *”Se udsigten,*” påpegede hun blot. Hun var dog blevet utryg ved at gå på WC, som lå i husets kælder. Igen skal dette formentlig ses i sammenhæng med, at hun kom i kontakt med Udgående Akutafdeling netop efter et fald i hjemmet.

At komme væk fra eget hjem kan også være forbundet med en frygt for ikke at komme hjem igen. Til spørgsmålet om betydning af at være i eget hjem fortalte informant B om sin nabokone, der blev indlagt dagen før hende selv. Naboen kom på sygehuset med brækket arm, men kom efterfølgende direkte på plejehjem frem for at komme hjem igen. Informant B syntes ellers ikke, nabokonen fejlede noget før, men nu er hun ”helt mærkelig oven i hovedet”. Informant B sagde dog efterfølgende, at det egentlig ikke var noget, hun var meget nervøs for i forhold til eventuelt at skulle hjemmefra i et akut forløb.

Alt i alt oplevede borgerne det overvejende som en fordel at blive i eget hjem under en akutperiode. Blandt årsagerne var følelsen af tryghed og muligheden for at bevare den daglige rytme, hvilket er i tråd med, hvad andre undersøgelser har påpeget (14;15). Interviewundersøgelsen finder dog også, at hjemmet kan være forbundet med en vis utryghed for borgerne, hvis den akutte situation var forbundet med forhold i hjemmet.

Afslutningsvis i spørgeskemaundersøgelsen blev de 22 informanter spurgt, om de ville foretrække at få hjælp i eget hjem fra Udgående Akutafdeling, eller om de hellere ville hjemmefra, hvis de fik et lignende problem en anden gang. I tråd med den positive respons fra de øvrige spørgsmål, svarede flertallet, at de ville foretrække hjælp fra Udgående Akutafdeling i eget hjem – 18 svarede "ja" og tre "nej" (jf. Tabel 4.16).

Tabel 4.16 Borgernes svar på spørgsmål 12: "Hvis du får et lignende problem en anden gang, vil du så foretrække at få hjælp i dit hjem fra Udgående Akutafdeling igen, eller vil du foretrække at komme hjemmefra?" (n=22).

	Antal
Hjælp i dit hjem fra Udgående Akutafdeling	18
At komme hjemmefra	3
Ved ikke	0
Ikke besvaret	1
I alt	22

Informanterne fik i spørgeskemaet afslutningsvis mulighed for at knytte en kommentar til den hjælp, de havde fået fra Udgående Akutafdeling. Mange havde noget at sige, og svarene var alle positive. Borgerne følte sig tilfredse og syntes, det havde været en positiv oplevelse: *"De gjorde mig så glad, da de sagde, at jeg måtte blive i eget hjem. Det har været en positiv oplevelse.*"

5. Diskussion

I dette kapitel diskuterer vi dels validitet af data fra de enkelte dele af evalueringen, dels mulige fortolkninger af resultaterne fra foregående kapitel. Sammen med resultat-kapitlet danner diskussionen fundament for den samlede konklusion, som kan læses i kapitel 6.

5.1 Diskussion vedrørende teknologi og økonomi

Hvor valid teknologi- og økonomidelen af evalueringen kan anses for at være, afhænger af de data, som indgår i analysen. I de efterfølgende afsnit følger en diskussion af nogle af de vigtigste data og forhold, som kan have øvet indflydelse på analysens resultater.

5.1.1 Det øgede antal akutte, medicinske indlæggelser

Evalueringen har vist, at antallet af akutte indlæggelser og de forbundne omkostninger herved er steget mere i Kolding Kommune end i de øvrige fire kommuner. I dette afsnit diskuterer vi baggrunden herfor.

I Danmark er der en lang tradition for brug af Landspatientregisteret og udtræk via eSundhed. Vi vurderer, at Landpatientregisteret og udtrækket via eSundhed er troværdige i forhold til denne evaluerings brug, idet vi ikke anser det for sandsynligt, at der forekommer en systematisk fejl i forhold til de registrerede antal indlæggelser og den kommunale medfinansiering i en af de fem kommuner.

Vi har i denne evaluering valgt at fokusere på specifikt udvalgte medicinske diagnoser. Projektkoordinatoren har med sparring fra to overlæger med speciale i geriatri og ansat på Medicinsk afdeling på Kolding Sygehus udvalgt ti sygdomsgrupper med tilhørende diagnoser og ICD-10-koder i forventning om, at interventionen 'Udgående Akutafdeling' ville kunne reducere antallet af akutte indlæggelser inden for netop disse diagnoser. Alle indlæggelser med de udvalgte diagnoser indgår i evalueringen, uanset hvilken afdeling borgerne har været akut indlagt på. Det betyder, at en eventuel forskellig praksis, med hensyn til hvilke afdelinger borgerne indlægges på, ikke har betydning, når antallet af indlæggelser og den kommunale medfinansiering skal sammenlignes over tid og mellem kommuner.

Det er derimod relevant at diskutere betydningen af afgrænsningen af diagnoser og dermed ICD-10-koder. Idet sammenligningen af antal indlæggelser henholdsvis den kommunale medfinansiering heraf er baseret på procentvise ændringer fra 2007 til 2009 *(relativ ændring)* har afgrænsningen af diagnoser ingen betydning for sammenligningen med de øvrige fire kommuner. Afgrænsningen af diagnoser har alene betydning for Kolding Kommune i forhold til størrelsesordenen af den relative ændring fra 2007 til 2009. Hvis man fx forestiller sig, at diagnoserne er udvalgt skævt i forhold til det område af problemer, som akut hjælp i eget hjem reelt har målrettet sin indsats mod, kan det være svært at opnå en reduktion på fx 10 % på 'antallet af de specifikke, akutte indlæggelser for borgere i Kolding Kommune'. Det har derimod ingen betydning for

denne undersøgelse, hvis lægerne på sygehusene tildeler patienter fra Fredericia, Vejle, Haderslev og Vejen Kommuner andre diagnosekoder end lægerne på Kolding Sygehus. I givet fald vil niveauet for akutte indlæggelser med de specifikt udvalgte diagnoser blot være lavere *(vedrører absolut ændring).* Det har ligeledes heller ingen betydning for dette projekts resultater (*den relative ændring*), at der formentlig er forskellige socio-økonomiske forhold i de fem kommuner.

Hvorvidt afgræsningen har været skæv i forhold til indsatsen, kan ikke afgøres. Det bør dog bemærkes, at udviklingen i antallet af akut indlæggelse for især de ældre borgere med KOL (70+-årige) er faldet i Kolding Kommune, dog uden at det kan opveje stigningerne for de andre diagnoser. Adspurgt om en mulig forklaring på dette fald i antallet af indlæggelser for KOL kan sundhedschefen i Kolding Kommune ikke umiddelbart give en forklaring. Selvom Kolding Kommune siden 2007 har haft et særligt tilbud om vedligeholdende træning for borgere med moderat og svær KOL[41], kan dette næppe forklare faldet i antallet af indlæggelser, idet deltagerne i 2009 nemlig tilhørte en yngre aldersgruppe (29-57 år).

Mulige forklaringer af resultaterne

En af forklaringerne på, at antallet af akutte indlæggelser med de specifikt udvalgte diagnoser er steget forholdsvis mere i Kolding Kommune end i Vejle, Haderslev og Vejen Kommuner, kan muligvis være, at alene det at øge opmærksomheden på en gruppe af borgere – i dette projekt de der får akut hjælp i eget hjem – kan føre til et øget brug af ressourcer i dette tilfælde til akut indlæggelse. Denne tese har vi imidlertid ikke mulighed for at verificere.

Vi kan imidlertid konstatere, at der for Kolding Kommune generelt har været en stigning fra 2007 til 2009 i det samlede antal akutte indlæggelser på sygehus, som er væsentligt større end for de øvrige fire kommuner – men i samme størrelsesorden som for de specifikt udvalgte diagnoser (Bilag 10).

Vi har, efter analysens resultater forelå, haft kontakt til personer med viden på området i forhold til at kunne give en mulig forklaring på udviklingen af den akutte aktivitet. Vicekontorchefen, planlægningsafdelingen på Kolding Sygehus oplyser:

> *"at den generelle stigning i den akutte aktivitet i Sygehus Lillebælt i perioden (2007-2009) – dog primært fra Kolding og Vejle Kommuner og knap så udpræget fra Fredericia og Middelfart Kommuner (efter der blev taget højde for strukturændringer omkring Middelfart Sygehus' overgang til Sygehus Lillebælt) – er blevet drøftet i 'Det Lokale Samordningsforum – Sygehus Lillebælt' og en underarbejdsgruppe 'Sund Økonomi'. Konklusionen blev, at det var vanskeligt at pege på nogen entydig forklaring."*

Sundhedschefen i Kolding Kommune er enig med udvalgene og vicekontorchefen på Kolding Sygehus i: *"at udviklingen nok skal henføres til flere forskellige faktorer – herunder:*

[41] http://www.kolding.dk/data/0058221.asp?sid=58213&uid=58220.

1. *En omlægning af vagtlægeordningen medio 2007, hvor der skete en markant udvikling i antallet af vagtlæge-konsultationer til borgere i kommunerne Fredericia, Kolding og Vejle fra fynske læger, som antages at have knap så stort kendskab til diverse lokale tilbud/forhold.*
2. *Oprettelsen af akut-modtager-afsnittet (AMA) i Kolding august 2008, som formodes at være blevet taget imod som et "godt tilbud" af de praktiserende læger, hvorfor det kan være blevet betragtet som en mulighed for at få patienterne hurtigere udredt på sygehuset.*
3. *Region Midtjyllands hjemtagning af egne patienter antages at have frigjort kapacitet i Sygehus Lillebælt, som så er udnyttet – ikke kun til flere patienter fra vest og syd (Billund, Vejen og Haderslev), men også til et højere serviceniveau til lokalområdet i Sygehus Lillebælts optageområde.*
4. *Generel udvikling med flere ældre* [red. i den opgørelse der er foretaget for Sygehus Lillebælt er der ikke standardiseret efter alder og indbyggertal]. *"*

Ældrechefen i Vejen Kommune og en specialkonsulent i Haderslev Kommune har ingen forklaringer på, at antallet af akutte, medicinske indlæggelser for ældre borgere har været lavere i Vejen henholdsvis Haderslev Kommuner sammenlignet med Kolding Kommune. Der har ikke været igangsat projekter i de to kommuner med henblik på specifikt at nedbringe antallet af akutte indlæggelser for kommunens ældre borgere. Adspurgt om forhold, der eventuelt kan have medvirket til, at Vejen Kommune ikke har haft den samme stigning i antallet af akutte indlæggelser med de udvalgte diagnoser, som den der ses i Kolding og Fredericia Kommuner, oplyser ældrechefen i Vejen Kommune, at der måske kan være flere ting, som har medvirket hertil: Hjemmeplejens visitation til pleje, omsorg og praktisk hjælp er meget velfungerende i Vejen Kommune. Herudover er normeringen af hjemmesygeplejersker højere end i den øvrige del af Region Syddanmark og på landsplan, dog er udgifterne til pleje og hjælpemidler mindre end i den øvrige del af Region Syddanmark og på landsplan. Derudover satser man i hjemmeplejen i Vejen Kommune på uddannelse og videreuddannelse samtidig med, at man i vid udstrækning søger at decentralisere ansvaret.

En mulig medvirkende forklaring for Haderslev Kommune kan ifølge specialkonsulenten i Haderslev Kommune være, at et kompetenceudviklingsforløb, som var målrettet tidlig opsporing af borgere med diabetes, kan have haft en afsmittende effekt på tilgangen til de øvrige ældre borgere. Han kan dog ikke garantere, at det kan forklare udviklingen fuldstændig. Kompetenceudviklingsforløbet blev gennemført i 2006 med alle ansatte i hjemmeplejen i Haderslev Kommune. I 2007 blev der gennemført et tilsvarende forløb i en lidt lettere udgave for personalet i de to kommuner Vojens og Gram, som i forbindelse med kommunalreformen blev en del af Haderslev kommune.

