

Referat

Sundhed og Kultur

Sundhedsstrategisk Sekretariat
Danmarksgade 17
9000 Aalborg

Møde	Kommunal Lægelig Udvalg
Dato	16. juni 2022 kl. Indtast klokkeslæt
Sted	Danmarksgade 17, 2. sal, mødelokale 1 og 2
Deltagere	<u>PLO-K-Aalborg:</u> • Mette Bolvig Poulsen, formand, Kennedy Arkaden • Anne Mette Lyng Andersen, næstformand, Lægerne Skrågade 13 • Christa Ellefsen Blåsvær, Lægerne ved Sauers Plads • Christine Houe, Lægeklinikken Sulsted • Christian Lonsdale, Helsehuset, Lille Borgergade • Louise Tolnov, Lægerne i Gug <u>Aalborg Kommune:</u> • Mikkel Grimmeshave, formand for udvalget, Vicedirektør, Sundhed og Kultur • Charlotte Houmøller Sprøgel, Sekretariatschef, Job- og Uddannelsesafdelingen, Job og Velfærd • Lisbet Trap-Jensen Torp, Chefkonsulent, Job og Velfærd • Carsten Møller Beck, Ældre- og Sundhedschef, Senior og Omsorg • Helen Kæstel, Sygeplejef, Ældre og Sundhed, Senior og Omsorg <u>Kommunal praksiskonsulent:</u> • Pernille Smalbro Hylleberg, Praktiserende læge <u>Gæster:</u> • Jes Lunde, rådmand, Sundhed og Kultur • Bente Graversen, direktør, Sundhed og Kultur • Arne Lund Kristensen, direktør, Job og Velfærd • Tommi Vorbeck Nielsen, konsulent, Sundhed og Kultur • Rikke Beckermann, Kvalitetskonsulent, Aalborg Universitetshospital • Charlotte Laubek, Strategisk konsulent og Ph.d. studerende, Senior og Omsorg
Afbud	• Nuuradiin S. Hussein, rådmand, Job og Velfærd • Kristoffer Hjort Storm, rådmand, Senior og Omsorg • Marianne Rudbeck, Ledende Overlæge, Socialmedicinsk Enhed, Aalborg Universitetshospital • Jan Nybo, Forløbschef, Speciallæge i Almen medicin og i Klinisk Biokemi, Aalborg Universitetshospital • Lise Bech Andersen, Leder af Pædagogisk Psykologisk Rådgivning, PPR-Aalborg, Børn og Unge
Referent	• Lars Lund, konsulent, Sundhed og Kultur

1. Godkendelse af dagsorden

Beslutning:

Godkendt.

2. a. Den kommunale praksiskonsulent, status og opgaver

Sagsbeskrivelse:

Kommunalt Lægelig Udvalg følger den kommunale praksiskonsulents opgaver. Derudover deltager praksiskonsulenten på møderne i Kommunalt Lægelig Udvalg. Til dette møde har Pernille Smalbro Hylleberg fremsendt en skriftlig status om opgaverne.

Beslutning:

Pernille Smalbro Hylleberg gennemgik den skriftlige status og kommenterede på relevante punkter. Det blev aftalt, at en status på elektronisk kommunikation mellem børn-unge området og de praktiserende læger tages med på møde i Kommunal Lægelig Udvalg i oktober eller i december 2022.

I forhold til gennemgangen af opgavestatus orienterede Pernille Smalbro Hylleberg om, at hun i samarbejde med Jobcenter Aalborg er ved at lægge sidste hånd på en arbejdsgang, hvor jobcentret i helt særlige tilfælde vil have brug for en lægeerklæring, der beskriver, om lægen kan dokumentere, at borgeren har nyopståede sygdom, der umuliggør en samtale med sagsbehandleren - selvom der tages hensyn til borgerens kendte funktionsniveau.

3. a. Præsentation og dialog mellem rådmænd og Kommunal Lægelig Udvalg

Sagsbeskrivelse:

Efter kommunalvalget er der tiltrådt nye rådmænd, som er i spidsen for sundheds- og velfærdsområder med snitflader til almen praksis. Med dette punkt er der givet en anledning til præsentation og dialog mellem de praktiserende læger og de kommunale samarbejdsområder.

Jes Lunde, Arne Lund Kristensen og Carsten Møller Beck gennemgik oplæg om sundhedsopgaver i deres respektive forvaltninger med fokus på samarbejdsfelterne til almen praksis.

Fra Sundhed og Kultur fortalte Jes Lunde, at 95 % af lægeklinikkerne henviser til tilbud indenfor mental sundhed. Det er lavet en kommunal sundhedsportal, som samler alle oplysninger med relevans for de praktiserende læger. Fremadrettet vil der forsat være fokus på mental sundhed, blandt andet ved at gøre opmærksom på tilbud indenfor kultur- og fritidsområdet, som søges styrket yderligere. Det gælder ikke mindst til unge, som flytter til Aalborg. Der vil også komme fokus på flere tilbud til sårbare børn.

Fra Job og Velfærd er samarbejdet mellem job- og uddannelsesområdet af uvurderlig betydning. I 2021 blev der indhentet omkring 11.000 attester fra borgerens egen læge. Langt de fleste relateret til Sygedagpengeområdet. Indenfor børne- og familieområdet ventes taget en digital kommunikationsløsning i brug mellem læger og familiegupperne. Der venter også nye

samarbejder og ønsker om styrket koordinering for borgere på botilbud, sundhedscheck for udsatte borgere og gerne større fokus på skadereducerende tilgang til borgere med misbrug og psykisk sygdom, herunder etablering af Psykiatriens hus.

Fra Senior og Omsorg fylder konsekvenserne af den dobbelte demografiske udfordring med flere ældre såvel som mangel på ansøgere ved rekruttering af arbejdskraft. Som en del af løsningspalletten ses en nødvendig forsat udvikling i samarbejdet med almen praksis og ved mere tilstedeværelse i borgerens eget hjem, blandt andet igennem øget understøttelse af velfærdsteknologi.

Beslutning:

Mette Bolvig Poulsen (PLO-K) berettede om et godt samarbejde med Aalborg Kommune, herunder indgåelse af aftaler vedr. dosisdispensering og indenfor akutområdet og gav udtryk for et ønske om at holde fast udviklingen, såvel som at forsætte udbygning af samarbejdet.

Mikkel Grimmeshave opsummerede og afsluttede med at konstatere at denne dialog har vist at der er mange gode kontaktpunkter mellem læger og kommunale medarbejdere og det understreger, at relationerne i et forum, som Kommunal Lægelig Udvalg, kan åbne døre.

Vedlagt:

Oplæg: Præsentation af Sundhed og Kultur, dateret juni 2022

Oplæg: Præsentation af Job og Velfærd, dateret 16. juni 2022

Oplæg: Præsentation af Senior og Omsorg, dateret 16. juni 2022

3. b. Orientering om sundhedsprofil 2021 - Hvordan har du det?

Sagsbeskrivelse:

Sundhedsprofilen "Hvordan har du det?" er en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse, som bygger på nationale aftaler om at udarbejde sammenlignelige sundhedsprofiler for regioner og kommuner i Danmark. Der er på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen udarbejdet nationale og regionale sundhedsprofiler i 2010, 2013 og 2017. Hvordan har du det? 2021 er dermed den fjerde sundhedsprofil. Formålet med undersøgelsen er at belyse, hvordan det går med trivsel, sundhed og sygdom blandt borgerne, følge udviklingen over tid samt give et sammenligningsgrundlag på tværs af regioner og kommuner. Resultaterne skal bruges i den løbende indsats for at forbedre folkesundheden i kommuner, i regioner og i hele landet. I Region Nordjylland har der i alle årene været et udbygget samarbejde mellem regionen og de 11 kommuner. I Region Nordjylland bliver den nationale og regionale sundhedsprofil, med udgangspunkt i de indsamlede data, suppleret med kommunespecifikke sundhedsprofiler.

Beslutning:

Drøftedes. Der var nedslag ved undersøgelsens del omkring mental helbred, herunder særlige problemstillinger for gruppen af yngre mænd og yngre kvinder.

Mette Bolvig Poulsen kunne genkende problematikken fra almen praksis og nævnte som eksempel Børne- og Ungerådgivningen, som en kommunal samarbejdspartner, men tænkte også at der er behov for flere tiltag.

Mikkel Grimmeshave fortalte, at området er i fokus i den kommunale budgetlægningsproces for det kommende år.

Vedlagt:

Oplæg: Sundhedsprofilen Hvordan har du det? 2021, dateret marts 2022

3. c. Orientering om fund og forbedringspotentialer fra tværsektoriel audit på korte indlæggelser i AMA

Sagsbeskrivelse:

I maj 2022 er der gennemført en audit på korte indlæggelser under 72 timer på de Akutte Modtageafsnit (AMA). Målgruppen er patienter over 18 år med en kommunal kontakt. Auditeringen afdækker samarbejdet og forløbet op til, under og efter indlæggelsen. Intentionen med auditten har været at bidrage med ny viden og forståelse af tværsektorielle patientforløb med ældre multisyge patienter tilknyttet kommunale enheder. Herunder en opmærksomhed på problematikker og mulige tiltag, der kan forbedre forløbene for patienterne. Fund fra auditten leder frem mod auditgruppens fælles konklusioner ift. om indlæggelsen har givet værdi, eller om der kunne være et bedre alternativ til indlæggelse.

Der er auditeret på 28 patientforløb med multisyge patienter, hvilket er et relativt lille antal patienter. Data og fund skal derfor tages med forbehold. Gennemsnitligt har patienterne 5 forskellige diagnoser, hvor de gennemgående diagnoser er demens, KOL, diabetes, cancer og hjertekarsygdomme. 43 % af patienterne har efter udskrivelsen mellem 1 – 4 genindlæggelser inden for 30 dage. Auditten viser flere forbedringspotentialer rettet mod samarbejdet i primærsektor op til og efter en indlæggelse. Bl.a. ses manglende indsatser vedr. tidlig opsporing af begyndende sygdom i 79% af forløbene op til en indlæggelse, samt manglende målrettede forebyggende indsatser i primær sektor i 64 % af forløbene. 64 % af patienterne har ikke haft kontakt til almen praksis eller vagtlæge inden en indlæggelse. 75% af patienterne er ikke vurderet af en sygeplejerske eller akutsygeplejerske i forløbet op til en indlæggelse. I 61% af forløbene er der ikke lagt en behandlingsplan forud for indlæggelse med egen læge for nuværende sygdomsforløb. For 43% blev det vurderet, at indlæggelsen ikke havde værdi ud fra en fælles sundhedsfaglig vurdering på tværs af sektorerne. I de tilfælde hvor indlæggelsen er vurderet til ikke at have værdi, peger auditgrupperne på alternativer f.eks. 1) en plads i Aalborg akuttibud 2) behandling i primærsektor, hvor muligt, 3) sub-akut tilbud og/eller 4) at akutsygeplejen bringes i spil.

Beslutning:

Kvalitetskonsulent Rikke Beckermann, Aalborg Universitetshospital og Ph.d. studerende Charlotte Laubek, Sygeplejen Aalborg Kommune gennemgik rapporten. Der var en drøftelse af problemstillinger og mulige løsninger. Kommunal Lægelig Udvalg gav en anbefaling om, at der arbejdes videre med få udviklingsområder, hvor der vurderes at være potentiale.

Der var enighed om at rettet forbedringsindsatser mod: 1) Tidlig opsporing i Ældre og Sundhed, i samarbejde med almen praksis, 2) Opfølgende hjemmebesøg ved praktiserende læger, i samarbejde mellem almen praksis, Ældre og Sundhed og Aalborg UH og 3) "Epikrisen med i hånden" – til almen praksis, patient og kommune. Der bliver der allerede arbejdet med indsatserne i det tværsektorielle forbedringsprojekt "Sammen forbedrer vi forløb for mennesker med demens", samt lokalt på hospital, kommune og i Almen praksis.

Det blev aftalt, at disse forbedringsindsatser løbende følges i regi af Kommunal Lægelig Udvalg. Der var enighed om, at det er hensigtsmæssigt at sætte mål i fællesskab, som både

retter sig ind i hver sektor, har betydning for samarbejdet på tværs og medvirker til at forbedre forløbene for fælles borgere/patienter.

Vedlagt:

Oplæg: Tværsektoriel audit på korte indlæggelser i AMA Aalborg, dateret juni 2022.