Store forventninger til effekten af en udgående akutafdeling

Der er altså ikke enkle og entydige forklaringer på, hvorfor der har været en større stigning i antallet af akutte indlæggelser med specifikke, medicinske diagnoser for borgere fra Kolding Kommune end den, der ses i de fire omkringliggende kommuner Frede-

ricia, Vejle, Haderslev og Vejen. Samtidig må vi erkende, at der ikke er viden om, hvordan udviklingen ville have været i Kolding Kommune uden den udgående akutafdeling.

Initiativtagernes forventning om, at tilbuddet om akut hjælp i eget hjem skulle have effekt på antallet af akutte indlæggelser med specifikke, medicinske diagnoser allerede efter et år med fuld implementering, har været meget ambitiøs og måske urealistisk. For det første var målgruppen fortrinsvis svage, ældre borgere i Kolding Kommune med et akut behov for intensiv og fleksibel pleje, omsorg og behandling, som ikke krævede sygehusindlæggelse. De har altså ikke været indlæggelsestruede. Det er derfor ikke umiddelbart nærliggende, at akut hjælp i eget hjem kan forebygge en akut indlæggelse på sygehus på kort sigt. Om det er muligt på længere sigt, har vi ingen viden om.

At det i det hele taget er svært at substituere regionale indsatser med kommunale indsatser, fremgår af Kjeld Møller Pedersens gennemgang og sammenfatning af den videnskabelige litteratur på området. Han finder således, at der kun på få områder er overbevisende belæg for, at en kommunal indsats vil være effektiv i den betydning, at den kan substituere en regional indsats. Samtidig fremhæver han, at forskningen på området ikke er omfattende og heller ikke definitiv på ret mange områder, hvorfor ethvert initiativ bør evalueres videnskabeligt fra begyndelsen af for at skabe en kumulativ vidensbasis (17).

5.1.2 Øgede omkostninger ved akutophold og akut hjælp i eget hjem

Det skal bemærkes, at opgørelsen af omkostninger ved akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter henholdsvis ved akut hjælp i eget hjem er baseret på de data, der har været tilgængelige fra årsregnskaber og mere specifikke oplysninger om løn for 2007 og 2009. Det betyder, at omkostningsopgørelsen ikke fuldt ud kan tages til indtægt for, hvad omkostningerne vil beløbe sig til ved en eventuel implementering af en tilsvarende Udgående Akutafdeling i en anden kommune. Omkostninger, der vedrører 2008, hvor medarbejder i Udgående Akutafdeling blev ansat, og hvor procedurer og arbejdsgange blev indkørt, indgår ikke i omkostningsopgørelsen. Hensigten med evalueringen af projektet var nemlig at sammenligne omkostninger inden projektstart (2007) med driftsomkostningerne i 2009, hvor Udgående Akutafdeling var blevet indkørt.

Dernæst skal det bemærkes, at det har været nødvendigt at bruge en fordelingsnøgle ved beregningen af, hvor stor en andel af de samlede omkostninger ved brugen af 'huset' Låsbyhøj, der har skullet tilskrives akutophold. Ligeledes har der været anvendt en fordelingsnøgle i forhold til omkostningerne ved plejeydelser, idet der er fælles normering for rehabiliterings-/aflastnings- og akutophold. De samme fordelingsnøgler har været brugt i både 2007 og 2009, hvorved betydningen af fordelingsnøglerne er blevet minimeret.

De samlede omkostninger ved den kommunale akuthjælp (akut ophold og akut hjælp i eget hjem) er som tidligere skrevet ikke blevet mindsket. Det kan tilskrives, at omkostninger ved akuthjælp i eget hjem ikke er blevet modsvaret af besparelser i form af fx beskæring af personalenormeringen på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter. Der var initialt en normering på otte årsværk til Udgående Akutafdeling, forbruget i 2009 var imidlertid kun på knap seks årsværk. Til sammenligning var plejenormeringen på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter 29,6 årsværk i 2009 (se afsnit 5.1.3). Det var dog

ikke en forudsætning for indgåelse af dette projekt, at personalenormeringen skulle beskæres ved en eventuel reduktion af akutpladser; de to år (2008 og 2009) blev jf. projektbeskrivelsen anset for forsøgsår.

Her er det væsentligt at bemærke, at samtidig med at der var en væsentlig nedgang i både antallet af akutophold på 72 % og i 'aflastnings- og rehabiliteringsophold' på 33 % [42], så faldt det gennemsnitlige antal dage på akutophold med 27 %, mens det steg med 48 % for rehabiliteringsopholdene[43]. Belægningsprocenten på de 21 rehabiliterings- og/eller aflastningspladser blev således næsten opretholdt, idet den var på 91,5 i 2009 versus 94,4 i 2007. Det betyder, at belægningsprocenten for alle pladser (akutophold og rehabiliterings- og/eller aflastningspladser) kun faldt med 14 procentpoint (fra 87 i 2007 til 73 i 2009). Dette kunne lade sig gøre, fordi personalenormeringen er fælles for såvel rehabilitering, aflastning som akutophold. At antallet af rehabiliteringsophold er faldet samtidig med, at det gennemsnitlige antal dage på rehabiliteringsophold er steget, kan være et udtryk for en form for stærekasseeffekt; hvor et en gang etableret tilbud bliver brugt fuldt ud, uanset at der måske ikke er behov herfor.

Forklaringen på stigningen i det gennemsnitlige antal dage på rehabiliteringsophold er imidlertid ifølge lederen for Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter, at rehabiliterings-opholdene er blevet mere komplekse sammenlignet med 2007:

> *"I forbindelse med kommunesammenlægningen i 2007 flyttede Låsbyhøj og døgn-pladserne fra seniorområdet til sundhedsområdet. Målgruppen for rehabiliterings- og akutpladserne blev i den forbindelse ændret fra at være ældre til nu at skulle omfatte alle voksne borgere med behov for døgndækkende rehabilitering eller akut behov i hele den nye storkommune. Fordelingen af midlertidige pladser i kommunen blev aftalt med seniorområdet. Al planlagt aflastning skulle foregå på lokale plejecentre, mens den komplekse rehabilitering og akutpladserne skulle være samlet på Låsbyhøj. Aflastningsophold var kendetegnet ved, at pårørende skulle aflastes i en afgrænset periode på maksimalt tre uger, og pleje og omsorg skulle foregå med samme ydelse som hjemme. Der var altså ikke tale om en ny indsats. Da aflastnings-pladserne på Låsbyhøj blev lukket midt i 2007, blev alle pladser anvendt til kompleks rehabilitering med et deraf følgende behov for længerevarende ophold."*

5.1.3 Øget plejenormering på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter

I forbindelse med nedlæggelse af aflastningspladserne (2007), regulering af ny arbejdstidsaftale (2008) og optagelse af social- og sundhedsassistentelever og sygeplejestuderende (2008) blev der foretaget en del ændringer i personalesammensætning og normering, som førte til en omlægning af social- og sundhedsassistentstillinger til sygeplejestillinger. Det resulterede i, at den samlede normering i plejeafdelingen på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter steg med 1,4 årsværk fra 28,2 årsværk i 2007 til 29,6

[42] Der var i alt 217 ophold i 2007 (168 rehabiliteringsophold og 49 aflastningsophold) versus 145 rehabiliteringsforløb i 2009. I løbet af 2007 blev aflastningsophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter udfaset og overflyttet til 'Seniorområdet', og pladserne overgik herefter til at være rehabiliteringspladser.

[43] Det gennemsnitlige antal dage på akutophold faldt fra 8,5 i 2007 til 6,2 i 2009, mens det gennemsnitlige antal dage på rehabiliteringsophold steg fra 37,2 i 2007 til 55,2 i 2009. I 2007 varede et aflastningsophold i gennemsnit 41,2 dage.

årsværk i 2009. Hertil kommer, at social- og sundhedsassistenterne i Udgående Akutafdeling skulle hjælpe til på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter, mens sygeplejerskerne skulle hjælpe til i hjemmesygeplejen – i det omfang de havde mulighed for det. Omfanget af det arbejde er ikke kendt.

Hvorvidt opnormeringen af plejepersonale til Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter har betydet en øget plejenormering til borgere på akutophold, eller om den er tilgået borgere på rehabiliterings- og/eller aflastningsophold vides ikke, da der ikke er registreringer heraf.

5.1.4 Registreringer i projektets database

Registreringer af data til projektdatabasen er foretaget af mange personer over en lang periode, men der er løbende blevet fulgt op på registreringspraksis. Inden projektperiodens start blev der udpeget en tovholder blandt medarbejderne i Udgående Akutafdeling, som skulle gennemgå alle registreringsskemaer inden de blev afleveret til indtastning. Såfremt der var uklarheder eller mangelfuld udfyldelse, var det hendes ansvar at få rettet op herpå. Dette er imidlertid ikke sket i alle tilfælde. I 29 tilfælde manglede der registrering af, hvad forløbet med akut hjælp i eget hjem var afsluttet til. Projektkoordinator Donna Lykke Wolff har efter projektets afslutning lavet en opfølgning herpå på basis af notater i kardex. I 13 tilfælde er vurderingen, at borgeren blev afsluttet med en akut indlæggelse på sygehus, for to af disse tilfælde kan der dog være tvivl herom. Vi vurderer på denne baggrund, at den samlede opgørelse for 'afsluttet til' er troværdig.

Øvrige registreringer af mere faktuel karakter (alder, køn, datoer for start og slut af akutophold/akut hjælp i eget hjem) til brug for evalueringen af dette projekt anses for at være pålidelige.

5.2 Diskussion vedrørende organisation

5.2.1 Overvejelser omkring interviewtidspunktet

Interviewene, som den organisatoriske del af evalueringen er baseret på, er i høj grad præget af udsigterne til lukningen af Udgående Akutafdeling og generelle besparelser i kommunen både inden for Sundhedsområdet og Seniordriftsområdet. De interviewede kommunale folk var tydeligvis nedtrykte over de dystre udsigter til nedskæringer, fyringer og deraf følgende omstruktureringer. Det har givet frit løb for frustrationer – særligt hos medarbejderne i Udgående Akutafdeling. De har på interviewtidspunktet været opsagt i deres stillinger, og har således ikke haft noget på spil i forhold til at udtale sig. Deres udtalelser er imidlertid afvejet i forhold til helt faktuelle ting omkring Udgående Akutafdeling, som projektkoordinatoren og ledelsen af Udgående Akutafdeling har oplyst. Alles udtalelser er imidlertid baseret på hukommelse, og oplevelsen af et forløb eller en situation er desuden forskellig fra person til person.

5.2.2 Indførelsen af en nydannelse

Etableringen af Udgående Akutafdeling i Kolding Kommune kan sammenlignes med indførelsen af en nydannelse i en organisation. Inspireret af bl.a. innovationsteori har Anvendt Kommunalforskning (AKF) listet en række centrale organisatoriske forhold

knyttet til nydannelse i en organisation, idet de har undersøgt etableringen af forebyggende og sundhedsfremmende indsatser i tre kommuner. De organisatoriske forhold er:

- Topledelsen i organisationen er involveret og afsætter de nødvendige ressourcer til indførelse af fornyelsen.
- Der samarbejdes på tværs i organisationen om fornyelsen for at undgå konflikter.
- Der udvikles realistiske scenarier for indførelsen af fornyelsen, og der formuleres en (egnet) fremgangsmåde.
- Der udpeges folk i organisationen, der er ansvarlige for indførelsen af fornyelsen.
- Der skal være en engageret person (leder eller medarbejder) til stede, som er ansvarlig for indførelsen.
- Det sikres, at folk i hele organisationen deltager, forpligter og tilslutter sig indførelsen af fornyelsen, samt forstår og anvender denne (18).

Mange af de udfordringer, som der har været i forbindelse med implementeringen af Udgående Akutafdeling knytter sig netop til mange af disse forhold. At indføre en nydannelse i en eksisterende organisation tager tid. Fx kan det være tidskrævende at samarbejde på tværs i organisationen – især når der skal samarbejdes på tværs af to områder (Seniordriftsområdet og Sundhedsområdet), som har meget forskellig kultur, og ikke har en lang tradition for at samarbejde[44].