Eftersendt materiale:

PIXI-afrapportering på patientinventering i Akutte Modtageafsnit i Region Nordjylland - Er rette patient på rette sted på rette tidspunkt?, dateret maj 2022.

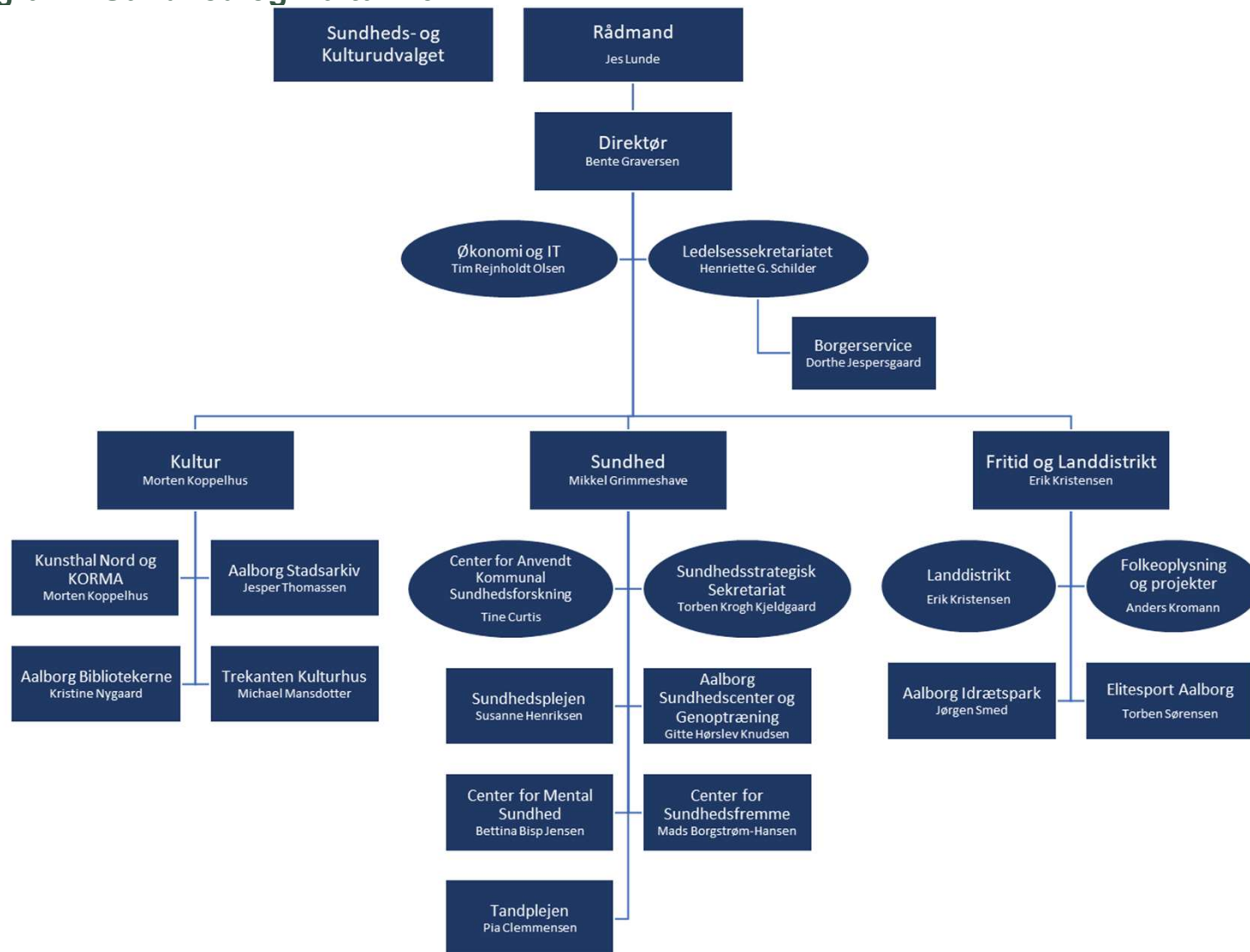
Hovedrapport. Patientinventering på korte indlæggelser i AMA Aalborg, dateret maj 2022.

4. Eventuelt

Mikkel Grimmes have orienterede om

- status på modtagelse af ukrainske flygtninge. Den nationalt aftalte fordelingsløsning er påbegyndt i lokalt regi. Det indebærer en fælles fordeling blandt alle læger via Borgerservice.
- status på sundhedsklynger. Lovgivningen på området er nu vedtaget. Almen praksis indgår nu som part. I klynge midt er der aftalt at det første møde afholdes den 20. september 2022.

Organisationsdiagram - Sundhed og Kultur 2022



Sundhed og Kultur - kendetegn

- Bred opgaveportefølje - meget forskellige fagområder og love som vi administrerer
- Kontakt med en meget stor del af kommunens borgere "fra vugge til grav" - individuelt eller via fx foreninger og samråd
- Aktiviteter i hele kommunen
- Sundhed og Kulturs aktiviteter og ydelser er, langt overvejende, et positivt tilvalg for borgerne
- De nye fagområder pr. 1. januar 2022 betyder flere drifts- og myndighedsopgaver i Sundhed og Kultur

Fuldtidsnormeringer

- Sundhed: 346,92
- Kultur og Biblioteker: 172,36
- Fritid og Landdistrikt: 107,78
- Administration og Borgerservice: 57,38

Samlet antal fuldtidsnormeringer: 684,44
= godt og vel 1.000 hoveder, heraf 45 ledere



Aalborg Kommune



Job og Velfærd

Præsentation på Kommunalt Lægeligt udvalg

16. juni 2022

Ved direktør Arne Lund Kristensen

1

Aalborg Kommune

Agenda

Præsentation af Job og Velfærd

- Ny struktur – organiseringen
- Hvordan kan Almen Praksis og Job og Velfærd understøtte samarbejdet med hinanden?

2

Aalborg Kommune

Job og Velfærd

- Vi sætter stor pris på samarbejdet med praksislægerne
- Vi har fokus på borgerne – og her er borgernes sundhed og borgernes oplevelse af sammenhæng mellem praksislægen og indsatsen i Job og Velfærd af afgørende betydning
- Samarbejdet er vigtigt ift. Job og Velfærds kerneopgaver på børne-, unge- voksen-, job- og uddannelsesområdet og herunder omkring temaer som fx ulighed i sundhed og mental sundhed



5

Aalborg Kommune

Politisk fokus

Den nye forvaltning har en hel central rolle i at sikre vækst og velfærd i Aalborg Kommune

- Flere skal i arbejde
- Øget jobvækst
- Flere unge i uddannelse
- Borgere med handicap skal have samme muligheder for at udnytte eget potentiale og samme ansvar for eget liv som andre borgere
- Færre børn og familier i udsatte positioner
- Flere skal være del af fællesskabet
- Trygge boligområder
- Økonomisk sammenhængskraft



6

Aalborg Kommune

Voksenområdet

- Sundhedstjek for borgere på botilbud
- Sundhedstjek for udsatte borgere
- Større fokus på skadereducerende tilgang til borgere med misbrug og psykisk sygdom
- Styrket koordinering ved sektorovergang
- Psykiatriens Hus



7

Aalborg Kommune

Børne- og Familieområdet

- Sikker digital kommunikation mellem praksislægerne og Familiegrupperne
- Digital underretningsløsning
- Behovsanalyse inden for børn- og unge socialpsykiatri



8

Aalborg Kommune

Job- og Uddannelsesområdet

- Samarbejde mellem borgers jobcenterrådgiver og praksislæge er vigtigt ift. borgernes forløb – "attester" og "rundbordssamtaler"
- Reformen på beskæftigelsesområdet har betydet nye dokumentationskrav og nye attester
- I 2021 er der i Aalborg indhentet 11.013 attester fra de praktiserende læger.
92 % af anmodningerne kommer fra jobcentret og her er det Sygedagpengehuset, der indhenter langt de fleste

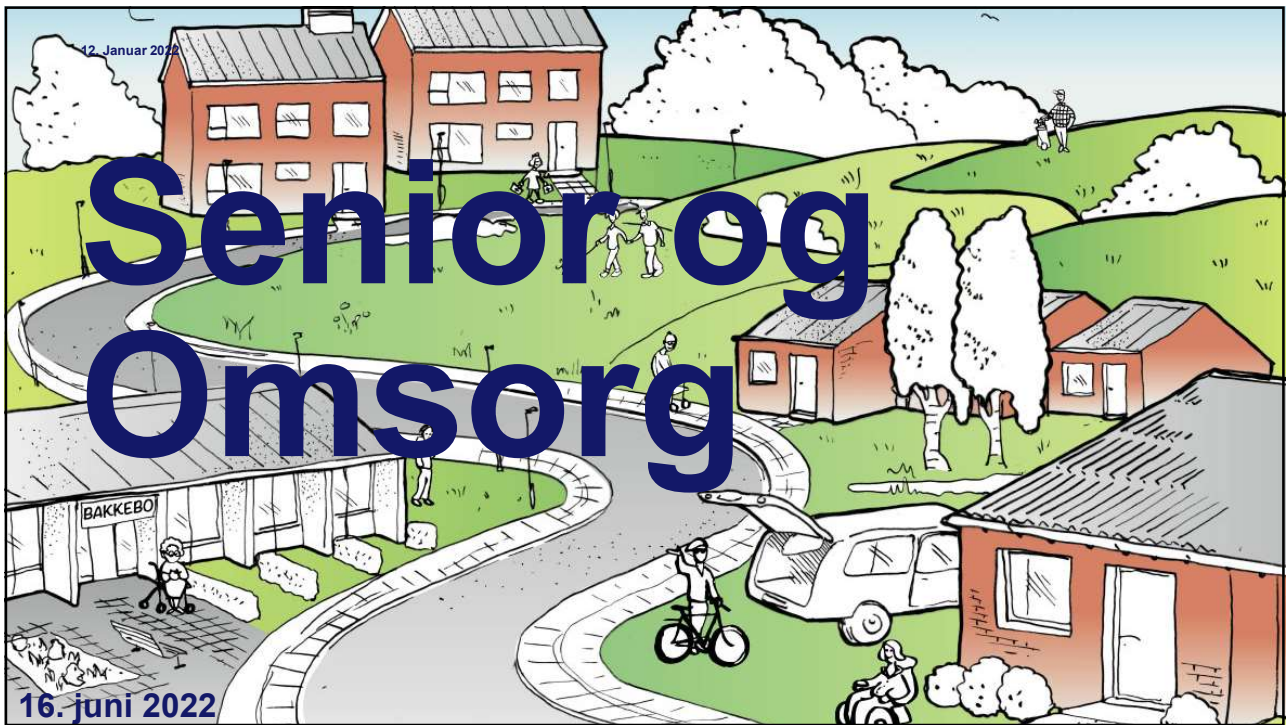


9



**Aalborg
Kommune**

10



1

De mennesker vi er her for

Senior og Omsorg's 4.500
medarbejdere
samarbejder med
ca. 15.000 borgere årligt.



2

Aalborg Kommune

Nøgletal - Senior og Omsorg

Medarbejdere - godt 4.000 normeringer

Budget på knap 2,1 mia. kr.

150 ledere

Mange store arbejdspladser med mere end 50 medarbejdere

Personalegrupperne er især:

- Social- og Sundhedshjælpere (SSH),
- Social- og sundhedsassistenter (SSA),
- Sygeplejersker,
- Terapeuter,
- Socialrådgivere,
- Hk'ere med flere.



3

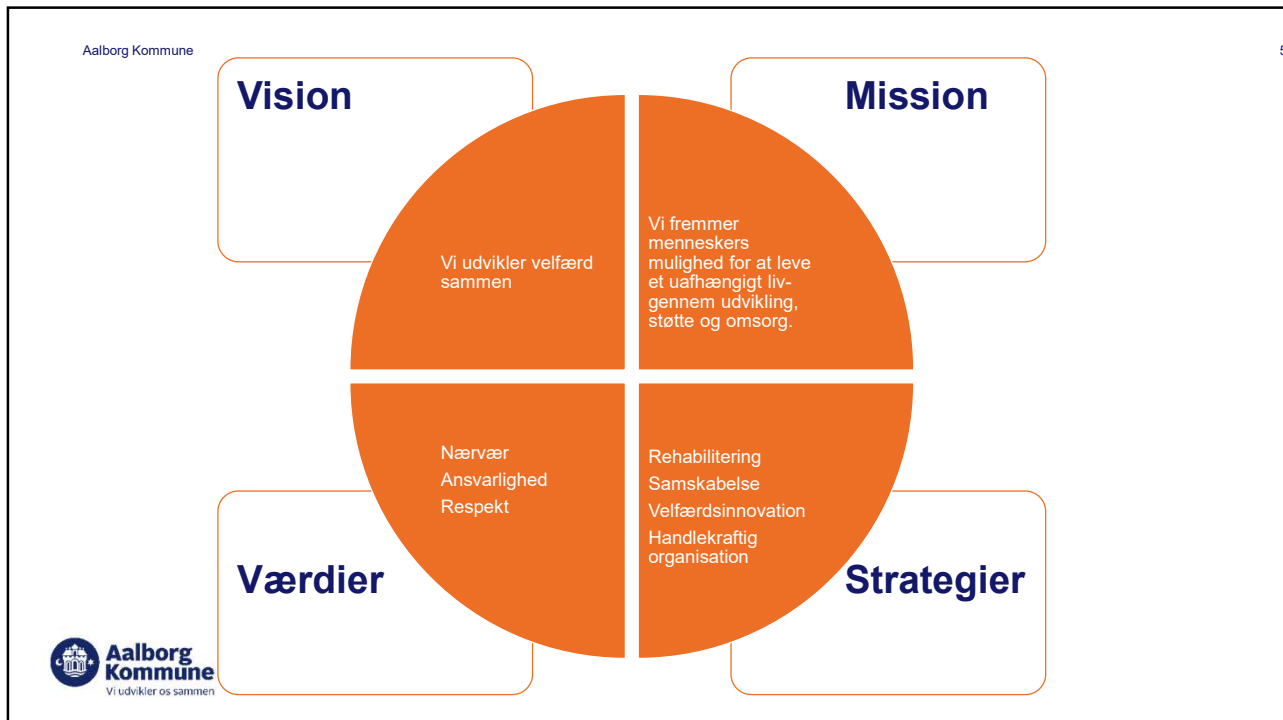
Aalborg Kommune

4

Senior og Omsorg



4



5

Aalborg Kommune

6

Senior og Omsorgs strategisk indsats

Rekruttering og fastholdelse



Rehabilitering



Velfærdsinnovation



Det nære sundhedsvæsen



6

Marts 2022

Sundhedsprofilen

Hvordan har du det?

2021



Sundhed og Kultur



1

Aalborg Kommune

Sundhedsprofilen 2021



Sundhedsprofilen er en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse målrettet 16+ årige



Sundhedsprofilen omfatter godt 183.000 borgere i hele landet. Heraf ca. 21.000 i region Nordjylland, hvoraf ca. 4.000 i Aalborg Kommune



Sundhedsprofilen er et centralt redskab som baggrund for både nationale, regionale og kommunale Initiativer

2

Sundhedsprofilen

- Gennemført i 2010, 2013, 2017 og 2021.
- Statens Institut for Folkesundhed og de 5 regioner står for gennemførelsen
- National sundhedsprofil "Danskernes sundhed"
- Regional sundhedsprofil "Hvordan Har Du Det ?"
- Profiler for de 11 kommuner i Region Nordjylland

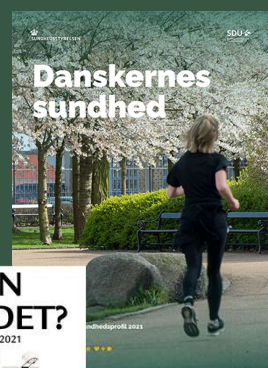
3

Links til rapporter

National rapport: [Danskernes sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2021 - Sundhedsstyrelsen](#)

Regionsrapporten: [Sundhedsprofil web.ashx \(rn.dk\)](#)

Aalborg Kommune: [web aalborg_sp2021.ashx \(rn.dk\)](#)



4

DANSKERNES SUNDHED

Tal fra Den Nationale Sundhedsprofil

STATENS INSTITUT FOR
POLIKESUNDHED

Helbred og trivsel

- › Helbredsrelateret livskvalitet

Sundhedsadfærd

- › Rygning
- › Fysisk aktivitet
- › Alkoholforbrug
- › Kost
- › Overvægt og undervægt

Sygelighed

- › Langvarig sygdom
- › Specifikke sygdomme og helbredsproblemer
- › Smerter eller ubehag

Kontakt til egen læge

- › Kontakt til egen læge

Sociale relationer

- › Sociale relationer

Velkommen til Den Nationale Sundhedsprofil for 2010, 2013, 2017 og 2021

Her på siden kan du finde oplysninger om danskernes sundhed i kommuner, regioner og i hele landet. Der er indsamlet data i 2010, 2013, 2017 og 2021 i undersøgelse "Hvordan har du det?".

© Copyright 2014

[Vejledning](#) [Baggrund](#) [Kontakt](#) [FAQ](#)
[Spørgeskema](#) [Ansøg om data](#)

5

Aalborg Kommune

6

Regionalt dashboard

<https://rn.dk/sundhedsprofildata>

Sundhedsprofilen - Hvordan har du det?

Fysisk og mental sundhed

Helbred og livskvalitet

Her belyses bl.a. borgernes egne, subjektive vurderinger af deres helbred, mens der også stilles skarpt på tilfældet med livet og COVID-19-pandemiens betydning for livskvaliteten.

[Link til rapport](#)

Sociale relationer

Her stilles der skarpt på, hvordan nordjyderne indgår i fællesskaber med hinanden, og du kan bl.a. se tal for hvor mange, der har nogen at tale med, når de har behov for det.

[Link til rapport](#)

Stress og trivsel

Denne del omhandler nordjydernes mentale sundhed, og af hvor stress findes her også tal om f.eks. nedtrythed, accept af eget udsende, forventninger til en selv, og betydelige i livet.

[Link til rapport](#)

Sygelighed

Her kan der ses tal for, hvor mange der angiver at have en langvarig sygdom eller anden lidelse på mere end 6 måneder, og hvilke sygdomme og lidelser der er tale om.

[Link til rapport](#)

Sundhedsvaner

Alkohol

Her kan du bl.a. læse om hvor mange, der ikke lever op til Sundhedsstyrelsens nye udmeldinger om alkohol, og hvor mange der selv har taget på problematisk alkoholforbrug.

[Link til rapport](#)

Fysisk aktivitet

Denne del omhandler nordjydernes bevægelsesvaner, hvor borgerne har besvaret spørgsmål om deres fysiske aktivitetsniveau i fritiden - fra fysisk motion til hård træning og konkurrencidræt.

[Link til rapport](#)

Kost

I denne del kan du læse, se, hvordan den nordjyske befolkning fordeler sig på tre rangerede kostmønstre og hvor ud fra spørgsmålet om bl.a. indtag af frugt, grønt og fisk.

[Link til rapport](#)

Rygning og nikotinprodukter

Her kan du bl.a. finde tal for, hvor mange borgere der er røgere, og hvor mange af dem, der ønsker at stoppe. Du kan også få information om nordjydernes anvendelse af snus og e-cigaretter.

[Link til rapport](#)

Sov

Du kan her bl.a. finde information om borgernes søvnhygiejne. Søvnhygiejnen er knyttet til søvninddæk, skift på baggrund af forskellige spørgsmål om borgernes søvnvaner.

[Link til rapport](#)

Vægt

Forsiden en kategorisering af borgere i fire forskellige vægtpåklaser på baggrund af deres BMI. Findes her også tal for, hvor mange svært overvægtige, der samtidig ønsker at tabe sig.

[Link til rapport](#)

6

Eksempler på anvendelse af sundhedsprofildata

- **Nationalt**
- Forskning, baggrund for anbefalinger, eventuel lovgivning og andre initiativer.
- **Region:**
- Tværgående initiativer, rådgivning til kommuner
- **Kommune:**
- Sundhedspolitik og konkrete initiativer og indsatser.

7

Om denne præsentation

I dette følgende præsenteres resultaterne for Aalborg Kommune med fokus på 8 centrale temaer:



8

Aalborg Kommune

9



Rygning

Færre aalborgensere ryger dagligt



13,1 % ryger dagligt

24.016
daglige
rygere i AAK

15,2 %
i 2017



3,8 % kvinder er
storrygere



6,1 % mænd er
storrygere

9

Aalborg Kommune

10



Alkohol

Problematisk
alkoholforbrug



11,2 % har tegn på
problematisk
alkoholforbrug

20.500
med
problematisk
alkoholforbrug

11,5 %
i 2017



7,7 % kvinder har tegn
problematisk
alkoholforbrug



14,9 % mænd har tegn
problematisk
alkoholforbrug

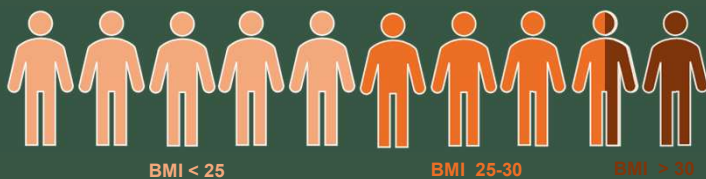
10

Aalborg Kommune

11



Overvægt



17,3 % har et BMI over 30

31.700

med BMI > 30 i
AAK

17,8 %

med BMI > 30 i
2017

11

Aalborg Kommune

12



Fysisk aktivitet

Færre er fysisk inaktive



19,5 % er fysisk inaktive

35.750

borgere i AAK

21,9 %

var fysisk inaktive
i 2017

12

Aalborg Kommune

13



Mentalt helbred

Flere har et dårligt
mentalt helbred



19,5 % har et **dårligt
mentalt helbred**

35.750
borgere i AAK

13,8 %
i 2017

13

Aalborg Kommune

14



Stress

Flere scorer højt på
stresskalaen



30,9 % har en **høj score
på stresskalaen**

56.650
borgere i AAK

23,7 %
i 2017

14



Søvn

Flere sover dårligt



16,4 % med **dårlig søvnkvalitet**

30.000
borgere i AAK

14,7 %
i 2017

15

Borgere med kronisk sygdom

- Stadig flere lever med kronisk sygdom
- Stadig flere med multisygdom

Andel af borgere i Region Nordjylland med flere samtidige kroniske sygdomme (%)						
Borgere med denne sygdom ...	... som også har denne sygdom					
	KOL	Hjertekar-sygdom*	Diabetes	Muskelskelet-sygdom**	Kræft	Psykisk lidelse
KOL	-	16,7	14,8	68,2	9,9	16,6
Hjertekarsygdom*	17,9	-	18,5	63,5	10,2	13,5
Diabetes	12,3	14,5	-	56,7	7,6	11,6
Muskelskeletsygdom**	10,5	8,9	10,4	-	7,0	12,6
Kræft	13,4	12,7	12,4	61,9	-	11,7
Psykisk lidelse	8,1	6,0	6,7	40,5	4,2	-

* Tallet for hjertekarsygdom inkluderer ikke forhøjet blodtryk

** Tallet for muskelskeletsygdomme omfatter slidgigt, leddegigt, knogleskørhed (osteoporose) samt diskusprolaps og andre ryg sygdomme.

16

Borgere med kronisk sygdom

- Borgere med kroniske sygdomme scorer generelt højt på alle parametre om dårlig trivsel og problematiske sundhedsvaner.