På øverste ledelsesplan i Senior- og Sundhedsforvaltningen og videre ned i Sundhedsområdet og Seniordriftsområdet har der fra start ikke været fælles fodslag om projekt Udgående Akutafdeling. Det har forplantet sig ned i organisationen, og vanskeliggjort samarbejdet på tværs i organisationen. Hvis der på forvaltningsmæssigt niveau havde været enighed om at arbejde sammen om projekt Udgående Akutafdeling havde konflikterne med fx hjemmesygeplejen måske været knap så omfattende, fordi enigheden – såvel som uenighed – siver ned i organisationen. Når der således indføres nydannelser på tværs af forvaltninger, ligger der et vigtigt stykke arbejde i at forankre ejerskab og skabe forpligtelse både øverst og nederst i organisationen. Her er det vigtig at have øje for, at Senioområdet ikke har primær fokus på sundhedsfremme og forebyggelse, som det er tilfældet i Sundhedsområdet. Derfor skal en vision om forebyggelse eller rehabilitering – som er nogle af de underliggende idéer med Udgående Akutafdeling – sælges til eventuelle andre forvaltninger og indarbejdes som en del af medarbejdernes forståelse af deres opgave (18;19). Det kan virke som en omstændelig proces, men ikke desto mindre vigtig for at opnå succes med en nydannelse som Udgående Akutafdeling.

I forhold til at have en engageret person, som er ansvarlig for fornyelsen, har det været problematisk, at lederne af Udgående Akutafdeling er blevet pålagt ledelsesrollen. De har manglet ejerskab til projektet. Der har været en engageret projektkoordinator, men vedkommende har ikke haft ledelsesmæssige beføjelser og har i længere perioder været væk fra Udgående Akutafdeling pga. uddannelse. Det har gjort nydannelsen sårbar.

[44] Sundhedsområdet blev først oprettet ved Kommunalreformen i 2007.

Lederskab er i det hele taget en vigtig faktor i en fornyelsesproces. AKF-rapporten fremhæver et par væsentlige pointer omkring ledelse og innovation. Bl.a. at der i en fornyelsesproces både er brug for et visionært lederskab og medbestemmelse. *Visionært lederskab* består i en proces, hvor der anvendes forskellige pædagogiske metoder for at opnå en fælles opfattelse af realiteter og for at udvikle en vision, der kan danne fælles afsæt for dem, der skal indføre nydannelsen – et top-down-perspektiv. *Medbestemmelsen* handler om at overdrage en del af ledelsesfunktionen til dem, der skal indføre nydannelsen – et bottom-up-perspektiv. Vægtningen af den ene eller den anden form for lederskab må afhænge af omstændighederne i fornyelsesprocessen (18). Begge ledelsesformer har været i spil i relation til Udgående Akutafdeling. Lederne af Udgående Akutafdeling har imidlertid haft vanskeligt ved at rejse en fælles forståelse og et fælles afsæt for Udgående Akutafdeling, da de selv har haft brug for at finde fælles fodslag og sad placeret i to lejre henholdsvis hjemmesygeplejen og Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter. Medarbejderne efterlyser samtidig en mere dialogbaseret og inddragende ledelsesstil, hvorimod lederne havde forventet en langt mere selvkørende gruppe, der kunne løse udfordringerne på egen hånd. Medarbejderne i Udgående Akutafdeling har tilsyneladende også haft svært ved selvledelse og at takle de mange uklarheder og udfordringer, som følger med en nydannelse. En endegyldig opskrift på, hvordan balancen mellem visionær ledelse og medbestemmelse, findes imidlertid ikke. Men der har tydeligvis været behov for en klarere forventningsafstemning og strategi for, hvordan nydannelsen Udgående Akutafdeling skulle ledes.

5.2.3 Relationen til hjemmesygeplejen – kamp om arbejdsområde

Af de mange forskellige faggrupper, som Udgående Akutafdeling har haft en samarbejdsrelation til, har samarbejdet med hjemmesygeplejen givet anledning til de største udfordringer. Som vi har beskrevet ovenfor, kan dette måske forklares ved den manglende ledelsesmæssige enighed i Senior- og Sundhedsforvaltningen. En lige så vægtig forklaring er, at der i relationen mellem Udgående Akutafdeling og hjemmesygeplejen er foregået en kamp om arbejdsområde. Dette betegner sociologen Andrew Abbott som en kamp om jurisdiktion (20). Abbott mener, at professioner er indbyrdes afhængige af hinanden, og at der konstant foregår kampe om jurisdiktion (arbejdsområde) mellem de involverede aktører. Selvom Abbott hovedsagelig skriver om kampe mellem forskellige professioner som fx læger og sygeplejersker, så understreger han, at jurisdiktion ikke kun foregår i inter-professionelle relationer men også i intra-professionelle relationer – altså mellem segmenter inden for samme faggruppe fx mellem specialister og generalister inden for sygepleje (20: s. 82). Ifølge Abbott er det kontrollen med arbejde, der bringer professionerne – eller segmenter indenfor professioner – i konflikt med hinanden (20: s. 19).

Som det fremgik af resultatkapitlet, har det været som 'at vifte med en rød klud', at Udgående Akutafdeling løste nogle af de opgaver, som hjemmesygeplejen gerne selv ville løfte, men som de ikke havde tid til. I princippet har hjemmesygeplejen og Udgående Akutafdeling haft samme arbejdsområde. Derfor er det ikke overraskende, at der opstår en kontrovers om kontrollen med det arbejdsområde jf. Abbotts begreb om jurisdiktion. Hjemmehjælpen har ikke på samme vis følt sig truet i forhold til deres arbejdsområde, men har set Udgående Akutafdeling som en kærkommen ekspertise i situatio-

ner, som de ikke selv har kunnet magte. Hjemmehjælpen har imidlertid også haft en mangeårig relation til hjemmesygeplejen, hvor kampen om arbejdsområder i et vist omfang formentlig har fundet sted. Den 'magtbalance' har Udgående Akutafdeling ikke rykket ved, og hjemmehjælpen har således ikke på samme vis som hjemmesygeplejen haft brug for at afgrænse eller markere sig i forhold til Udgående Akutafdeling.

5.3 Diskussion vedrørende borgerdelen

5.3.1 Begrænset datagrundlag

Forud for evalueringsperioden forventede vi, at der ville være flere borgere, der kunne deltage i evalueringen, end det viste sig at være tilfældet. 22 borgere er et meget begrænset datamateriale. Det er formentlig også de mest friske blandt borgerne, der har været i et forløb i Udgående Akutafdeling i eget hjem, som har deltaget i evalueringen. De kan have et andet syn på Udgående Akutafdeling end de mindre velfungerende, som ikke er repræsenteret i denne evaluering. Ikke desto mindre giver borgerevalueringen et indblik i, hvad der var vigtigt for de 22 deltagende borgerne i forhold til den hjælp, de fik fra Udgående Akutafdeling.

5.3.2 Besvarelse af spørgeskema ved medarbejder fra Kolding Kommune

Under indsamlingen af spørgeskemabesvarelser, var det en medarbejder fra Kolding Kommune, som tog ud til borgerne og afkrydsede deres besvarelser. At medarbejderen kom fra Kolding Kommune kan have foranlediget, at borgerne ikke har villet svare kritisk på forhold vedrørende Udgående Akutafdeling. Medarbejderen understregede dog over for borgerne, at deres besvarelser var anonyme over for kommunen og dermed også over for medarbejderne i Udgående Akutafdeling.

Det var desuden besluttet, at medarbejderen på forhånd ikke måtte have kendskab til borgerne fx ved at læse borgerens journal. Dette blev dog hurtig ændret, da medarbejderen kom ud i nogle uheldige situationer. Bl.a. var der en borger, der var døende, og det var meget upassende, at denne borger blev kontaktet. Derfor læste den kommunale medarbejder den enkelte borgers journal før hvert besøg. Det kan diskuteres, om dette kendskab har gjort medarbejderen forudindtaget i forhold til svarene i spørgeskemaet. Da det primært var et spørgeskema med lukkede spørgsmål, anses det dog ikke for at have påvirket borgernes besvarelser.

5.3.3 Mestring af den rehabiliterende tilgang?

Selvom det ikke er muligt at sige noget endegyldigt om borgernes oplevelse af kvaliteten af den service, som Udgående Akutafdeling har ydet i eget hjem, så viser evalueringen dog en tendens til, at Udgående Akutafdeling har formået at tage udgangspunkt i den enkelte borgeres aktuelle situation og behov. Det ses bl.a. i flere af besvarelserne i spørgeskemaet (jf. Tabel 4.15, s. 90), hvor størstedelen af de 22 informanter syntes:

- At der var god tid til at snakke om, hvordan de havde det (n=18) (spørgsmål 3)
- At de havde passende indflydelse på, hvilken hjælp de fik (n=18) (spørgsmål 4)
- At der ikke blev sat unødvendige tiltag i gang (n=21) (spørgsmål 5)

- At der blev taget hensyn til, hvordan borgere plejede at få tingene gjort (n=18) (spørgsmål 6).

De fem interview med borgere uddyber denne tendens, idet de fremhæver samtalen som helt central. Det, at der var tid til samtale, og at der blev lyttet til én, var for de dem den væsentligste del af behandlingen. Både i spørgeskemabesvarelserne og i interviewene lægger borgerne også vægt på at kunne forblive i eget hjem, og den mulighed det giver for at kunne bevare sin daglige rytme. Af interviewene fremgik det, at det for nogle borgere var med til at understøtte deres medbestemmelse, mens andre omvendt havde brug for at få brudt eventuelle uhensigtsmæssige rutiner. Disse forskellige behov har medarbejderne i Udgående Akutafdeling tilsyneladende formået at imødekomme hos de fem interviewede borgere.

Selvom medarbejderne i Udgående Akutafdeling måske ikke har følt sig som specialister i geriatri, peger borgernes vurdering af Udgående Akutafdeling på, at medarbejderne har mestret den del af den rehabiliterende tilgang, der handler om at tage udgangspunkt i borgernes livssituation og beslutninger. Rehabilitering defineres som:

> *"... en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgere, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgernes hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats" (16).*

Ud over at tage afsæt i borgernes behov handler rehabilitering også om at foretage en koordineret og sammenhængende indsats. Den indsats, som Udgående Akutafdeling foretager, skal koordineres og hænge sammen med den hjælp, der i øvrigt ydes til borgere både under og efter forløbet i Udgående Akutafdeling. Borgernes vurdering af sammenhæng mellem Udgående Akutafdelings indsat og andre grupper som fx hjemmesygeplejen og hjemmehjælpen er vanskelig at sige noget entydigt om. For det første var det ikke alle informanter i spørgeskemaundersøgelsen og interviewundersøgelsen, der fik hjælp fra andre sundhedspersoner. Af de 17 informanter i spørgeskemaet, der fik hjemmepleje efter forløbet i Udgående Akutafdeling, angav 13, at hjemmeplejen fulgte op på de ting, som Udgående Akutafdeling satte i gang. I interviewene peger oplevelserne med den efterfølgende hjemmehjælp i forskellige retninger – én oplevede fx, at de mål og handlinger, som Udgående Akutafdeling havde sat i værk, blev videreført af hjemmehjælpen. En anden erfarede, at hjemmeplejen ikke kom og frasagde sig hjemmehjælp, fordi han følte sig utryg herved. Hvis borgerne således skal gennemgå en rehabilitering jf. ovenstående definition, er det således ikke tilstrækkeligt, at en enkelt instans som fx Udgående Akutafdeling arbejder ud fra en rehabiliterende tilgang. Det indbefatter, at indsatsen koordineres i forhold til samtlige involverede instanser, så borgeren oplever en sammenhængende indsats.

6. Konklusion og perspektivering

Med afsæt i resultaterne af evalueringen af Udgående Akutafdeling baseret på kalenderåret 2009, kan vi konkludere at:

- Det er lykkedes, at reducere antallet af akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter.
- Udgående Akutafdeling fik med tiden opbygget gode relationer til samarbejdspartnere internt og eksternt i kommunen. Den blev hos de praktiserende læger, hjemmehjælpen, visitationen, på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter, Geriatrisk Afdeling (Kolding Sygehus) og blandt distriktsterapeuterne kendt for at udføre et godt og grundigt stykke arbejde.

Vi kan endvidere konkludere at:

- Antallet af akutte, medicinske sygehusindlæggelser med de specifikt udvalgte diagnoser ikke er blevet reduceret.
- Omkostningerne ved etablering og drift af Udgående Akutafdeling ikke er blevet opvejet af færre omkostninger ved henholdsvis akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter[45] og ved kommunal medfinansiering af akutte indlæggelser på sygehus for specifikke medicinske sygdomme.
- Udgående Akutafdeling blev modtaget med en vis skepsis blandt personalet i hjemmesygeplejen. Dette fordi Udgående Akutafdeling havde tid til at løse opgaver, som hjemmesygeplejerskerne gerne selv ville løfte. Konkrete samarbejdserfaringer blødte dog op på skepsissen.
- Den interne organisering og forankring af Udgående Akutafdeling har været problematisk. På det forvaltningsmæssige niveau var det i opstarten svært at nå til enighed om at arbejde sammen om projektet på tværs af Seniorområdet og Sundhedsområdet. Desuden har Udgående Akutafdelings todelte ledelse ikke fungeret hensigtsmæssigt.

I forhold til borgerdelen må vi gøre opmærksom på, at resultaterne er baseret på så lille et datagrundlag, at vi ikke kan drage endegyldige konklusioner om borgerne oplevelse af Udgående Akutafdeling. Det skal dog fremhæves, at de adspurgte borgere syntes, at Udgående Akutafdeling iværksatte indsatser, som var af god kvalitet, bl.a. fordi der blev taget udgangspunkt i deres ønsker og aktuelle livssituation. Samtidig oplevede borgerne at få en fleksibel og individuel tilpasset indsats. Det var af stor betydning for borgerne, at de kunne blive i eget hjem, hvor de havde mulighed for at være i trygge, vante om-

[45] Det bør bemærkes, at det ikke var indlagt som en forudsætning for indgåelse af projektet, at personalenormeringen og dermed de kommunale omkostninger ved akutophold skulle reduceres i driftsåret 2009.

givelse og derved opretholde deres normale hverdag. For enkelte borgere kunne hjemmet dog også være forbundet med utryghed.

Perspektivering

Denne evaluering understøtter ikke hypotesen om, at akut hjælp i eget hjem kan reducere antallet af akutte, medicinske sygehusindlæggelser. Hvis man ønsker at implementere en udgående akutafdeling som et omkostningsneutralt tilbud i en kommune – i den form som den har haft i Kolding Kommune – vil det kræve en reduktion i omkostningerne ved akutophold på rehabiliteringscentre/plejecentre i en størrelsesorden, der svarer til omkostningerne ved 'akut ophold i eget hjem'.

Da den forvaltningsmæssige struktur er forskellig fra kommune til kommune, er det vanskeligt at sige noget endegyldigt om, hvordan en udgående akutafdeling organiseres og forankres mest hensigtsmæssigt. Uanset organisering er det dog vigtigt at sikre ejerskab og forpligtelse på alle niveauer i den kommunale organisation ved etablering af en nydannelse som Udgående Akutafdeling. I Kolding Kommune var det vanskeligt, fordi ejerskabet skulle forankres på tværs af Sundhedsområdet og Seniordriftområdet, som havde forskellige prioriteter og fokusområder. Det er en problematik, som har generel relevans og bør gives opmærksomhed forud for kommunale indsatser, der organiseres på tværs af områder eller forvaltninger.

En udgående akutafdeling bør ikke blive et parallelt tiltag til fx hjemmesygeplejen, men tænkes ind i den samlede indsat over for i dette tilfælde svage ældre borgere. Et alternativ til en tværgående forankring kan være at integrere en udgående akutafdeling som en specialistfunktion i hjemmesygeplejen. Hjemmesygeplejen vil formentlig være mere tilbøjelig til at gøre brug af specialister, som er en del af deres egen gruppe. De opgaver, som Udgående Akutafdeling har varetaget, kan dog nemt blive skubbet til side i hjemmesygeplejens travle hverdag med kørelister, der skal overholdes.

I praksis bestod meget af Udgående Akutafdelings arbejde i at koordinere borgernes forløb imellem kommune, almen praksis og sygehus. Medarbejderne i Udgående Akutafdeling betegnede sig selv som specialister i forløbskoordination frem for specialister i geriatri. Fremadrettet vil det derfor være relevant at belyse disse koordineringsopgaver nærmere i relation til en forløbskoordinatorfunktion, som faktisk blev etableret i Kolding Kommune i 2010.

Litteratur

1) Kristensen FB, Sigmund H (red.). Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, Enhed for Medicinsk Teknologivurdering; 2007.

2) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. BEK nr. 414 af 05/05/2006 (Gældende).

3) Sundhedsstyrelsen. Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. København: Sundhedsstyrelsen; 2006.

4) Vinge S, Buch MS. Uhensigtsmæssige indlæggelser - muligheder og perspektiver for kommunerne. København: FOKUS og DSI; 2007.

5) Trinskjær M. Akutteam. Et tilbud om hurtig og fleksibel pleje i hjemmet - erfaringer og perspektiver fra Helsingør Kommune. 2005.

6) Spradley JP. Participant observation. London: Thomson Learning; 1980.

7) Maaløe E. Case-studier af og om mennesker i organisationer. København: Akademisk Forlag; 1996.

8) Seemann J, Antoft R. Shared Care - samspil og konflikt mellem kommune, praksislæge og sygehus. Aalborg Kommunes Demensudredningsmodel i praksis. 2002.

9) Martin HM. Er der styr på mig? Sammenhængende patientforløb fra patientens perspektiv. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2010.

10) Rostgaard T. Begreber om kvalitet i ældreplejen. Temaer, roller og relationer. København: Socialforskningsinstituttet; 2010.

11) Jensen ML. Tid til hjælp - hjælp til tiden. Delrapport 1 af "Svage ældre i eget". København: Ældre Sagen; 2002.

12) Hallberg IR, Kristensson J. Preventive home care of frail older people: a review of recent case management studies. J Clin Nurs 2004;13(6B):112-20.

13) Jacobsen CB, Pedersen VH, Albeck K. Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed. København: Sundhedsstyrelsen og Dansk Sundhedsinstitut; 2008.

14) Olesen G, Rubeck J, Støvring J. Sammenhæng mellem tryghed og social kapital - en udfordring i alderdommen. Sygeplejersken 2009;109(1):48-52.

15) Eloranta S, Routasalo P, Arve S. Personal resources supporting living at home as described by older home care clients. Int J Nurs Pract 2008;14(4):308-14.

16) MarselisborgCentret. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Århus: MarselisborgCentret; 2004.

17) Pedersen KM. Kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet - en ide på sandgrund? Odense: Syddanske Universitetsforlag; 2005.

18) Hansen EB, Krarup S, Jørgensen TS. På vej mod en kommunal sundhedsfremmende indsats - et casestudie i Assens, Greve og Hjørring Kommuner. København: AKF; 2008.

19) Manz CC, Bastien DT, Hostager TJ, Shapiro GL. Leadership and Innovation: A Longitudinal Process View. In: Angle H, Poole M, editors. Research on the management of innovation. Minnesota Studies. 2000.

20) Abbott A. The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor. Chicago: The University of Chicago; 1988.

Bilag 1: Udredningsguide udviklet af Udgående Akutafdeling

UDREDNINGSGUIDE *(ICF – klinisk værktøj til bedømmelse af behov og intervention)*

Borgerens funktionsniveau beskrives/vurderes inden for 24 timer efter henvendelse.
Guiden kan gemmes i en ufærdig version frem til endelig færdiggørelse. Nye versioner kan åbnes på baggrund af de forrige.
Udfyld så vidt muligt guiden i samråd med borgeren, så borgerperspektivet kommer i fokus.

BORGERS NAVN			**CPR**
ICF påbegyndt	**Dato**	**Kl.**	**Navn**
ICF afsluttet	**Dato**	**Kl.**	**Navn**

Spørg ind til og observer borgerens kropslige, fysiologiske og mentale funktionsniveau.
Indføj ressourcer og begrænsninger i skemaet (stikordsform).
Graduer problemerne ud fra skalaen i udredningsguidens sidefod.

KROPSFUNKTIONER/FUNKTIONSNIVEAU				
KODETEKST	**KODE**	**GRAD**	**BEGRÆNSNINGER**	**RESSOURCER**
MENTALT Bevidsthedstilstand Orienteringsevne (tid, sted, egne data) Psykisk tilstand Energi, handlekraft Søvn, hvile	b 1 b 110 b 114 b 122 b 130 b 134			
SANSER/ SMERTE Syn Hørelse Andre sanser Smerter	b 2 b 210 b 230 b 279 b 280			
KREDSLØB/ RESPIRATION Hjertefunktion (blodtryk, ødem etc.) Hæmatologisk (blødning, iltning etc.) Immunologisk (infektionstegn, allergi, overfølsomhed etc.) Respiration (dyspnø, slim etc.)	b 4 b 410 b 430 b 435 b 440			
FORDØJELSE/ STOFSKIFTE Fødeindtagelse (opkast, spise-,tygge-synkebesvær) Afføring (diaré, forstoppelse) Vægttab Fornemmelser (kvalme, oppustethed, mavekramper) Stofskifte/temp.reg. Væskebalance	b 5 b 510 b 525 b 530 b 535 b 540 b 545			

Gradient: 0 = intet ♦ **1** = let /lille/noget ♦ **2** = moderat ♦ **3** = svært/alvorligt/stærkt begrænsende ♦ **4** = fuldstændigt/komplet ♦ **8** = mangler information ♦ **9** = ikke relevant/indflydelse kan ikke vurderes

URINVEJE/ KØNSORGANER Udskillelse af urin (svie, inkontinens, vandladningsbesvær) Seksualfunktion (udflåd, blødning)	b 6 b 610 b 640			
BEVÆGEAPPARAT Led/knogler (bevægelighed, brud) Muskulatur (tonus, lammelse) Bevægelse/mobilitet	b 7 b 710 b 730 b 750			
HUDEN Hud (farver, sår, udslæt) Hår Negle	b 8 b 810 b 850 b 860			

Indføj målte værdier i værdikolonnen med evt. bemærkninger.
./. i værdikolonne =måling/værdi ikke relevant lige nu
X i værdikolonne = ønsket værdi, men ikke målbar. Angiv årsag under bemærkninger ("borgeren kunne ikke samarbejde" etc.)

TEST	**VÆRDI**	**BEMÆRKNINGER**
TEMPERATUR		
PULS		
BT		
BLODSUKKER		
URINSTIX		
HØJDE/VÆGT		
BMI		

Spørg ind til og observer borgerens personlige udførelse af opgaver og handlinger og hans/hendes muligheder for samt evne til involvering i dagliglivet.
Indføj ressourcer og begrænsinger i skemaet (stikordsform).
Graduer problemerne ud fra skalaen i udredningsguidens sidefod.