Sundhedsvaner blandt borgere i Region Nordjylland med kroniske sygdomme (%)					
	Daglig rygning	Fysisk inaktiv	Svær overvægt	Højt alkoholforbrug	Usund kost
Muskelskeletsygdom*	16,7	21,6	27,7	14,7	19,7
Diabetes	16,1	32,5	42,4	12,4	18,6
KOL	36,7	33,6	26,2	23,0	29,0
Hjertekarsygdom**	20,0	32,3	30,0	15,9	22,2
Kræft	13,4	23,2	23,9	14,9	19,8
Psykisk sygdom	13,8	29,5	31,1	16,4	25,6
Alle borgere	14,2	19,3	21,4	14,7	20,9

* Tallet for muskelskeletsygdomme omfatter slidgigt, leddegigt, knogleskørhed (osteoporose) samt diskusprolaps og andre rygsygdomme.
 ** Tallet for hjertekarsygdom inkluderer ikke forhøjet blodtryk

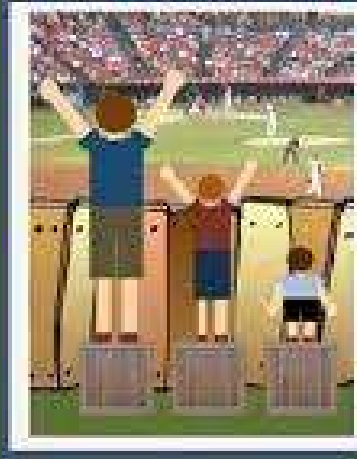
17

Kommunal anvendelse af sundhedsprofildata

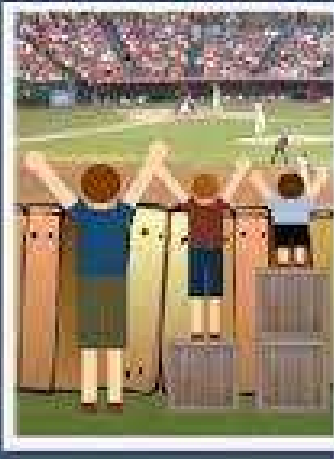
Sundhedsprofilen er en af grundpillerne, når kommunen skal udfylde rolle på sundhedsområdet:

- skabe sunde rammer for borgernes hverdag
- arbejde sundhedsfremmende i alle kontakter med borgerne
- etablere forebyggelsestilbud til borgere med behov for særlige indsatser

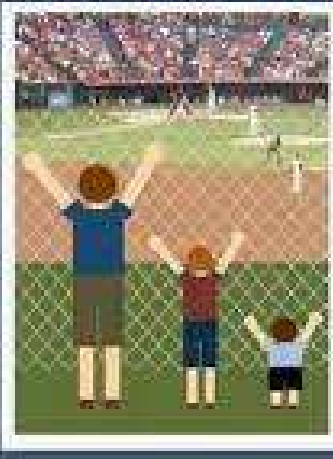
18



Lighed
(samme tilbud til alle)



Ligestilling
(målrettede indsatser)



Sunde rammer

19



**Aalborg
Kommune**

20

Kilder med resultater

Offentlige data:

- National rapport plus databasen <https://www.danskernessundhed.dk/>
- Regional rapport plus dashboard <https://rn.dk/sundhedsprofildata>

Beskyttede data:

- Database med alle besvarelser med mulighed for at tilknytte registerdata

INVENTERING VIA TVÆRSEKTORIEL AUDIT I AMA AALBORG



Erfaringer fra auditproces, fund og forbedringspotentialer
- KLU d. 16. juni 2022

 AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL
- i gode hænder

1

SUNDHEDS- OG KULTURFORVALTNINGEN INDSTILLER TIL KOMMUNALT LÆGELIG UDVALG:

- At tage orienteringen om fund og forbedringspotentialer fra den tværsektorielle audit til efterretning
- At drøfte igangværende og mulige forbedringsindsatser i primær sektor rettet mod fund og forbedringspotentialer

2

2

BAGGRUND

Grundet et nationalt stigende pres på akutsystemet blev der i november 2021 afholdt en tværsektorielle patientinventering i Region Nordjyllands akutmodtagelser.

Der blev i den forbindelse fra alle sektorer udtrykt ønske om, at se nærmere på korte, akutte indlæggelsesforløb i regionens AMA'er; særligt for patienter med en kommunal kontakt.

Strategisk sundhedsforum bakkede op om forslaget.

3

3

FORMÅL OG AUDITDESIGN

Formål:

1. At skabe læring og fælles forståelse af tværsektorielle arbejdsgange
2. At involvere klinikere på tværs af sektorgrænser i at drøfte kvaliteten af målgruppens forløb
3. At drøfte relevansen af indlæggelsen i AMA samt
4. At identificere eventuelle forbedringsforslag.

Design:



4

4

MÅLGRUPPE

- Patienter indlagt og udskrevet fra AMA
- Patienter min. 18 år gamle
- Patienter med indlæggelsestid på op til 72 timer
- Patienter med bopæl i hospitalets optageområder

Efterfølgende manuel sortering for at afgrænse ift. patienter, der har en kommunal kontakt ved indlæggelse i form af enten:

- Sundhedsydelser efter sundhedsloven eller
- Personlig hjælp efter serviceloven

5

5

MÅLGRUPPEN ER KARAKTERISERET UD FRA FØLGENDE:

- Multisyrge patienter
- Gennemsnitsalder på 76 år
- Gennemsnitligt har de 5 forskellige diagnoser, hvor de gennemgående diagnoserne er demens, KOL, diabetes, cancer og hjertekarsygdomme
- 39 % har indenfor de sidste 30 dage haft en eller flere indlæggelser



6

6

VÆRDI FOR PATIENTEN I DET SAMLEDE PATIENTFORLØB?

For 43% blev det vurderet, at indlæggelsen ikke havde værdi ud fra en fælles sundhedsfaglig vurdering på tværs af sektorerne. I de tilfælde hvor indlæggelsen er vurderet til ikke at have værdi, peger auditgrupperne på alternativer f.eks.

- 1) en plads i Akuttilbud Aalborg
- 2) behandling i primærsektor, hvor muligt
- 3) sub-akut tilbud og/eller
- 4) at den kommunale sygepleje eller akutsygeplejen bringes i spil.

7

7

VURDERES FORLØBET AT KUNNE VÆRE VARETAGET I PRIMÆRSEKTOR?

For 25% vurderes forløbet at kunne varetages i primærsektor. I flere tilfælde i samarbejde med ambulatorier, hvor patienterne allerede var tilknyttet.



8

8

VURDERES FORLØBET AT KUNNE VÆRE VARETAGET VIA SUB-AKUT TID PÅ HOSPITALET? OG/ELLER DAGHOSPITAL?

For 36% vurderes indlæggelsen at kunne være varetaget via sub-akut tid eller daghospital. Også her vurderer auditgrupperne at dette, i flere tilfælde, kan finde sted via samarbejde mellem kommunen og de ambulatorier, som patienten allerede er tilknyttet.



9

9

SAMARBEJDE I PRIMÆR SEKTOR

- I 75% af forløbene er der ikke registreret et opfølgende hjemmebesøg ved almen praksis.
- I 43% af forløbene er der i primære sektor ikke lavet en målrettet plan for patientens forløb efter udskrivelsen.
- 43 % af patienterne har efter udskrivelsen mellem 1 – 4 genindlæggelser inden for 30 dage.
- I 25% vurderes forløbet at kunne varetages i primærsektor, i flere tilfælde i samarbejde med ambulatorier, hvor patienterne allerede var tilknyttet.
- 29% af patienterne vurderes at kunne have været set og behandlet i et daghospital.

10

VÆSENTLIGSTE AUDITFUND MED FORBEDRINGSPOTENTIALE:

1. **Manglende tidlig opsporing af begyndende sygdom i primærsektor** via ABCDE og TOBS i 79% af forløbene og manglende kontakt til den kommunale sygepleje/akutsygepleje i 75% af patientforløbene forud for en indlæggelse.
2. **Kommunikation mellem indlæggende og modtagende læge:** Henvielse fra indlæggende læge er kun fundet tilgængelig for læger og sygeplejersker på hospitalet i 21% af forløbene. I 8 ud af de 28 forløb er patienterne kommet ind via 112 / ambulance, men hvor egen læge ikke har bestilt og de ikke er blevet visiteret igennem AMK.
3. **Patienter med ambulante forløb med høj risiko for akut forværring** bliver indlagt akut i AMA, uden at der tages stilling til sammenhæng med deres ambulante forløb.
4. **Epikrise og behandlingsplan:** Der ses rettidig afsendelse af epikriser ved udskrivelsen i 75% af forløbene. I 71% vurderes der at være beskrevet en fyldestgørende behandlingsplan. Der ses desværre ikke i alle tilfælde, at den er modtaget i kommunalt regi.
5. **Stillingtagen til genoplivning og behandlingsniveau:** Der mangler klare og tydelige oplysninger om, hvorvidt borger har taget stilling til fravalg af genoplivning. Herunder mangler der en elektronisk mulighed for at videregive oplysninger på tværs af sektorer (almen praksis - DPV - hospital - kommune), hvis der er taget stilling. Der mangler yderligere klare og tydelige aftaler om behandlingsniveau.

11

11

DRØFTELSE

- Hvilke allerede igangværende forbedringsindsatser kan vi i fællesskab understøtte yderligere mhp. at højne kvaliteten?
- Hvilke mulige forbedringsindsatser kan vi i fællesskab rettet mod audittens fund og potentialer?

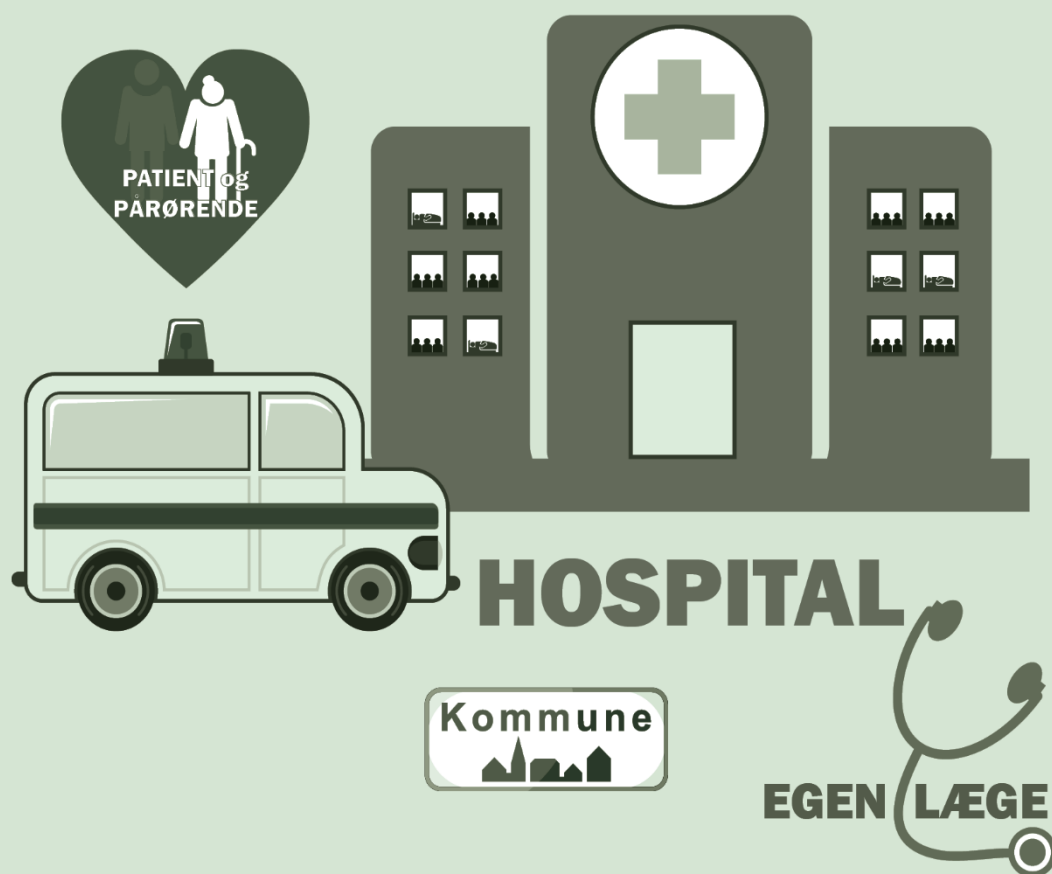
1. Hvad?
2. Hvem?
3. Hvordan?
4. Hvornår?
5. Hvad vil det gavne?
6. Hvordan evaluerer og følger vi indsatserne løbende?

12

12

PIXI-afrapportering på patientinventering i Akutte Modtageafsnit i Region Nordjylland

- Er rette patient på rette sted på rette tidspunkt?