AKTIVITET (A) DELTAGELSE (P)	**Personlig udførelse af en opgave eller handling Medvirken i dagligdagen**			
KODETEKST	**KODE**	**GRAD**	**BEGRÆNSNINGER**	**RESSOURCER**
LÆRING/ANVEND-ELSE AF VIDEN Tilegne sig færdigheder	ap 1 a 155			
ALM. OPGAVER OG KRAV Påtage sig flere opgaver Udføre dgl. rutiner Klare ansvar/stress	ap 2 a 220 a 230 a 240			

Gradient: 0 = intet ♦ **1** = let /lille/noget ♦ **2** = moderat ♦ **3** = svært/alvorligt/stærkt begrænsende ♦ **4** = fuldstændigt/komplet ♦ **8** = mangler information ♦ **9** = ikke relevant/indflydelse kan ikke vurderes

KOMMUNIKATION Forstå meddelelser Tale, skrive etc. Kunne samtale Anvende komm.hjælpemidler/-teknikker	ap 3 a 310 a 330 a 350 a 360			
BEVÆGELSE OG FÆRDEN Klare forflytninger Bære, flytte, håndtere genstande Evne til at færdes i hjem og omgivelser Evne til at anvende transportmidler	ap 4 a 420 a 430 a 450 a 470			
OMSORG FOR SIG SELV Vaske sig Pleje kroppen Gå på toilet Klæde sig af/på Spise Drikke Varetage egen sundhed Administrere medicin	ap 5 a 510 a 520 a 530 a 540 a 550 a 560 a 570 a 598			
HUSFØRELSE Købe ind Lave mad Lave husligt arbejde Passe bolig/ejendele Hjælpe andre	ap 6 a 620 a 630 a 640 a 650 a 660			
SAMSPIL OG KONTAKT Evne til at indgå i simple relationer komplekse relationer	ap 7 a 710 a 720			
VIGTIGE LIVSOMRÅDER Uddannelse Arbejde/beskæftigelse Økonomi	ap 8 a 810 a 840 a 860			
SAMFUND/SOCIALT LIV Deltage i fællesskaber Deltage i fritidsaktiviteter Deltage i religion/åndsliv	ap 9 a 910 a 920 a 930			

Gradient: 0 = intet ♦ **1** = let /lille/noget ♦ **2** = moderat ♦ **3** = svært/alvorligt/stærkt begrænsende ♦ **4** = fuldstændigt/komplet ♦ **8** = mangler information ♦ **9** = ikke relevant/indflydelse kan ikke vurderes

Spørg ind til og observer (hvis muligt) de fysiske, sociale og holdningsmæssige omgivelser, som borgeren bor og lever i. Spørg ind til/overvej opbygning af systemer, som indvirker på borgerens mulighed for at klare sig i eget hjem i den aktuelle situation.
Indføj begrænsende og fremmende faktorer i skemaet (stikordsform).
Graduer begrænsende faktorer ud fra skalaen i udredningsguidens sidefod.

OMGIVELSESFAKTORER (E)

KODETEKST	KODE	GRAD	BEGRÆNSENDE	FREMMENDE
PRODUKTER OG TEKNOLOGI	e 1			
Adgang til fødevarer, lægemidler etc.	e 110			
Adgang til hjemmehjælp og hjemmesygepleje	e 115			
Adgang til hjælpemidler	e 120			
Adgang til kommunikation (nødkald)	e 125			
Aktivitetsmuligheder	e 140			
Papirgange, sagsbehandling i kommunen	e 150			
Boligens indretning	e 155			
OMGIVELSER	e 2			
Husdyr, have	e 220			
Katastrofer (brand, etc.)	e 235			
Årstid (højtid, ramadan)	e 245			
Luftkvalitet i bolig (røg)	e 260			
STØTTE fra OG KONTAKT til	e 3			
Nærmeste familie	e 310			
Slægtninge	e 315			
Venner	e 320			
Bekendte	e 325			
Kolleger, chef	e 330			
Ansatte	e 335			
Personlige hjælpere	e 340			
Sundhedspersonale	e 355			
Andre professionelle	e 360			
HOLDNINGER fra	e 4			
Nærmeste familie	e 410			
Slægtninge	e 415			
Venner	e 420			
Bekendte	e 425			
Kolleger, chef	e 430			
Ansatte	e 435			
Personlige hjælpere	e 440			
Sundhedspersonale	e 455			
Andre professionelle	e 460			
Generelle og sociale normer i samfundet	e 499			

Sammenfat og overfør borgerens aktuelle ressourcer og problemer (sværhedsgrad =/> 3 til UA – Akut rehabiliteringsplan i sygeplejemodulet).
Gem udredningsguiden som et worddokument på borgeren.

Gradient: 0 = intet ♦ **1** = let /lille/noget ♦ **2** = moderat ♦ **3** = svært/alvorligt/stærkt begrænsende ♦ **4** = fuldstændigt/komplet ♦ **8** = mangler information ♦ **9** = ikke relevant/indflydelse kan ikke vurderes

Bilag 2: Tiltag ved henvendelse

Nedenfor præsenteres registreringsmuligheder for tiltag i forbindelse med akut hjælp i borgerens eget hjem:

1. Tilsyn i hjemmet ved Udgående Akutafdeling
2. Akutophold på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter
3. Akutophold (manglende aflastningsplads)
4. Egen læge/vagtlæge
5. Sygehus/skadestue
6. Hjemmesygeplejen/callcenter
7. Telefonisk vejledning
8. Afsluttet (plads-/kapacitetsmangel)
9. Afsluttet (ikke målgruppe)
10. Afsluttet (fortrudt henvendelse)
11. Andet
12. Uoplyst

Bilag 3: Specifikke diagnoser

Bilagstabel 3. Afgrænsning af specifikke diagnoser ved udtræk fra Landspatientregisteret med henblik på opgørelse af akutte, medicinske indlæggelser i 2007 og 2009 og den kommunale medfinansiering heraf.

Sygdomme (diagnoser)	ICD-10-koder	Uddybende kommentarer
Ernæringsproblematik	E63.8 + E63.9 E64.8	Kostmangel Ernæringsmæssige mangeltilstande
Dehydrering	E 86.X – E87.X	
Konfusion	F 05.X F 10.X F 19.X R 41.0	Delir Abstinenser Abstinenser Confusio mentis
Influenza	J11.X	
Lungebetændelse	J12.X – J18.X	
Kronisk obstruktiv lungelidelse	J44.X	KOL
Rygsmerter	M54.6 + M54.8	Rygsmerter uden brud
Blærebetændelse	N30.X	
Fald	R29.7	Faldpatient (uden niveauangivelse)
Svimmelhed o. lign.	R42.X R55.X	
Sociale vanskeligheder	Z74.9	Causa Socialis

Bilag 4: Observationsguide – organisation

Udgående Akutafdeling følges både i borgernes hjem og på Låsbyhøj Rehabiliterings- og Akutcenter. Observationen har karakter af at være en direkte men ikke-deltagende observation, hvor observatøren indtager rollen som en ydre iagttagende observatør. Observationen er semi-struktureret, da der på forhånd er valgt, hvilke aktiviteter der skal observeres (fremgår af nedenstående). Der er dog mulighed for at inddrage nye perspektiver, som der ikke var kendskab til i forvejen.

Præsentation over for medarbejdere: Medarbejderne gøres opmærksom på, at formålet med observationen ikke er at vurdere kvaliteten af deres arbejde, men i stedet at følge og observere deres arbejdsgange, opgaver og hvem de samarbejder med i løbet af et forløb.

Præsentation over for borgere: Dette aftales nærmere med medarbejderne i Udgående Akutafdeling. Præsentationen kunne fx foregå ved, at medarbejderne ved ankomsten til borgerens hjem kort nævner, at de har en person med, som skal følge dem som medarbejdere og se, hvad de laver. Observatøren kan eventuelt selv præsentere sig.

Fokus for observationerne

Hvordan foregår et besøg fra Udgående Akutafdeling?

Hvad sker der fra henvendelse til Udgående Akutafdeling til besøget afsluttes, og eventuelt efterfølgende registrering mv. efter endt besøg?

- Henvendelse til Udgående Akutafdeling
  - Hvem kommer henvendelsen fra? (Fra borgeren selv, pårørende, vagtlæge osv.)
  - Hvem tager imod den?
  - Hvordan reageres på henvendelsen? Fx hvor lang tid går der fra henvendelsen til besøget?
  - Hvem er medarbejderne eventuelt i kontakt med?
  - Hvilke forberedelser gør medarbejderne sig inden besøget hos borgeren? (indhentning af information mv.)
- Ankomst til hjemmet, herunder
  - Hvad er problemet? Hvordan bliver problemet løst? Eventuelle udfordringer i problemløsningen?
  - Hvad bruges tiden på? (snak med borgere, dokumentation (ICF), etc.)
  - Hvilke samarbejdspartnere er involveret i et besøg fra Udgående Akutafdeling. Internt, eksternt? Herunder kommunikation og koordinering om og af opgaver.
- Udredningsguide (ICF)
  - Hvordan foregår udredningen rent praktisk? (Fx under eller efter besøget?)
  - Inddrages borgeren i udredningen (jf. mål om borgerperspektiv)?
  - Hvad sker der med udregningsguiden efter den er udfyldt/efter besøget?
  - Giver udfyldelsen eventuelle problemer?
  - Hvor meget tid bruges på dokumentation?

- Hvad sker der efter besøget i hjemmet?
  - Hvilken dokumentation foretages?
  - Hvem tages der kontakt til og om hvad?
  - Foregår der en slags overlevering til fx hjemmeplejen og/eller andre? (hvordan?)
  - Hvilke samarbejdspartnere kontakter/henvender Udgående Akutafdeling sig til?
  - Sker der en form for opfølgning af samarbejdspartnernes arbejde fra Udgående Akutafdelings side? Hvordan?
- Efterfølgende besøg ved borgere, (ikke første besøg)
  - Hvad sker der ved de efterfølgende besøg?(Hvor mange besøg i alt?)
  - Hvad bruges tiden på?
- Andet
  - Overvejelser, undren over ting der fx ikke bliver gjort eller måden, hvorpå det gøres.
  - Nedskrive eventuelle refleksioner
  - Nedskrive eventuelle spørgsmål, som der dukker op i løbet af observationen
  - Notere medarbejderes svar og forklaringer på eventuelle spørgsmål
  - Spørge ind til åbningstider og bemandingen
  - Registrering: Hvordan registreres de forskellige arbejdsopgaver i henholdsvis Udgående Akutafdeling, akutpladserne og rehabiliteringscenteret?

Dokumentation af observationerne

Observatøren tager notater af, hvad der foregår, i det omfang det er muligt, så det ikke påvirker observationssituationen og de observerede. Efterfølgende kan jeg eventuelt sætte mig og bruge denne observationsguide som en slags tjekliste og beskrive den enkelte observation mere dybdegående.

Bilag 5: Interviewguides – organisation

5.1 Interviewguide – medarbejdere i Udgående Akutafdeling

Intro

Præsentation af interviewer og referent.

Optage på minidisc og referat.

Kort om fokusgruppeinterview.

1. Karakteristika

Kort præsentation: navn, stilling/uddannelse, alder, tid i Udgående Akutafdeling, tidligere ansættelser

2. Implementeringsprocessen

- Hvad gjorde at I søgte stilling i Udgående Akutafdeling?
- Hvordan blev I rekrutteret til Udgående Akutafdeling?
  - Blev der stillet særlige krav til jeres kvalifikationer/kompetencer?
  - Hvilke kvalifikationer og kompetencer har I skullet erhverve jer?
  - Hvor lang tid gik der, fra I blev ansat til Udgående Akutafdeling var i nogenlunde funktion?
- Hvilke udfordringer oplevede I under opstarten og implementeringen af Udgående Akutafdeling (ventede og uventede)?
- Hvad var med til at fremme implementeringen?
- Var Udgående Akutafdelings potentielle samarbejdsparter involveret i opstarten/implementeringsforløbet?
- Hvad blev der i starten gjort for at udbrede kendskabet til Udgående Akutafdeling og hvad er der gjort løbende?
  - Hvilken betydning oplever I denne indsats har haft?
  - Er Udgående akutafdeling kendt nok?

Justeringer/ændringer

- Er der foretaget justeringer undervejs og hvorfor? (målgruppen, kapacitet etc.)
- Har I oplevet at Udgående Akutafdelings tilstedeværelse har resulteret i ændrede procedurer/arbejdsgange:
  - Hjemmeplejen/hjemmehjælpen?
  - Låsbyhøj Rehabiliteringscenter
- Hvis Udgående Akutafdeling skulle implementeres på ny, er der så noget der efter jeres mening skulle være gjort anderledes?

3. Udgående Akutafdeling arbejdstilrettelæggelse og organisering

Ledelse og projektkoordinator

- Udgående Akutafdeling har delt lederskab – hvordan fungerer det i praksis? (fordele og ulemper)
- Hvordan refererer I til den delte ledelse?
- Har I oplevet opbakning til projektet fra politisk hold og fra jeres lokale ledelse?
- Hvordan oplever I projektkoordinatorens rolle?

Arbejdskultur og -tilrettelæggelse

- Hvordan adskiller Udgående Akutafdelings arbejde sig fra arbejdet i den almindelige hjemmepleje/ hjemmehjælp?
  - Hvilke særlige ressourcer og kompetencer har Udgående Akutafdeling?
- Har der været nogen udfordringer i jeres interne samarbejde?
  - Har I fået en "fælles" kultur i Udgående Akutafdeling? Og hvad består den i?
- Hvordan har bemandingen af Udgående Akutafdeling været over tid? (uddyb ændringer)
  - Har det fungeret hensigtsmæssigt?
  - Hvad gør I i stille perioder? (melde sig i hjemmeplejen/Låsbyhøj)
- Praktikanten har fulgt jeres arbejde et par dage. Hvor typiske/atypiske er de forløb? (beskriv eventuelt typiske forløb).
- Hvordan planlægger og koordinerer I de enkelte forløb internt?
- Hvad afgør, om plejen/behandlingen af en borger varetages af Udgående Akutafdeling frem for anden instans?
- Hvilke redskaber bruger I til udredning af borgerne og hvordan bruger i dem? (guide, ...)
- Hvem er I typisk i kontakt med under et forløb?
- Hvilke arbejdsopgaver fylder mest i jeres daglige arbejde?
  - Er der nogen opgaver, som efter jeres vurdering burde fylde mere/mindre?
- Kunne dele af arbejdstilrettelæggelsen foregå mere hensigtsmæssig?

Henvendelser til Udgående Akutafdeling

- Hvordan har antallet af henvendelser/forløb svaret til Udgående Akutafdelings kapacitet? (store svingninger eller jævn tilstrømning?)
- Oplever I henvendelserne som relevante?
  - Hvem oplever I at få flest henvendelser fra?
- Er der noget overraskende i henvendelsesmønstret (jf. kvartalsopgørelserne)?
- Hvordan kan henvendelserne eventuelt øges?

Fysisk forankring, faciliteter og ressourcer

- Har de fysiske forhold som Udgående Akutafdeling har haft været hensigtsmæssige for arbejdets udførelse?
- Hvilke faciliteter/ressourcer har Udgående Akutafdeling fået stillet til rådighed (materialer, udstyr, køretøjer mv.)? Har det svaret til behovet?
- Er der sket ændringer i ovenstående og hvorfor?

4. Samarbejde med andre aktører

   - Hvem er Udgående Akutafdelings væsentligste samarbejdspartner(e)/øvrig samarbejdsparter?
     - Hvori består samarbejdet og hvordan opleves samarbejdet?
     - Hvad siger samarbejdsparterne om Udgående Akutafdeling?
     - Hvilke udfordringer har der været/er der med denne/disse samarbejdspartner(e)?
     - Er der gjort eller kunne der gøres noget for at lette/styrke samarbejdet?
   - Hvordan foregår kommunikationen om den enkelte borger med de nævnte samarbejdsparter? (indhentning af oplysninger og overlevering)
     - Skriftlig/mundtlig?
     - Etablerede kommunikationssystemer – hvem har adgang? (Care, Advis)
     - Er der nogen udfordringer i denne kommunikation?
   - Hvilken form for koordinering foretager Udgående Akutafdeling i forhold til den enkelte borger?
     - når borgere er i regi af Udgående Akutafdeling?
     - når Udgående Akutafdeling afgiver en borger til fx hjemmeplejen? (Praktikantens case)

5. Fremtid

   - Hvad er baggrunden for at Udgående Akutafdeling lukker ned efter nytår?
   - Hvis Udgående Akutafdeling skulle køre videre:
     - Hvilke kompetencer er der så behov for i fremtiden?
     - Vil der være brug for justeringer/ændringer i Udgående Akutafdelings organisering og arbejdstilrettelæggelse?
   - Kunne man forestille sig, at Udgående Akutafdelings tilgang til borgeren kunne udbredes til hele hjemmesygeplejen/hjemmehjælpen? (jf. Hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune)
     - Hvad ville det kræve?

6. Afrunding

   - Er der noget, vi ikke er kommet ind på, men som I synes er vigtig at nævne?

Mange tak fordi I vil afsætte tid til dette interview!

5.2 Interviewguide – medarbejdere i hjemmehjælpen

Intro

Præsentation af interviewer og referent.

Optage på minidisc og referat.

Fokusgruppeinterview

1. Karakteristika
   - Kort præsentation: navn, distrikt, tid i hjemmehjælpen
2. Kendskab til og samarbejde med Udgående Akutafdeling
   - Var I på nogen måde involveret i opstarten/implementeringen af Udgående Akutafdeling?
   - Hvordan blev I opmærksomme på Udgående Akutafdeling i hjemmehjælpen?
   - Har Udgående Akutafdeling været ude og fortælle om deres arbejde i hjemmehjælpen?
     - Hvilken information fik I og var det brugbart?
     - Er Udgående Akutafdeling kendt nok blandt hjemmehjælperne?
     - Kunne der eventuelt gøres noget for at gøre Udgående Akutafdeling mere kendt?
   - Hvilke konkrete erfaringer har I med at bruge Udgående Akutafdeling? (uddyb)
     - Hvad er grunden til at I bruger/ikke bruger Udgående Akutafdeling?
     - I hvilke situationer tager I typisk kontakt til Udgående Akutafdeling?
     - Hvordan oplever I adgangen til Udgående Akutafdeling?
   - Udgående Akutafdeling får markant færre henvendelser fra distrikt 3 – hvad kan forklaringen være på det?
   - I starten kunne hjemmehjælpen ikke kontakte Udgående Akutafdeling - hvorfor blev den procedure ændret?
   - Det er kun er SSA'er og ikke SSH'er, som kan kontakte Udgående Akutafdeling – hvorfor er det sådan?
     - Hvad betyder det for hjemmehjælpens samarbejde med Udgående Akutafdeling?
   - Hvad er Udgående Akutafdelings ry og rygte i hjemmehjælpen?
     - Hvad kan Udgående Akutafdeling som hjemmeplejen/hjemmehjælpen ikke kan og omvendt?
     - Gør Udgående Akutafdeling en forskel?
   - Hvordan er I involveret, når Udgående Akutafdeling har én af jeres borgere 'under vingerne'?
   - Hvordan foregår overleveringen af borgere fra Udgående Akutafdeling til hjemmehjælpen? (eksempel)
     - Hvilken information får I om forløbet i Udgående Akutafdeling og de rehabiliteringsplaner, som Udgående Akutafdeling udarbejder?
     - Hvordan får I informationen (kommunikationssystemer)?

- Har der været nogen udfordringer i kontakten/samarbejdet?
  - Er der gjort noget eller kunne der gøres noget for at lette/styrke samarbejdet?
- Hvad har det betydet for jeres arbejde, at I har mulighed for at henvende jer til UA med konkrete borgere?
  - Har I ændret på nogen procedurer/arbejdsgange?
  - Har det inspireret jer til at gøre nogle ting anderledes i plejen af borgere?

3. Fremtid

- Hvilke konsekvenser får det, når Udgående Akutafdeling lukker ned efter nytår?
  - For hjemmehjælpen?
  - Generelt?
- Hvis vi forestiller os, at Udgående Akutafdeling skulle fortsætte, var der så noget I syntes skulle fungere anderledes?

4. Afrunding

- Er der noget, vi ikke er kommet ind på, men som I synes er vigtig at nævne?

Mange tak fordi I vil afsætte tid til dette interview!

Bilag 6: Beskrivelse af funktioner/lokaler på Låsbyhøj

I nedenstående Bilagstabel 6 fremgår de aktiviteter/funktioner, der indgår i huset Låsbyhøj. Disse funktioner og brug af lokaler danner baggrund for den fordelingsnøgle, som er anvendt i forbindelse med fordelingen af de fælles regnskabsposter for huset; varme, vand, rengøring, vedligeholdelse mm.

Bilagstabel 6. Funktioner og lokaler fordelt på etageafsnit i huset Låsbyhøj. Kolding Kommune.

Stueetagen:	**1. sal:**	**2. sal**	**3. sal**
Indgang/hall	Hørepædagog	Plejen	Sundhedsordningen
Låsbyhøjs administration	Talepædagog	Aktiviteten	Cafeteria
Call-center	Frisør		Træningslokaler
Administration, hjemmesygeplejen	Daghjem		Køkken
Omklædning	Hjemmesygeplejen		Diverse kontor
TR-kontor	Myndighedsafdeling		Kontor Domhusgade
Kontor til rengøringsleder	Visitationen		Mødelokaler
Køle- og fryserum	Hjemmehjælpen		Aktivitetslokale
"Gamle køkken afsnit"	Forbyggende		
Vaskeri	Demenskonsulenter		
Pedelkontor	Mødelokale		
Mødelokale			

Bilag 7: Spørgeskema til borgerne

Information til intervieweren (Læses før hvert interview)

For at sikre konsistens, og dermed opnå de mest valide svar, er det vigtigt at alle spørgeskemaer udfyldes ud fra nedenstående retningslinier:

- Intervieweren læser introduktions-tekst, spørgsmål og svar-kategorier op for borgeren
- Gentag gerne introduktions-teksten undervejs, således at det sikres, at borgeren forbliver sporet ind på de rigtige situationer (Da hun/han fik hjælp fra Udgående Akutafdeling ~ "De tyrkisblå piger")
- Intervieweren udfylder spørgeskemaet
- Læs langsomt og højt når tekst og spørgsmål læses op
- Giv borgeren god tid til at tænke sig om
- Hvis spørgsmålet ikke er forstået, gøres følgende:
  - Spørgsmålet gentages ordret, højt og langsomt
- Hvis spørgsmålet fortsat ikke er forstået, gøres følgende:
  - Spørgsmålet uddybes ud fra noter[1]
- Hvis borgeren vælger at svare "Ved ikke", gøres følgende:
  - Borgeren huskes på, at hun blot skal vælge det svar, som hun hælder mest til, - mest "Ja" eller mest "Nej"
- Hvis borgeren fortsat vælger at svare "Ved ikke", noteres svaret på spørgeskemaet

---

[1] Noter til evt. uddybning af spørgsmål:

- Der er anført noter under hvert spørgsmål. Noterne står med kursiv og i parentes, og skal ikke læses op
- Noterne anvendes såfremt en uddybning af spørgsmålet er påkrævet
- Formålet med noterne er, at sikre overensstemmelse mellem de begreber der spørges til, og de svar der gives ("At vi får svar på det vi spørger om")

1

Dato:_____

Reg.nr:_____

Interviewer:_____

Indledende spørgsmål (Besvares af interviewer)

1. Er borgeren mundtligt informeret om indholdet i folderen "Information om deltagelse i spørgeskemaundersøgelse"?
   (Sæt kryds)

   Ja___ Nej___

2. Er folderen "Information om deltagelse i spørgeskemaundersøgelse" udleveret til borgeren?
   (Sæt kryds)

   Ja___ Nej___

3. Ønsker borgeren at deltage?
   (Sæt kryds)

   Ja___ Nej___

2

Introduktions-tekst (Læses højt for borgeren)

Du har for nyligt modtaget hjælp fra Udgående Akutafdeling (dem i de turkis-blå bluser) fordi du havde nogle problemer, der gjorde det vanskeligt for dig at klare dig herhjemme.
Når du besvarer spørgsmålene, er det netop de dage, og hjælpen fra de "tyrkis-blå piger", du skal tænke på.

Det vi er interesseret i at få noget at vide om, er hvordan **du** oplevede hjælpen. Både mens de kom hos dig, og også nu bagefter.
Det er altså **din** oplevelse og det **du** synes, der er vigtigt, og ikke din families, din hjemmehjælpers eller andres mening.

Der er 13 spørgsmål. De fleste skal du kun svare "Ja" eller "Nej" til.
Når du svarer, skal du blot vælge det svar, som du hælder mest til, - mest "JA" eller mest "Nej" – Du behøver altså ikke at mene det 100 %.
Til sidst vil du få mulighed for at komme med nogle kommentarer.
Du må gerne bede om at få spørgsmålene gentaget, hvis du har brug for det.