Afrapportering på inventering via tværsektoriel audit på korte indlæggelser i AMA Aalborg i et samarbejde med Den Præhospitale Virksomhed, Almen Praksis og Jammerbugt- og Aalborg kommune

Maj 2022

Charlotte Laubek, Ældre og Sundhed, Aalborg Kommune

Rikke Beckermann, Kvalitet og Sammenhæng, Aalborg Universitetshospital

Indholdsfortegnelse

1.	Baggrund.....	5
2.	Formål.....	5
3.	Datagrundlag	5
4.	Metode	5
5.	Auditfund	6
5.1	Baggrundsdata og population	6
5.2	Opsummering af fund inden indlæggelsen	6
5.3	Opsummering af fund under indlæggelsen.....	6
5.4	Opsummering vedr. fund efter indlæggelsen	7
5.5	Har indlæggelsen i AMA bidraget med værdi for patienternes samlede forløb?	7
5.6	Kunne patientens forløb evt. være varetaget i primærsektor?	7
5.7	Kunne forløbet være varetaget som en sub-akut tid på hospitalet næste dag eller i et daghospital?... 7	
6.	Forbedringspotentialer.....	7
6.1	Manglende tidlig opsporing, ABCDE og TOBS	7
6.2	Forebyggelige fald	8
6.3	Særligt sårbare patienter, som er kognitivt udfordrede eller har demens	8
6.4	Manglende kommunikation fra kommune til hospital.....	8
6.5	Manglende kommunikation fra hospital til kommune ved udskrivelse.....	8
6.6	Manglende kommunikation/henvisning fra indlæggende læge til hospitalet	8
6.7	Genoplivning og behandlingsniveau	9
6.8	Hyppige 1-1-2 opkald.....	9
6.9	Ventetid ved Vagtlægen	9
6.10	Varslingsniveau	9
6.11	Plejeforløbsplan.....	9
6.12	Manglende sammenhæng i højrisiko forløb	9
6.13	Opfølgende hjemmebesøg	10
6.14	Samarbejde mellem vagtlæge, kommunale sygeplejersker og hospital	10
7.	Konklusion	10
8.	Perspektivering og anbefalinger	10

Forord

Denne tværasektorielle audit er gennemført på foranledning af Strategisk Sundhedsforum i Region Nordjylland. Afsættet er en regional audit på akutte forløb gennemført i november 2021. Denne gav en nysgerrighed i forhold til at undersøge korte indlæggelser under 72 timer i de Akutte Modtageafsnit (AMA) ift. patienter med en kommunal kontakt. Intentionen med auditten er at bidrage med ny viden og forståelse af tværasektorielle patientforløb. Forløb, der er kendetegnet ved de problematikker, som opleves af ældre multisyge patienter med kommunal tilknytning samt mulige tiltag, der kan forbedre forløbene for patienterne.

Nærværende audit er planlagt, designet og gennemført med bred repræsentation fra alle sektorer målrettet patienter bosiddende i Aalborg og Jammerbugt Kommune. Medarbejdere og ledere fra Aalborg Universitetshospital, Den Præhospital Virksomhed, almen praksis, PLO Aalborg K, samt Aalborg og Jammerbugt Kommune har deltaget med stort engagement og med fokus på læring og samarbejde. I auditprocessen har der været stor åbenhed og interesse i at finde løsninger, som kan skabe sammenhæng mellem tilgængelige ressourcer og patienternes behov. Denne interesse afspejler et grundlæggende ønske fra både almen praksis, kommuner, regionen og hospitalerne om at bidrage til, at vores fælles indsatser har den bedst mulige kvalitet.

Alle auditdeltagere har fået nærværende rapport til gennemsyn med henblik på at kvalificere og validere rapporten. En stor tak til alle deltagere for konstruktive bidrag, engageret indsats under selve auditeringen og for positiv interesse og opbakning gennem hele processen.

Grundet et relativt lille datagrundlag fordelt på 28 patienter med tilknytning til én akutmodtagelse, to forskellige kommuner og et større antal alment praktiserende læger, kan der ikke konkluderes generaliserende eller med statistisk belæg. I stedet peges der, med afsæt i klinikernes fælles vurderinger af patienternes forløb på tværs af sektorer, på opmærksomhedsområder og forbedringspotentialer, der med fordel kan undersøges og afdækkes nærmere.

Rapporten kan forhåbentlig fungere som et inspirerende sundhedsaftale-emne og bidrage til drøftelser i bl.a. klyngesamarbejdet, i forhold til udvikling af nye samarbejdsformer og prøvehandling, der selvfølgelig altid vil være lokale og kontekstafhængige. Rapportens resultater, opmærksomhedsområder og forbedringspotentialer kan ligeledes drøftes i eksisterende samarbejdsfora i regi af kommuner, hospital, Nord-KAP og PLO -Nordjylland.

Vi håber, at rapporten vil blive anvendt i samme samarbejdsånd, som den er tilblevet: Når vi samarbejder med tillid og gensidig respekt, så bliver vi alle klogere og vores fælles indsatser rettet mod patienterne mere kvalificerede.

Med venlig hilsen

Mette Bolvig, Formand PLO, Aalborg Kommune

Helen Kæstel, Sygeplejechef, Aalborg Kommune

Jan Nybo, Chef for Det Nære Sundhedsvæsen, Aalborg Universitetshospital

Charlotte Wiig Allerød, Kvalitetschef, Kvalitet og Sammenhæng, Aalborg Universitetshospital og

Jette Simonsen, Sygeplejeleder, Jammerbugt Kommune

Læsevejledning

I denne kortfattede "PIXI-rapport" fremstilles indledningsvist baggrund og formål for inventering via tværasektorielle audits i Akutmodtagelserne i Region Nordjylland. Herefter følger en opsummering af auditfund før/under/efter indlæggelsen og ift. inventeringens hovedspørgsmål, efterfulgt af opmærksomhedsområder og forbedringspotentialer. For yderligere information kan hovedrapporten anvendes som opslagsværk. Hvert afsnit kan tilgås ved at klikke ind i relevante afsnit via indholdsfortegnelsen.

I følgende links og QR-koder er baggrundsdata i form af SurveyExact rapporter tilgængeligt.

Samlet rapport: <https://skema.rn.dk/report/shared/bb23bc9e-fff4-4a7d-9be4-24f8c5d70ed3>



Aalborg rapport: <https://skema.rn.dk/report/shared/3dba1941-dfd5-439b-94db-eb21b806d476>



Jammerbugt rapport: <https://skema.rn.dk/report/shared/c6679114-0f2d-408f-abbe-8e196d0f423f>



Resume

Der er udført en tværsektoriel audit på korte indlæggelser op til 72 timer i AMA Aalborg for patienter over 18 år med en kommunal kontakt med deltagelse af Aalborg og Jammerbugt kommune, DPV, Aalborg Universitetshospital og almen praksis. Auditskemaet er udviklet i et samarbejde mellem sektorerne og afdækker forløbet op til, under og efter indlæggelsen og leder frem mod fælles konklusioner ift. om indlæggelsen har givet værdi, eller om der kunne være et bedre alternativ til indlæggelse.

Der er auditeret på 28 patientforløb. Auditten viser, at målgruppen er karakteriseret ved at være multisyge. Gennemsnitligt har de 5 forskellige diagnoser, hvor de gennemgående diagnoser er demens, KOL, diabetes, cancer og hjertekarsygdomme. 39 % har indenfor de sidste 30 dage haft en eller flere indlæggelser.

For 43% blev det vurderet, at indlæggelsen ikke havde værdi ud fra en fælles sundhedsfaglig vurdering på tværs af sektorerne. I de tilfælde, hvor indlæggelsen er vurderet til ikke at have værdi, peger auditgrupperne på alternativer f.eks. 1) en plads i Akuttilbud Aalborg 2) behandling i primærsektor, hvor muligt, 2) sub-akut tilbud og/eller 4) at den kommunale sygepleje eller Akutsygeplejen bringes i spil.

For 25% vurderes forløbet at kunne varetages i primærsektor. I flere tilfælde i samarbejde med ambulatorier, hvor patienterne allerede var tilknyttet.

For 36% vurderes indlæggelsen at kunne være varetaget via sub-akut tid eller daghospital. Også her vurderer auditgrupperne, at dette i flere tilfælde, kan finde sted via samarbejde mellem kommunen og de ambulatorier, som patienten allerede er tilknyttet.

Auditten viser, at der fortsat er et stort behov for en fælles tværsektoriel indsats for gruppen af ældre multisyge patienter med stor risiko for genindlæggelser. Gennemgående ses en tendens til, at audittens væsentligste fund vedrører manglende implementering af faglige procedurer, retningslinjer og aftaler vedr. samarbejde og kommunikation internt og på tværs - i flere tilfælde pga. store IT- mæssige udfordringer ift. kommunikation på tværs.

Væsentligste auditfund med forbedringspotentiale:

1. **Manglende tidlig opsporing af begyndende sygdom i primærsektor** via ABCDE og TOBS i 79% af forløbene og manglende kontakt til den kommunale sygepleje/akutsygepleje i 75% af patientforløbene forud for en indlæggelse.
2. **Kommunikation mellem indlæggende og modtagende læge:** Henvisning fra indlæggende læge er kun fundet tilgængelig for læger og sygeplejersker på hospitalet i 30 % af forløbene.
3. **Patienter med ambulante forløb** bliver indlagt akut i AMA, uden at der tages stilling til sammenhæng med deres ambulante forløb.
4. **Epikrise og behandlingsplan:** Der ses rettidig afsendelse af epikriser ved udskrivelsen i 75% af forløbene. I 71% vurderes der at være beskrevet en fyldestgørende behandlingsplan. Der ses desværre ikke i alle tilfælde, at den er modtaget i kommunalt regi.
5. **Stillingtagen til genoplivning og behandlingsniveau:** Der mangler klare og tydelige oplysninger om, hvorvidt borger har taget stilling til fravalg af genoplivning. Herunder mangler der en elektronisk mulighed for at videregive oplysninger på tværs af sektorer (almen praksis - DPV - hospital - kommune), hvor der er taget stilling. Der mangler yderligere klare og tydelige aftaler om behandlingsniveau.
6. **Opfølgende hjemmebesøg:** I 11% af forløbene er der anbefalet et opfølgende hjemmebesøg i epikrisen. I 25% af forløbene er der i det kommunale dokumentationssystem registreret et opfølgende hjemmebesøg ved almen praksis.

1. Baggrund

Region Nordjylland oplevede i 2021 et stigende aktivitetspres på regionens akutmodtagelser. Derfor blev det i regi af regionens administrative forum Sundhedsfagligt Spor den 1. november 2021 besluttet, at Regionen skulle undersøge, hvorvidt den rette patient er på rette sted på rette tidspunkt. Dette gennem en patientinventering gennemført som en tværsektoriel audit i uge 47 i 2021.

I forbindelse med den afsluttede tværsektorielle patientinventering er der fra alle sektorer - både under og efter patientinventeringen - blevet udtrykt ønske om at se nærmere på korte, akutte indlæggelsesforløb i regionens AMA'er; særligt for patienter med en kommunal kontakt. Strategisk Sundhedsforum, en tværsektoriel direktørkreds med repræsentanter fra alle kommuner, hospitaler og PLO bakkede op om forslaget, og der blev udpeget regionale lokale tovholdere på hver matrikel i Aalborg, Thisted, Hobro og Hjørring.

Denne rapport omfatter auditfund fra audit afholdt d. 20. maj, 2022 med repræsentation af almen praksis, Aalborg og Jammerbugt kommune, Den Præhospital Virksomhed og Aalborg Universitetshospital.

2. Formål

Formålet med den tværsektorielle audit var 1) at skabe læring og fælles forståelse af tværsektorielle arbejdsgange, 2) at involvere klinikere på tværs af sektorgrænser i at drøfte kvaliteten af målgruppens forløb, 3) at drøfte relevansen af indlæggelsen i AMA samt 4) at identificere eventuelle forbedringsforslag.

Med afsæt i et ønske om at skabe en fælles viden på tværs af sundhedsvæsenets aktører har inventeringen afdækket:

1. Har indlæggelsen i AMA bidraget med værdi for patienten i det samlede patientforløb, ud fra auditgruppens samlede sundhedsfaglige vurdering?
2. Vurderes forløbet at kunne være varetaget i primærsektor? Hvis ja, hvordan og under hvilke forudsætninger?
3. Vurderes kontakten at kunne være varetaget via sub-akut tid på hospitalet? Og eller daghospital? Hvis ja, hvordan og under hvilke forudsætninger?

3. Datagrundlag

Målgruppen er patienter over 18 år, der har været indlagt i op til 72 timer i AMA på Aalborg Universitetshospital, og som har enten Aalborg eller Jammerbugt som hjemkommune. Som eksempel udgjorde patientgrundlaget i 2021 for patienter med Aalborg som hjemkommune 2.693 patienter. Data vedrørende patientkontakter er trukket på både hverdage, weekend, samt dag og aften over en periode på 3 uger i marts måned 2022.