Hovedspørgsmål (Besvares af borgeren)

4. Oplevede du, at Udgående Akutafdeling, dvs. de tyrkis-blå piger, gav dig en god pleje og behandling?
(Sæt kryds)

Ja___ Nej___ Ved ikke___

(Her spørges til oplevelsen af kvalitet i sundhedsydelserne:
Pleje kan være både fysisk og psykisk; Behandling skal forstås som den behandling som borgeren har fået for sin sygdom eller symptomer. F.eks. medicin, god mad, drikkevarer, hjælpemidler, hentede hjælp fra terapeuter, læger eller andre specialister)

5. Oplevede du, at Udgående Akutafdeling, dvs. de tyrkis-blå piger, var grundige i arbejdet med at finde ud af hvad der var i vejen med dig?
(Sæt kryds)

Ja___ Nej___ Ved ikke___

(Her spørges til oplevelsen af kvalitet i sundhedsydelserne:
"hvad der var i vejen med dig" skal forstås som hvad der var årsagen(erne) til de problemer, der gjorde det vanskeligt for borgeren at klare sig derhjemme. Årsagerne kan være af både fysisk, psykisk og social karakter)

3

6. Synes du selv, det har været en fordel, at du har kunnet blive i dit eget hjem i denne periode?
(Sæt kryds)

Ja___ Nej___ Ved ikke___

(Her spørges til den samlede oplevelse af kvalitet ved at blive i eget hjem (godt og skidt), frem for at skulle have været hjemmefra på et akutophold på et plejecenter (Låsbyhøj) eller på sygehuset.
Begrundelserne for borgerens valg af svar er underordnede, og kan således både være af hensyn til sygdom og behandling, tryghed, ægtefællen, pasning af hus og husdyr, m.m.)

Her efter kommer der et par opfølgende spørgsmål, omkring det at blive i dit eget hjem:

7. Synes du selv, der har været en tryghed, ved at kunne blive i dit eget hjem i denne periode?
(Sæt kryds)

Ja___ Nej___ Ved ikke___

(Her spørges specifikt til oplevelsen af tryghed ved at blive i eget hjem, frem for at skulle hjemmefra på et akutophold på et plejecenter (Låsbyhøj) eller på sygehuset)

8. Synes du selv, at det at blive i dit eget hjem, har givet dig mulighed for at bevare din daglige rytme?
(Sæt kryds)

Ja___ Nej___ Ved ikke___

(Her spørges specifikt til oplevelsen af om den daglige rytme har kunnet bevares ved at blive i eget hjem, frem for at skulle hjemmefra på et akutophold på et plejecenter (Låsbyhøj) eller på sygehuset)

9. Oplevede du, medarbejdere fra Udgående Akutafdeling, dvs. de tyrkis-blå piger, hurtigt tog hensyn til hvordan du plejede at få tingene gjort?
(Sæt kryds)

Ja___ Nej___ Ved ikke___

(Her spørges til oplevelsen af sammenhæng i overgangen mellem hjemmeplejen og Udgående Akutafdeling:
"tingene" kan forstås både som den personlige pleje og som den praktiske bistand, som borgeren evt. modtog hjælp til)

10. Synes du selv, at Udgående Akutafdeling, dvs. de tyrkis-blå piger, tog sig tid til at snakke med dig, om hvordan du syntes du havde det?
(Sæt kryds)

Ja___ Nej___ Ved ikke___

(Her spørges til oplevelsen af individualitet" i forløbet med Udgående Akutafdeling: "hvordan du syntes du havde det?" skal forstås som borgerens oplevelse af den situation / de problemer, der gjorde det vanskeligt for borgeren at klare sig derhjemme)

11. Synes du selv, at du i forløbet har haft passende indflydelse på hvilken form for hjælp du har brug for?
(Sæt kryds)

Ja___ Nej___ Ved ikke___

(Her spørges til oplevelsen af individualitet og fleksibilitet i borgerens samarbejde / forløb med Udgående Akutafdeling:
"hjælp" skal forstås bredt, og kan f.eks. dække over hjælp til personlig pleje, til at finde ud af hvad man fejler, til behandling, til koordinering med andre sundhedspersoner (Hjemmehjælp, hjemmesygepleje osv.), til at sørge for en god og rig kost, til råd og vejledning, m.m.)

12. Oplevede du, at Udgående Akutafdeling, dvs. de tyrkis-blå piger, satte ting i gang, som du selv synes var unødvendige?
(Sæt kryds)

Ja___ Nej___ Ved ikke___

(Her spørges til oplevelsen af individualitet i borgerens samarbejde / forløb med Udgående Akutafdeling:
Blev forventningerne afstemt mellem borgeren og Udgående Akutafdeling?)

13. Oplever du, at de ting Udgående Akutafdeling, dvs. de tyrkis-blå piger, satte i gang, nu bliver fulgt op af hjemmeplejen, efter Udgående Akutafdeling ikke kommer hos dig længere?
(Sæt kryds)

Ja___ Nej___ Ved ikke___

Ikke aktuel___

(Her spørges til oplevelsen af sammenhæng i overgangen mellem Udgående Akutafdeling og hjemmeplejen:
"ting" skal forstås bredt, og kan f.eks. dække over tilsyn og observationer, samarbejde med specialister, hjælp til plejemæssige og praktiske opgaver, m.m.)

14. Synes du selv, at den information og vejledning du fik fra Udgående Akutafdeling, var i overensstemmelse med den information og vejledning du får fra de andre sundhedsfolk der kommer hos dig?
(Sæt kryds)

Ja___ Nej___ Ved ikke___

(Her spørges til oplevelsen af sammenhæng i den information og vejledning som borgeren modtager fra de forskellige sundhedsfolk:
Er der konsistens i forklaringsrammer og rådgivning?
"sundhedsfolk" skal forståes som alle de professionelle, der kommer i borgerens hjem (Medarbejderne fra Udgående Akutafdeling, hjemmesyeplejersken, hjemmehjælperen, visitatoren, m.fl.)

15. Hvis du får et lignende problem en anden gang, vil du så foretrække at få hjælp i dit hjem fra Udgående Akutafdeling igen, eller vil du foretrække at komme hjemmefra?
(Sæt kryds)

Svar-mulighederne er:

Hjælp i dit hjem fra Udgående Akutafdeling ___

At komme hjemmefra ___

Ved ikke ___

(Her spørges overordnet til hvad borgeren selv vil foretrække i fremtiden:
Det skal understreges, at det handler om en situation med "et lignende problem", og ikke hvis der opstår større og mere alvorlige problemer, som kræver sygehusindlæggelse. I så fald skal borgeren selvfølgelig altid på sygehuset.
"At komme hjemmefra" betyder at komme på sygehuset eller på et akutophold på Låsbyhøj. Det handler ikke om et aflastnings- eller rehabiliteringsophold, men udelukkende om et akutophold á max. 7 dages varighed)

6

16. Har du ellers nogle kommentarer, til den hjælp du fik fra Udgående Akutafdeling - Positivt såvel som negativt:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

(Hvis borgeren ikke umiddelbart har kommentarer, kan der, såfremt borgeren magter det, spørges ind til nogen af de årsager og begrundelse for valg af svar, som borgeren evt. har givet udtryk for under besvarelsen.
F.eks. at det måske er noget helt andet end det der spørges om, der har haft den største betydning. Eller at årsagen til at borgeren heller ville have været hjemmefra, var at……
Osv.
Det er dog meget vigtigt, at det udelukkende er borgerens egne ord og formuleringer der nedfældes)

Afsluttende spørgsmål (Besvares af interviewer)

17. Har du nogen kommentarer til din oplevelse af borgerens evne til at deltage i denne spørgeskemaundersøgelse?

_____
_____
_____

18. Vurderer du at borgeren vil kunne deltage i og bidrage relevant til et evt. opfølgende åbent interview af ca. 30 minutters varighed?
(Sæt kryds)

Ja___ Nej___

(Følgende parametre vurderes:
- *Borgerens kognitive forudsætninger*
- *Borgerens kommunikative forudsætninger*
- *Borgerens fysiske tilstand (Smerter, energi/udholdenhed, m.m.)*

18 a. Hvis der svares "Nej" – Beskriv årsag(er):

_____
_____
_____

19. Er borgerens deltagelse i denne undersøgelse noteret i samarbejdsbogen (Såfremt en sådan forefindes i hjemmet)?
(Sæt kryds)

Ja___ Nej___

8

Bilag 8: Interviewguide – borgere

Interviewguide

Indledende spørgsmål

- Vil du fortælle mig lidt om, hvad der var årsagen til, at du fik brug for hjælp fra Udgående Akutafdeling?

Tema 1 - Oplevelsen af kvalitet i Udgående Akutafdelings sundhedsydelser

Interviewspørgsmål

Specifikt i forhold til udredning

Du startede jo med at fortælle mig lidt om, hvad der var årsagen til, at du fik brug for hjælp fra UA.

- Hvordan oplevede du UA's arbejde, med at finde ud af hvad der var i vejen med dig?
  - Hvad skete der, da de kom ind af døren hos dig?
  - Hvordan var det for dig?
  - Hvad gjorde de, som var godt?
  - Hvad gjorde de, som du evt. ikke synes var så godt?
  - Hvad kunne de have gjort, for at blive endnu bedre til at finde ud af hvad dine problemer var?

Specifikt i forhold til pleje og behandling

- Hvilken pleje og behandling fik du fra UA?
- Hvordan oplevede du det?
  - Hvad var det du oplevede, at UA gjorde godt?
  - Hvad oplevede du, som måske kunne have været gjort bedre / mere hensigtsmæssigt?

Tema 2 - Oplevelsen af individualitet og fleksibilitet i de akutte, kommunale sundhedsydelser

Interviewspørgsmål

- Synes du at UA tog sig tid til at snakke med dig?

- Hvilken betydning havde det, at UA tog sig tid til at snakke med dig, og hvordan følte du, at der blev lyttet, til det du sagde?
- Oplevede du, at de ting der blev gjort og sat i gang, var ud fra dine ønsker?
  - Hvorfor?
  - Hvorfor ikke?
  - Hvad betød det for dig?
- Var det vigtigt for dig, selv at være med til at bestemme, hvad der skulle ske, eller synes du, at UA spurgte for meget til, hvad du selv syntes?

Tema 3 - Oplevelsen af sammenhæng i overgangene til og fra udgående akutteam

Interviewspørgsmål

- Synes du UA tog hensyn til, hvordan du plejede at få tingene gjort?
- Hvad gjorde de, for at finde ud af hvordan du plejede at få tingene gjort?
- De folk (hjemmehjælpere / hjemmesygeplejersker / andre), der kom hos dig bagefter, hvordan gjorde de så?
  - Hvordan var det for dig?
  - Bliver der fulgt op på de ting UA satte i gang?
  - Oplever du, at UA og de andre der kommer hos dig fra kommunen gør og forklarer tingene nogenlunde ens?
  - Hvad betyder det for dig?

Tema 4 - Betydningen af at blive i eget hjem under en akutperiode

Interviewspørgsmål

Nu fik du så hjælp af UA, hvilket bl.a. betød, at du blev her hjemme hos dig selv

- Synes du, det var en fordel, at du kunne blive i dit eget hjem? (Hvorfor?)
- Hvordan var det for dig at være herhjemme i den periode?
- Hvad er det, der betyder noget ved at være hjemme i en sådan situation?
- Var der også ulemper ved at være her hjemme?

Specifikt i forhold til tryghed

- Synes du, det var trygt, at kunne blive her hjemme i den periode?
- Hvad var det, der gjorde det trygt?
- Selv om det altså overvejende var trygt at være hjemme, følte du så også, at der var noget, der var utrygt? (Hvad?)
- Har du gjort dig nogen tanker om, hvad der evt. skal til, for at du kan føle dig endnu mere tryg, hvis du kommer i en lignende situation en anden gang?

Specifikt i forhold til at bevare den daglige rytme:

- Hvilken betydning har det for dig at bevare din daglige rytme / dine daglige rutiner?

Afsluttende interviewspørgsmål

- Er der noget vi ikke har talt om, men som du tænker er betydningsfuldt for dig?