I alt er 28 patientforløb gennemgået fordelt på 23 patienter fra Aalborg kommune og 5 fra Jammerbugt kommune. Tilgængelig tid og antal deltagende medarbejdere var afgørende for hvor mange forløb, der blev auditeret på.

4. Metode

Patientinventeringen er gennemført med læringsorienteret kvalitativ og kvantitativ audit som metode. Auditskemaet er udviklet i samarbejde med alle relevante tværsektorielle enheder og fagprofessionelle med afsæt i faglige og kliniske standarder samt "Best Practice". Skemaet er udviklet ud fra et ønske om at se ind i: 1) de enkelte patientforløb i primærsektor op til kontakten i AMA, 2) hvad der skete i samarbejdet mellem

primær sektor, Den Præhospitale Virksomhed (DPV) og hospitalet i forbindelse med indlæggelsen, 3) hvad der skete under indlæggelsen og 4) hvad der skete i forbindelse med og efter udskrivelsen til primær sektor. Den tværsektorielle audit blev afholdt d. 20. maj 2022 i Aalborg. Der var afsat 3 timer til auditeringen.

På dagen deltog repræsentanter fra Aalborg og Jammerbugt kommune, repræsentanter fra almen praksis, herunder såvel regionale som kommunale praksiskonsulenter og PLO-repræsentant, samt repræsentanter fra DPV og hospitalerne, herunder afdelingsledelserne i AMA. Repræsentanter fra alle sektorer var fordelt i mindre grupper. I Aalborg var repræsentanter fra alle sektorer opdelt i 4 mindre grupper, mens deltagerne fra Jammerbugt kommune var samlet i én gruppe. Almen praksis var repræsenteret i 3 grupper. Her havde de rollen som penneførere, afspejlende den rolle som tovholdere for patientens forløb, som alment praktiserende læger varetager i dagligdagen.

I det følgende præsenteres en kondensering af auditfund, efterfulgt af auditgruppens læringspointer og forbedringsideer.

5. Auditfund

Grundet det relativt lille datagrundlag fordelt på én akutmodtagelse, to forskellige kommuner og et større antal alment praktiserende læger, kan der ikke konkluderes generaliserende eller med statistisk belæg. I stedet peges der, med afsæt i klinikernes fælles vurderinger af patienternes forløb på tværs af sektorer, på opmærksomhedsområder og forbedringspotentialer, der med fordel kan undersøges og afdækkes nærmere.

5.1 Baggrundsdata og population

Målgruppen er karakteriseret ved at være multisyge patienter med en gennemsnitsalder på 76 år. Gennemsnitligt har de 5 forskellige diagnoser, hvor de gennemgående diagnoserne er demens, KOL, diabetes, cancer og hjertekarsygdomme. 39 % har indenfor de sidste 30 dage haft en eller flere indlæggelser

5.2 Opsummering af fund inden indlæggelsen

Der ses manglende indsatser vedr. tidlig opsporing af begyndende sygdom i 79% af forløbene og manglende målrettede forebyggende indsatser i primær sektor i 64% af forløbene. 64% af patienterne har ikke haft kontakt til almen praksis eller vagtlæge inden en indlæggelse. 75% af patienterne er ikke vurderet af en sygeplejerske eller akutsygeplejerske i forløbet op til en indlæggelse. I 61% af forløbene er der ikke lagt en behandlingsplan forud for indlæggelse med egen læge for nuværende sygdomsforløb. Patientgruppen er kendetegnet ved i gennemsnit at have 5 diagnoser, en høj grad af skrøbelighed, samt hyppige genindlæggelser.

5.3 Opsummering af fund under indlæggelsen

I 8 ud af de 28 forløb er patienterne kommet ind via 112 / ambulance, hvor egen læge ikke har bestilt og de ikke er blevet visiteret igennem AMK. I 6 ud af de resterende 20 forløb, svarende til 30% er henvisning fra indlæggende læge fundet tilgængelig af auditgrupperne.

Henvisnings- og kontaktårsager er spredt over en større palette med hovedvægt på luftvejssymptomer i relation til COVID, som udgør 21%. Der ses i 11% af forløbene, at der er sendt en manuelt opdateret beskrivelse af patienternes tilstand med fra kommunen til hospitalet ved en akut indlæggelse. Indlæggelserne resulterede i forskellige indsatser internt på hospitalet og i primær sektor. Den hyppigste indsats var medicinsk behandling, som 15 ud af 28 patienter opstartede under indlæggelsen.

Epikrisen er medsendt rettidigt til almen praksis i 75% af forløbene, men ses kun i få forløb at være modtaget i kommunalt regi. 71% epikriser vurderes at indeholde en fyldestgørende behandlingsplan. Der er i 11% af forløbene anbefalet et opfølgende hjemmebesøg og i 29% medsendt en rettidig fyldestgørende

plejeforløbsplan. Der er kun i et enkelt forløb vurderet, at for sen varsling har medført forsinkelse af udskrivelsen.

5.4 Opsummering vedr. fund efter indlæggelsen

I 75% af forløbene er der ikke registreret et opfølgende hjemmebesøg ved almen praksis. I 43% af forløbene er der i primær sektor ikke lavet en målrettet plan for patientens forløb efter udskrivelsen. 43% af patienterne har efter udskrivelsen mellem 1 – 4 genindlæggelser inden for 30 dage. 29% af patienterne vurderes at kunne have været set og behandlet i et daghospital.

5.5 Har indlæggelsen i AMA bidraget med værdi for patienternes samlede forløb?

- I 29% (8/28) af forløbene blev indlæggelsen vurderet til **i høj grad** at have bidraget med værdi og i 29% (8/28) **i nogen grad**. I 43% (12/28) blev det vurderet, at indlæggelsen **ikke havde værdi** ud fra en fælles sundhedsfaglig vurdering på tværs af sektorerne.
- I de tilfælde, hvor indlæggelsen er vurderet til ikke at have værdi, peger auditgrupperne på alternativer fx 1) en plads på Akuttilbud Aalborg (hvor der i 1 tilfælde, ikke var plads), 2) behandling i primærsektor, hvor muligt 2) sub-akut tilbud og/eller 4) at den kommunale sygepleje eller akutsygeplejen bringes i spil

5.6 Kunne patientens forløb evt. være varetaget i primærsektor?

- I 25% (7/28) vurderes forløbet at kunne varetages i primærsektor, i flere tilfælde i samarbejde med ambulatorier, hvor patienterne allerede var tilknyttet.

5.7 Kunne forløbet være varetaget som en sub-akut tid på hospitalet næste dag eller i et daghospital?

- I 36% (10/28) vurderes indlæggelsen at kunne være varetaget via sub-akut tid eller daghospital. Også her vurderer auditgrupperne at dette, i flere tilfælde, kan finde sted via samarbejde mellem kommunen og de ambulatorier, som patienten allerede er tilknyttet.

I det følgende afsnit opsummeres de forbedringspotentialer, som auditgrupperne har identificeret.

6. Forbedringspotentialer

Følgende afsnit bygger på opmærksomhedspunkterne ud fra tendenser i data og de forbedringspotentialer, som auditgrupperne har uddraget heraf.

6.1 Manglende tidlig opsporing, ABCDE og TOBS

Styrket implementering af ABCDE og TOBS ved akut og sub-akut syge patienter kan medvirke til at kvalificere indlæggelser og medvirke til at reducere forebyggelige og unødvendige indlæggelser. Styrket samarbejde i primær sektor, når der sker en forværring af borgernes habituelle tilstande, herunder at man som social- og sundhedsassistent systematisk kontakter en sygeplejerske. Systematisk, struktureret og faglig vurdering ved en sygeplejerske forud for kontakt til egen læge/vagtlæge danner et kvalificeret beslutningsgrundlag for den lægefaglige vurdering, herunder mulig opstart af behandling/andre tiltag som evt. kan forebygge en indlæggelse.

Forbedringside: Styrkelse af kompetencerne indenfor akut sygepleje på alle niveauer, også på ledelsesniveau i hjemmeplejen og plejeboligfunktionen, samt understøttelse af at retningslinjer og faglige procedurer implementeres i praksis.

6.2 Forebyggelige fald

Der ses et potentiale i at kvalificere observationer og målrette handlinger ved fald i primær sektor. Hjemmeplejen har en meget vigtig rolle i faldforebyggelse, og faldforebyggelse bør finde sted i et samarbejde mellem hjemmepleje, sygepleje og egen læge.

Forbedringside: Hjemmesygeplejersken eller akutsygeplejersken kontaktes altid ved fald. Der skal udføres TOBS og faldudredning, og egen læge orienteres. Egen læge udreder faldtendensen og igangsætter forebyggende initiativer ved første fald.

6.3. Særligt sårbare patienter, som er kognitivt udfordrede eller har demens

11 ud af 28 patienter har en demensdiagnose, er under udredning for demens eller har angivet hukommelsesbesvær. Et udvidet samarbejde i forhold til at kunne videregive information om netop denne målgruppe, samt udrede og behandle borgerne i eget hjem, kan styrke sammenhængen i deres forløb.

Forbedringside: 1) Udvikling af mulighed for afsending af manuelt opdateret indlæggelsesrapport før hospitalet registrerer indlæggelse. 2) Den kommunale sygeplejerske kontakter AMA, hvis det er en sårbar borger med en demensdiagnose, som indlægges. 3) Mulighed for et sub-akut geriatrik ambulant besøg i eget hjem, som alternativ til indlæggelse. Der arbejdes med dette forbedringsområde i et aktuelt tværasektorielt forbedringsprojekt: "Sammen forbedrer vi forløb for mennesker med demens".

6.4 Manglende kommunikation fra kommune til hospital

Styrket og rettidig kommunikation fra kommune til hospital kan bidrage med vigtige og relevante oplysninger, der skaber sammenhæng fx ift. patientens habituelle tilstand, og hvad der er sket op til indlæggelsen.

Forbedringside: De IT mæssige arbejdsgange i forbindelse med afsendelse af en manuelt opdateret indlæggelsesrapport bør ændres. Nuværende praksis er, at den manuelt opdaterede indlæggelsesrapport først kan udfyldes, når der er kommet en besked om, at borger er indlagt, og der i denne forbindelse kan svares på den. Det sker oftest først i næste vagttag. På dette tidspunkt er borger i fravær og fremgår derfor ikke med ydelser. Dette betyder, at opgaven ikke kan videregives til en kollega, fordi borger er indlagt.

Den manuelt opdaterede indlæggelsesrapport bør kunne afsendes på forhånd. Eller indskrives på forhånd, så den manuelle sendes med, når den automatisk genererede afsendes. Yderligere bør den fortrykte skabelon i CURA kvalificeres.

6.5 Manglende kommunikation fra hospital til kommune ved udskrivelse

Kommunikation via epikrisen om patientens indlæggelse og planer for det videre forløb bidrager til, at både hospital og kommunen kan skabe sammenhæng, styrke dialogen med egen læge, vagtlæger, patient og pårørende og forebygge (gen)indlæggelse.

Forbedringside: At IT- systemerne kommunikerer smidigt og uden barrierer, således at epikrisen også udsendes til kommunen. Udbredelse af kendskab til at sygeplejerskerne kan logge på Sundhed.dk og læse epikrisen.

6.6. Manglende kommunikation/henvisning fra indlæggende læge til hospitalet

Henvisning fra indlæggende læge bidrager med vigtige oplysninger om borgerens habituelle tilstand og forværring af denne. Lægefaglige oplysninger der kan medvirke til sammenhæng i patientforløbet.

Forbedringside: Det afdækkes, hvorvidt det er IT- udfordringer eller manglende viden om, hvor henvisninger findes i IT- systemerne på hospitalet, eller en kombination heraf.

Når dette er afklaret, kan der herefter informeres om auditresultater og nødvendige handlinger i henholdsvis Nord-KAPs nyhedsbrev og hospitalets hjemmeside og ved behov evt. igangsættes implementeringsindsatser.

6.7 Stillingtagen til evt. fravalg af genoplivning og behandlingsniveau

Sundhedsvæsenets samlede ressourceforbrug forventes at kunne mindskes ved klare og dokumenterede aftaler om behandlingsniveau og evt. fravalg af genoplivning for den enkelte patient.

Forbedringside: 1) Se-adgang til de sundhedsfaglige systemer på tværs af sektorerne via autorisation. 2) fast del af årskontrol med den multisyge borger 3) Behandlings-niveau er dokumenteret/journaliseret et centralt sted, hvor alle relevante parter kan se det.

6.8 Hyppige 1-1-2 opkald

Patienter med hyppige 1-1-2 opkald vurderes at have behov for tryghedsskabende initiativer, der kan forebygge eller stå i stedet for indlæggelser. Auditgrupperne foreslår, at mulighederne for, at almen praksis og hjemkommune informeres, når patienter har mange 1-1-2 opkald, afdækkes.

Forbedringside: Ved hyppige 1-1-2 opkald bør der tages kontakt til hjemkommune/egen læge omkring hvad, der kan etableres af forebyggende tiltag i hjemmet. Her skal det indledningsvist afklares, hvad der er muligt ift. gældende lovgivning, samtykke og GDPR-regler.

6.9 Ventetid ved Vagtlægen

Nedbringelse af ventetid på opkald til vagtlægen for at minimere 1-1-2/ambulance kald.

Forbedringside: Auditgrupperne har ingen konkrete forslag.

6.10 Varslingsniveau

Varslingsniveau ved udskrivelse vurderes at kunne medvirke til unødvendige forlængelser af indlæggelser. Arbejdsgangen på hospitalerne er flydende, patienter udskrives ikke kun om formiddagen, og det vurderes, at ville kunne medføre bedre flow i afdelingerne, hvis ikke der var et varslingsniveau.

Forbedringside: Kan varslingsniveau fjernes? Opmærksomhed omkring, at det er muligt at udskrive hele døgnnet via Vagtcentralen i Aalborg kommune, hvis plejebehovet er uændret. Kan vi lære af erfaringer fra andre regioner, hvor der udskrives på en mere smidig måde?

6.11 Plejeforløbsplan

Aktuelle og relevante beskrivelser af patientens funktioner og behov er nødvendige, så vidt kommunen skal kunne planlægge og igangsætte relevant og adækvat pleje og behandling efter udskrivelse.

Forbedringside: Plejeforløbsplanen udsendes efter gældende retningslinjer. Patientens funktionsniveau beskrives i absolutte værdier. Undgå "vanligt niveau/vanlig pleje" og andre relative beskrivelser.

6.12 Manglende sammenhæng for patienter med tilknytning til ambulatorie

Auditgruppen vurderer, at de patienter med ambulant tilknytning, som blev gennemgået i auditten, kunne have undgået en indlæggelse hvis en relevant speciallæge havde været involveret.

Forbedringside: Disse patienters forløb kan med fordel håndteres i direkte samarbejde (fx pr. telefon) med den afdeling, der kender patienten, og hvor patienten ambulant er tilknyttet.

6.13 Opfølgende hjemmebesøg

Auditgruppen vurderer, at opfølgende hjemmebesøg herigennem medvirke til at sikre sammenhængende patientforløb og potentielt forebygge forebyggelige eller uhensigtsmæssige indlæggelser.

Forbedringside: Der etableres en praksis, hvor særligt sårbare patienter altid tilbydes et opfølgende hjemmebesøg hurtigst muligt efter udskrivelse, i samarbejde med almen praksis, den kommunale sygepleje, patient og om muligt pårørende.

6.14 Samarbejde mellem vagtlæge, kommunale sygeplejersker og hospital

Styrket samarbejde mellem primær sektor og hospital omkring genindlæggelsestruede borgere/patienter.

Forbedringside: 1) Det skal være nemt for vagtlæger og almen praksis at kontakte akutsygeplejersken eller hjemmesygeplejen også uden for dag tid, f.eks. via en app. 2) Medsendelse af epikrise til kommune og med patienten i hånden med det formål at forebygge genindlæggelse og sikre sammenhængende behandling i hjemmet gennem bedre samarbejde og koordination mellem kommunale sygeplejersker, vagtlæger. 3) Højere grad af koordinering mellem hospital og kommune, hvis pt. udskrives "til vanlig hjælp", hvor pt. ikke har hjælp i hjemmet.

7. Konklusion

Auditten viser, at der fortsat er et stort behov for en fælles tværsektoriel indsats for gruppen af ældre multisyge patienter med stor risiko for genindlæggelser. Gennemgående ses en tendens til at audittens væsentligste fund vedrører manglende implementering af faglige procedure, retningslinjer og aftaler vedr. samarbejde og kommunikation internt og på tværs og i flere tilfælde store IT- mæssige udfordringer. Disse fund er sammenfaldende med fund gjort i sidste tværsektorielle audit i uge 47 2021 i RN's akutmodtagelser ift. patienter med en kommunal kontakt der udgjorde i alt 26, samt i tværsektorielle audits i regi af et tværsektorielt forbedringsprojekt "Sammen forbedrer vi forløb for mennesker med demens". I dette projekt er der auditeret på 40 patientforløb på tværs af sektorerne afgrænset til ældre patienter tilknyttet Aalborg kommunes midlertidige pladser eller demenssygeplejen i Aalborg Kommune. Data og tendenser, som nærværende tværsektorielle audit afdækker, understøttes og bekræftes derved af samme fund i en større population, indenfor samme kontekst.

For 43% blev det via nuværende audit vurderet, at indlæggelsen ikke havde værdi ud fra en fælles sundhedsfaglig vurdering på tværs af sektorerne. I de tilfælde hvor indlæggelsen er vurderet til ikke at have værdi, peger auditgrupperne på alternativer f.eks. 1) en plads i Akuttilbud Aalborg 2) behandling i primærsektor, hvor muligt, 2) sub-akut tilbud og/eller 4) at akutsygeplejen bringes i spil.

For 25% vurderes forløbet at kunne varetages i primærsektor, i flere tilfælde i samarbejde med ambulatorier, hvor patienterne allerede var tilknyttet.

8. Perspektivering og anbefalinger

Så vidt ovenstående fund og forbedringspotentialer skal medvirke til konstruktive og bæredygtige løsninger af det pågående pres i både almen praksis, kommunerne og på hospitalerne og imødekomme den demografiske udvikling, da kræves handling. Fund fra denne audit skal anvendes og det videre arbejde med forbedringsforslagene i hver sektor og på tværs er vigtigt! Ligeledes er den løbende evaluering af både igangsatte indsatser og de væsentligste fund, evt. via gentagelse af tværsektoriel audit, vigtig, med det formål at justere, optimere og forbedre løsningerne til vores fælles borgere i tværsektorielle forløb.

Auditgruppen og rapporternes forfattere anbefaler følgende indsatser i forhold til de væsentligste auditfund og forbedringspotentialer:

1. **Manglende tidlig opsporing af begyndende sygdom i primærsektor** via ABCDE og TOBS i 79% af forløbene og manglende kontakt til den kommunale sygepleje/akutsygepleje i 75% af patientforløbene forud for en indlæggelse. **Forbedringsidé og handlingsforslag:** Opbygning af en kommunal praksis, som følger lokale procedurer internt i kommuner ift. tidlig opsporing af begyndende sygdom, herunder retningslinjer for samarbejde internt med akutsygeplejen og med almen praksis.
2. **Kommunikation mellem indlæggende og modtagende læge:** Henvisning fra indlæggende læge er kun fundet tilgængelig for læger og sygeplejersker på hospitalet i 30% af forløbene. **Forbedringsidé og handlingsforslag:** Det afdækkes, hvorvidt det er IT- udfordringer eller manglende viden om, hvor henvisninger findes i IT- systemerne på hospitalet, eller en kombination heraf. Når dette er afklaret, kan der herefter informeres om auditresultater og nødvendige handlinger i henholdsvis Nord-KAPs nyhedsbrev og hospitalets hjemmeside og ved behov evt. igangsættes implementeringsindsatser.
3. **Patienter med ambulante forløb** bliver indlagt akut i AMA uden, at der tages stilling til sammenhæng med deres ambulante forløb. **Forbedringsidé og handlingsforslag:** Så vidt muligt håndtering af patientforløb i direkte samarbejde med patientansvarlig læge (fx pr. telefon) i den afdeling, som kender patienten, og hvor patienten ambulant er tilknyttet.
4. **Epikrise og behandlingsplan:** Der ses rettidig afsendelse af epikriser ved udskrivelsen i 75% af forløbene. I 71% vurderes der at være beskrevet en fyldestgørende behandlingsplan. Der ses desværre ikke i alle tilfælde, at den er modtaget i kommunalt regi. **Forbedringsidé og handlingsforslag:** At IT- systemerne kommunikerer smidigt og uden barrierer. Udbredelse af kendskab til, at sygeplejerskerne kan logge på Sundhed.dk og læse epikrisen.
5. **Opfølgende hjemmebesøg:** I 11% af forløbene er der anbefalet et opfølgende hjemmebesøg i epikrisen. I 75% af forløbene er der i det kommunale dokumentationssystem ikke registreret et opfølgende hjemmebesøg ved almen praksis. **Forbedringsidé og handlingsforslag:** Der etableres en praksis, hvor særligt sårbare patienter altid tilbydes et opfølgende hjemmebesøg hurtigst muligt efter udskrivelse, i samarbejde med almen praksis, den kommunale sygepleje, patient og om muligt pårørende.
6. **Kommunikation på tværs af sektorerne vedr. genoplivning og behandlingsniveau:** Der mangler klare og tydelige aftaler og oplysninger om genoplivning og behandlingsniveau. **Forbedringsidé og handlingsforslag:** 1) Se-adgang til de sundhedsfaglige systemer på tværs af sektorerne via autorisation. 2) Fast del af årskontrol med den multisyge borger 3) Behandlingsniveau er dokumenteret/journaliseret et centralt sted, hvor alle relevante parter kan se det. IT- udfordringerne bør løftes og håndteres både lokalt, regionalt og nationalt, idet de skaber kvalitetsbrist i patientforløbene.

Denne rapport er udarbejdet af: Charlotte Laubek, Strategisk Udviklingskonsulent, Ældre og Sundhed, Aalborg Kommune mobil: 22346813, e-mail: laub-æh@aalborg.dk og Rikke Beckermann, Specialkonsulent, Kvalitet og sammenhæng, Aalborg Universitetshospital, mobil: 30 47 39 20, e-mail: r.beckermann@rn.dk

Følgende har yderligere bidraget til rapportens tilblivelse: Niels Kristian Skibsted, Udviklingskonsulent Nord-KAP.

Forside og bagside layout: Dorte Andersen, Faglig koordinator, Grafisk designer, Kommunikation, Region Nordjylland.

Kontaktpersoner Patientforløb og Økonomi, Region Nordjylland:

- Eva Sejersdal Knudsen, Direktør, mobil: 24 62 93 63, e-mail: eva.sejersdal@rn.dk

Kontaktpersoner Aalborg Universitetshospital, Kvalitet og sammenhæng:

1. Charlotte Wiig Allerød, Kontorchef, mobil: 97 66 13 50, e-mail: cwa@rn.dk
2. Rikke Beckermann, Specialkonsulent, mobil: 30 47 39 20, e-mail: r.beckermann@rn.dk

Kontaktpersoner Aalborg Kommune, Senior og Omsorg:

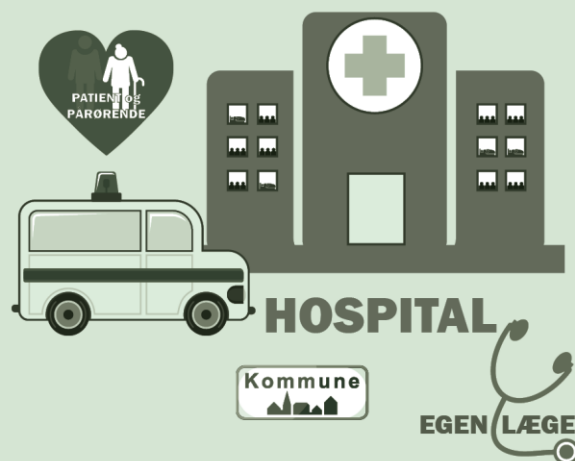
1. Charlotte Laubek, Strategisk konsulent, mobil: 22346813, e-mail: laub-æh@aalborg.dk
2. Helen Kæstel, Sygeplejef, Aalborg Kommune, e-mail: leka-æh@aalborg.dk

Kontaktpersoner Jammerbugt kommune

3. Jette Simonsen, sygeplejeleder e-mail: jtt@jammerbugt.dk
4. Maria Rosenberg Rasmussen, sygeplejerske e-mail: mra@jammerbugt.dk