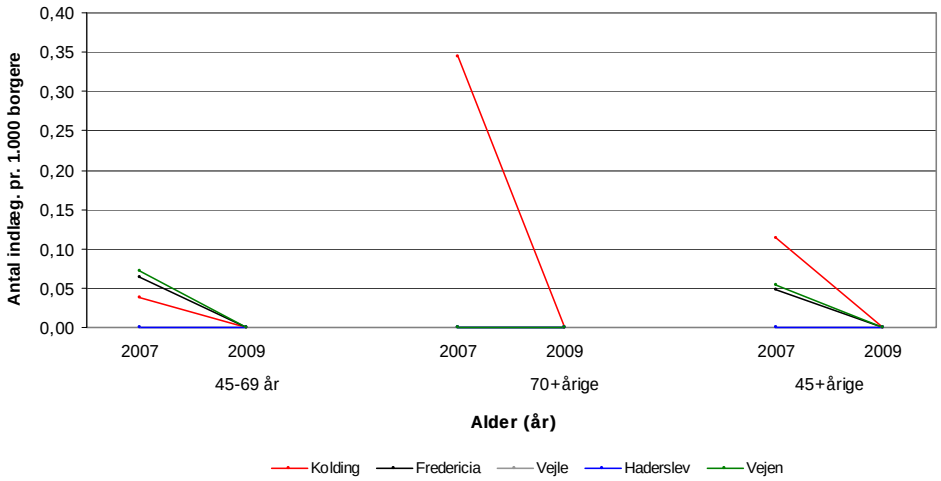
Debriefing

- Jeg har ikke flere spørgsmål. Er der mere du gerne vil fortælle eller spørge om, inden vi slutter?

Bilag 9: Sygdomsspecifikke indlæggelser pr. 1.000 borgere – af mindre betydning

I de efterfølgende Bilagsfigurer 9.1-9.4 præsenteres antallet af akutte indlæggelser for sygdomme, som ikke har væsentlig betydning for det samlede resultat (forekomsten er forholdsvis lille).

Bilagsfigur 9.1. Antal akutte indlæggelser pr. 1.000 borgere for ernæringsproblemer i 2007 henholdsvis 2009 fordelt på aldersgruppe og kommune.*

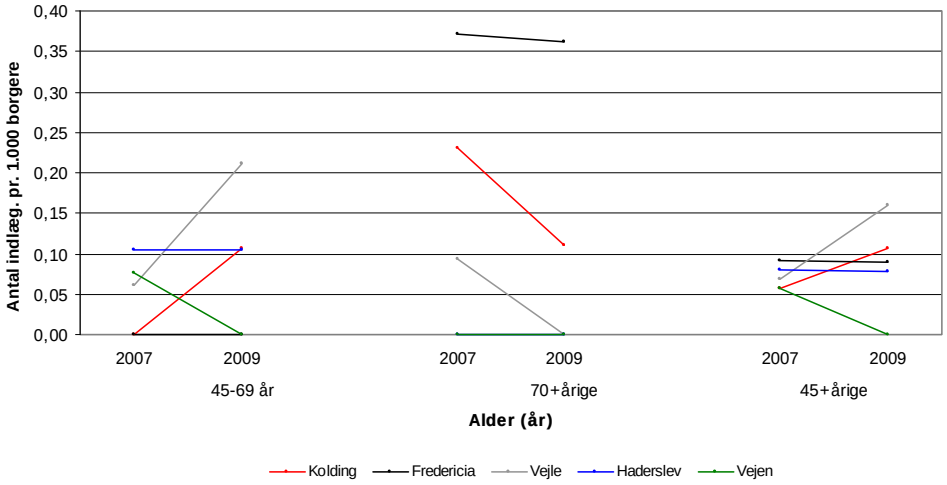


* Standardiseret til alderssammensætningen i Kolding Kommune i 2007.

Kilde: Udtræk fra eSundhed fra Landspatientregisteret omfattende ICD-10-koderne E63.8, E63.9 og E64.8.

Der er ingen akutte indlæggelser med ernæringsproblemer for de 70+-årige borgere i Fredericia, Vejle, Haderslev og Vejen Kommuner og ej heller for de 45-69-årige borgere i Haderslev Kommune.

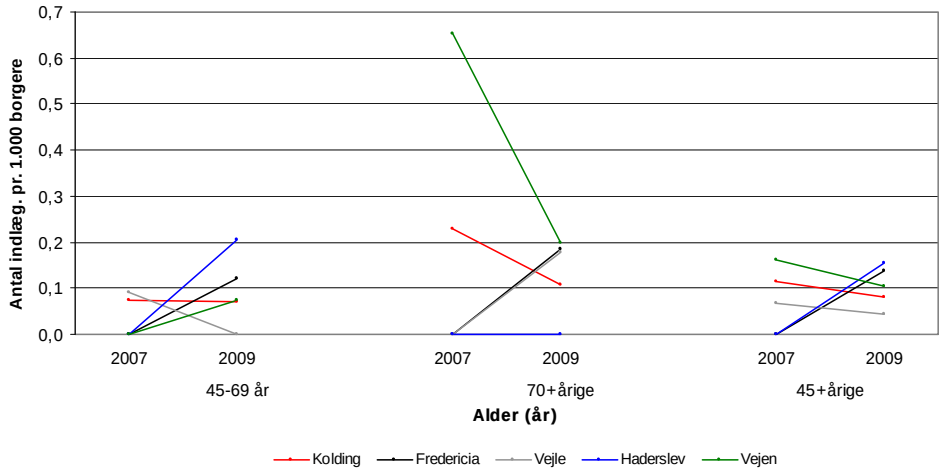
Bilagsfigur 9.2. Antal akutte indlæggelser pr. 1.000 borgere for influenza i 2007 henholdsvis 2009 fordelt på aldersgruppe og kommune.



* Standardiseret til alderssammensætningen i Kolding Kommune i 2007.

Kilde: Udtræk fra eSundhed fra Landspatientregisteret omfattende ICD-10-koderne J12.x-J18.x.

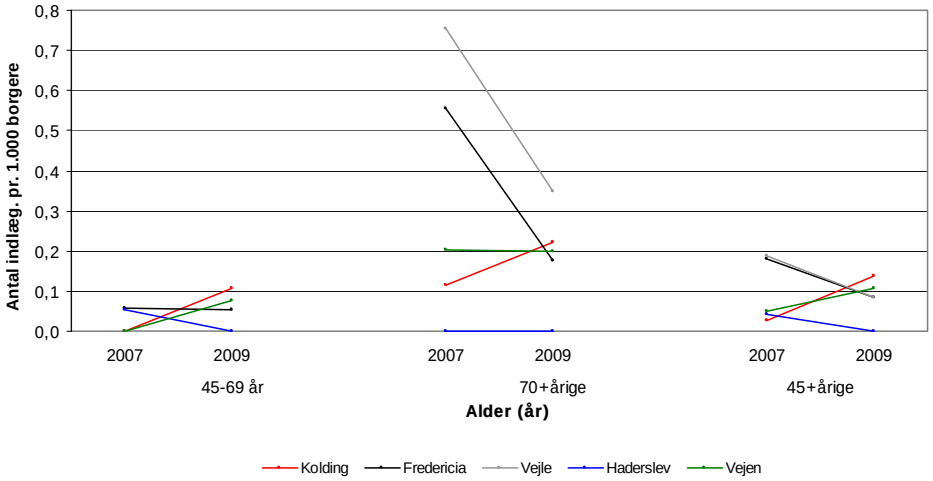
Bilagsfigur 9.3. Antal akutte indlæggelser pr. 1.000 borgere for rygsmerter uden brud i 2007 henholdsvis 2009 fordelt på aldersgruppe og kommune.



* Standardiseret til alderssammensætningen i Kolding Kommune i 2007.

Kilde: Udtræk fra eSundhed fra Landspatientregisteret omfattende ICD-10-koderne M54.6 og M54.8.

Bilagsfigur 9.4. Antal akutte indlæggelser pr. 1.000 borgere for sociale vanskeligheder i 2007 henholdsvis 2009 fordelt på aldersgruppe og kommune.



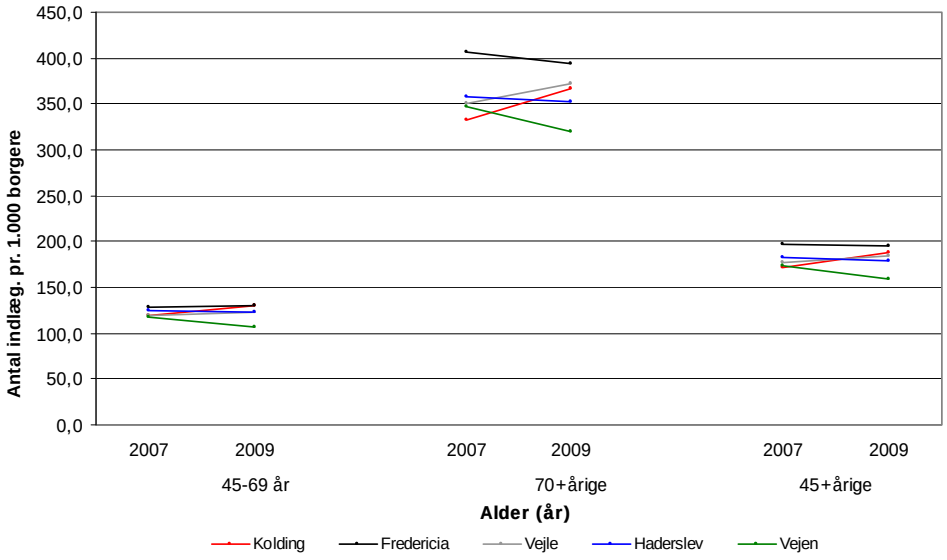
* Standardiseret til alderssammensætningen i Kolding Kommune i 2007.

Kilde: Udtræk fra eSundhed fra Landspatientregisteret omfattende ICD-10-koden Z74.9.

Bilag 10: Det samlede antal akutte indlæggelser pr. 1.000 borgere

I nedenstående Bilagsfigur 10 fremgår det samlede antal akutte indlæggelser på sygehus pr. 1.000 borgere. I figuren indgår således alle akutte indlæggelser, uanset hvor borgerne har været indlagt (medicinske eller kirurgiske afdelinger m.v.) og uanset sygdom (konfusion, brækket arm eller hjertesygdom m.v.).

Bilagsfigur 10. Det samlede antal akutte indlæggelser på sygehus pr. 1.000 borgere i 2007 henholdsvis i 2009 fordelt på aldersgruppe og kommune.



* Standardiseret til alderssammensætningen i Kolding Kommune i 2007.

Kilde: Udtræk fra eSundhed fra Landspatientregisteret.

Dansk Sundhedsinstitut

DSI rapport 2010.04

Evaluering af Udgående Akutafdeling i Kolding Kommune

Forebyggelse af akutophold i kommunen og akutte, medicinske indlæggelser på sygehus

I Kolding Kommune er det lykkedes at reducere antallet af akutophold på kommunens rehabiliterings- og akutcenter. Det er sket ved at implementere en udgående akutafdeling, der tilbyder svage ældre borgere en intensiv og fleksibel pleje, omsorg og behandling i eget hjem. Indførelsen af en udgående akutafdeling har dog ikke reduceret antallet af akutte, medicinske sygehusindlæggelser. Det er et par af konklusionerne fra denne rapport, som evaluerer en udgående akutafdeling i Kolding Kommune.

Borgerne, som fik hjælp i eget hjem, oplevede at få en god pleje og behandling, der tog afsæt i deres livssituation og ønsker. Blandt samarbejdspartnere blev den udgående akutafdeling kendt for at udføre et grundigt arbejde med at udrede og behandle borgere i eget hjem. Det har dog skabt udfordringer, at akutafdelingen var forankret på tværs af kommunens Seniordriftområde og Sundhedsområde.

Hvis andre kommuner overvejer at indføre en lignende indsats, bør det ikke være med en forventning om, at en udgående akutafdeling alene kan reducere antallet af akutte, medicinske sygehusindlæggelser. Det er vigtig at sikre ejerskab og forpligtelse over for etableringen af en udgående akutafdeling på alle niveauer i den kommunale organisation. En udgående akutafdeling bør ikke blive et parallelt tiltag til fx hjemmesygeplejen, men tænkes ind i den samlede indsats over for målgruppen – i dette tilfælde svage ældre borgere.