Kontaktperson Den Præhospitale Virksomhed

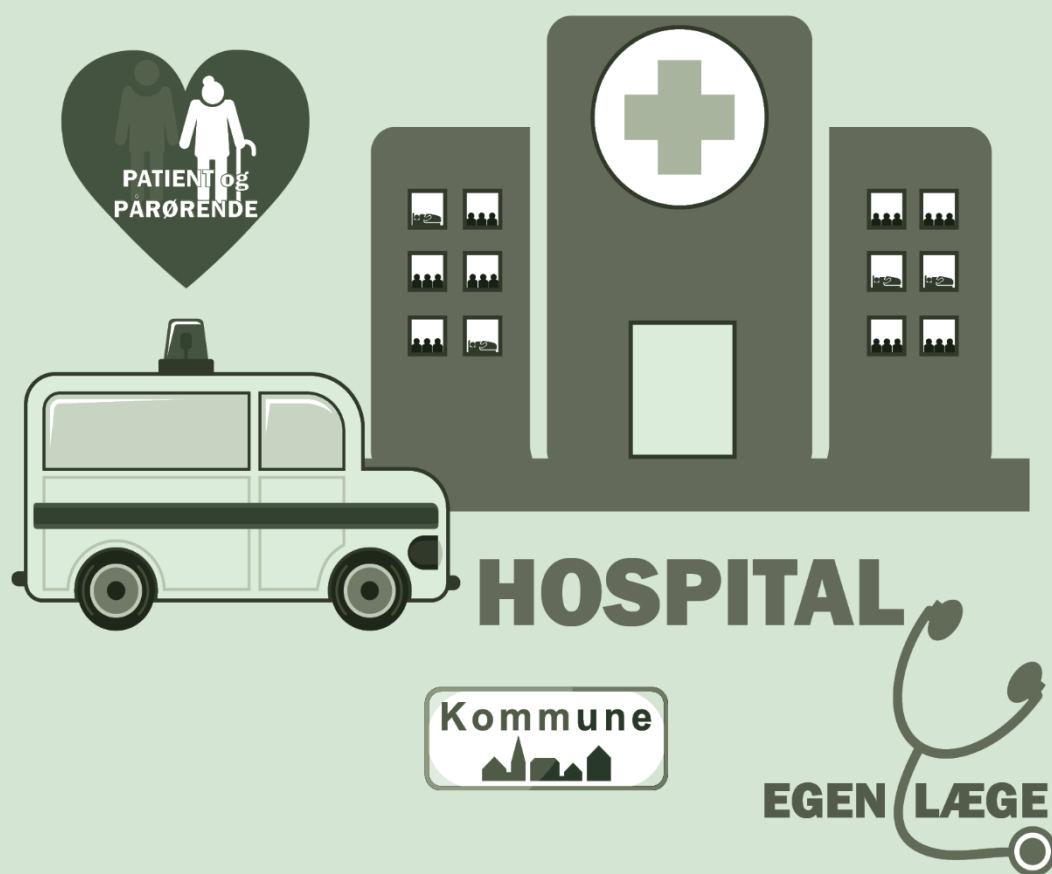
5. Jannie Gram, udviklings- og forskningsansvarlig, e-mail: jkbc@rn.dk



Afrapportering på inventering via tværsektoriel audit på korte indlæggelser i AMA Aalborg, i et samarbejde med den Præhospitale Virksomhed, almen praksis og Jammerbugt- og Aalborg kommune

Patientinventering på korte indlæggelser i Akutte Modtageafsnit i Region Nordjylland

- Er rette patient på rette sted på rette tidspunkt?



Afrapportering på inventering via tværsektoriel audit på korte indlæggelser i AMA Aalborg i et samarbejde med Den Præhospitale Virksomhed, Almen Praksis og Jammerbugt- og Aalborg kommune

Maj 2022

Charlotte Laubek, Ældre og Sundhed, Aalborg Kommune

Rikke Beckermann, Kvalitet og Sammenhæng, Aalborg Universitetshospital

Indholdsfortegnelse

1.	Baggrund	5
2.	Formål	5
3.	Datagrundlag.....	6
4.	Metode	6
5.	Auditfund	7
5.1	Baggrundsdata og population	7
5.2	Før indlæggelsen	7
	Opsummering vedr. fund <i>inden indlæggelsen</i>	8
5.3	Under indlæggelsen	8
	Opsummering vedr. fund <i>under indlæggelsen</i>	11
5.4	Efter indlæggelsen.....	12
	Opsummering vedr. fund <i>efter</i> indlæggelsen	13
5.5	Har indlæggelsen i AMA bidraget med værdi for patienternes samlede forløb?	13
5.6	Kunne patientens forløb evt. være varetaget i primærsektor?.....	13
5.7	Sub-akut tid på hospitalet næste dag eller daghospital – som alternativ?	13
6.	Forbedringspotentialer	13
6.1	Manglende tidlig opsporing, ABCDE og TOBS	13
6.2	Forebyggelige fald	14
6.3	Særligt sårbare patienter, som er kognitivt udfordrede eller har demens	14
6.4	Manglende kommunikation fra kommune til hospital.....	14
6.5	Manglende kommunikation fra hospital til kommune ved udskrivelse	15
6.6	Manglende kommunikation/henvisning fra indlæggende læge til hospitalet	15
6.7	Genoplivning og behandlingsniveau	15
6.8	Hyppige 1-1-2 opkald	16
6.9	Ventetid ved Vagtlægen	16
6.10	Varslingsniveau.....	16
6.11	Plejeforløbsplan.....	16
6.12	Manglende sammenhæng for patienter med ambulant tilknytning.....	17
6.13	Opfølgende hjemmebesøg	17
6.14	Samarbejde mellem vagtlæge, kommunale sygeplejersker og hospital	17
7.	Konklusion.....	18
8.	Perspektivering	19
9.	Auditgruppernes afsluttende evaluering og refleksioner	20
Bilag 1:	Deltagerliste	21

Forord

Denne tværasektorielle audit er gennemført på foranledning af Strategisk Sundhedsforum i Region Nordjylland. Afsættet er en regional audit på akutte forløb gennemført i november 2021. Denne gav en nysgerrighed i forhold til at undersøge korte indlæggelser under 72 timer i de Akutte Modtageafsnit (AMA) ift. patienter med en kommunal kontakt. Intentionen med auditten er at bidrage med ny viden og forståelse af tværasektorielle patientforløb. Forløb, der er kendetegnet ved de problematikker, som opleves af ældre multisyge patienter med kommunal tilknytning samt mulige tiltag, der kan forbedre forløbene for patienterne.

Nærværende audit er planlagt, designet og gennemført med bred repræsentation fra alle sektorer målrettet patienter bosiddende i Aalborg og Jammerbugt Kommune. Medarbejdere og ledere fra Aalborg Universitetshospital, Den Præhospital Virksomhed, almen praksis, PLO Aalborg K, samt Aalborg og Jammerbugt Kommune har deltaget med stort engagement og med fokus på læring og samarbejde. I auditprocessen har der været stor åbenhed og interesse i at finde løsninger, som kan skabe sammenhæng mellem tilgængelige ressourcer og patienternes behov. Denne interesse afspejler et grundlæggende ønske fra både almen praksis, kommuner, regionen og hospitalerne om at bidrage til, at vores fælles indsatser har den bedst mulige kvalitet.

Alle auditdeltagere har fået nærværende rapport til gennemsyn med henblik på at kvalificere og validere rapporten. En stor tak til alle deltagere for konstruktive bidrag, engageret indsats under selve auditeringen og for positiv interesse og opbakning gennem hele processen.

Grundet et relativt lille datagrundlag fordelt på 28 patienter med tilknytning til én akutmodtagelse, to forskellige kommuner og et større antal alment praktiserende læger, kan der ikke konkluderes generaliserende eller med statistisk belæg. I stedet peges der, med afsæt i klinikernes fælles vurderinger af patienternes forløb på tværs af sektorer, på opmærksomhedsområder og forbedringspotentialer, der med fordel kan undersøges og afdækkes nærmere.

Rapporten kan forhåbentlig fungere som et inspirerende sundhedsaftale-emne og bidrage til drøftelser i bl.a. klyngesamarbejdet, i forhold til udvikling af nye samarbejdsformer og prøvehandling, der selvfølgelig altid vil være lokale og kontekstafhængige. Rapportens resultater, opmærksomhedsområder og forbedringspotentialer kan ligeledes drøftes i eksisterende samarbejdsfora i regi af kommuner, hospital, Nord-KAP og PLO -Nordjylland.

Vi håber, at rapporten vil blive anvendt i samme samarbejdsånd, som den er tilblevet: Når vi samarbejder med tillid og gensidig respekt, så bliver vi alle klogere og vores fælles indsatser rettet mod patienterne mere kvalificerede.

Med venlig hilsen

Mette Bolvig, Formand PLO, Aalborg Kommune

Helen Kæstel, Sygeplejef, Aalborg Kommune

Jan Nybo, Chef for Det Nære Sundhedsvæsen, Aalborg Universitetshospital

Charlotte Wiig Allerød, Kvalitetschef, Kvalitet og Sammenhæng, Aalborg Universitetshospital og

Jette Simonsen, Sygeplejeleder, Jammerbugt Kommune

Læsevejledning

Indledningsvist præsenteres baggrund og formål. Herefter følger en opsummering af data og auditfund i forløbet før, under og efter indlæggelsen i AMA. Afslutningsvist følger opsummering på audittens hovedspørgsmål, efterfulgt af opmærksomhedsområder, forbedringspotentialer og en perspektivering. Hvert afsnit kan tilgås ved at klikke ind i relevante afsnit via indholdsfortegnelsen.

I følgende links og QR-koder er baggrundsdata i form af SurveyExact rapporter tilgængeligt.

Samlet rapport: <https://skema.rn.dk/report/shared/bb23bc9e-fff4-4a7d-9be4-24f8c5d70ed3>



Aalborg rapport: <https://skema.rn.dk/report/shared/3dba1941-dfd5-439b-94db-eb21b806d476>



Jammerbugt rapport: <https://skema.rn.dk/report/shared/c6679114-0f2d-408f-abbe-8e196d0f423f>



Resume

Der er udført en tværsektoriel audit på korte indlæggelser op til 72 timer i AMA Aalborg for patienter over 18 år med en kommunal kontakt med deltagelse af Aalborg og Jammerbugt kommune, DPV, Aalborg Universitetshospital og almen praksis. Auditskemaet er udviklet i et samarbejde mellem sektorerne og afdækker forløbet op til, under og efter indlæggelsen og leder frem mod fælles konklusioner ift. om indlæggelsen har givet værdi, eller om der kunne være et bedre alternativ til indlæggelse.

Der er auditeret på 28 patientforløb. Auditten viser, at målgruppen er karakteriseret ved at være multisyge patienter. Gennemsnitligt har de 5 forskellige diagnoser, hvor de gennemgående diagnoser er demens, KOL, diabetes, cancer og hjertekarsygdomme. 39 % har indenfor de sidste 30 dage haft en eller flere indlæggelser

For 43% blev det vurderet, at indlæggelsen ikke havde værdi ud fra en fælles sundhedsfaglig vurdering på tværs af sektorerne. I de tilfælde, hvor indlæggelsen er vurderet til ikke at have værdi, peger auditgrupperne på alternativer f.eks. 1) en plads i Akuttilbud Aalborg 2) behandling i primærsektor, hvor muligt, 2) sub-akut tilbud og/eller 4) at den kommunale sygepleje eller Akutsygeplejen bringes i spil.

For 25% vurderes forløbet at kunne varetages i primærsektor. I flere tilfælde i samarbejde med ambulatorier, hvor patienterne allerede var tilknyttet.

For 36% vurderes indlæggelsen at kunne være varetaget via sub-akut tid eller daghospital. Også her vurderer auditgrupperne, at dette i flere tilfælde, kan finde sted via samarbejde mellem kommunen og de ambulatorier, som patienten allerede er tilknyttet.

Auditten viser, at der fortsat er et stort behov for en fælles tværsektoriel indsats for gruppen af ældre multisyge patienter med stor risiko for genindlæggelser. Gennemgående ses en tendens til, at audittens væsentligste fund vedrører manglende implementering af faglige procedure, retningslinjer og aftaler vedr. samarbejde og kommunikation internt og på tværs i forhold til flere store IT- mæssige udfordringer.

Væsentligste auditfund med forbedringspotentiale:

1. **Manglende tidlig opsporing af begyndende sygdom i primærsektor** via ABCDE og TOBS i 79% af forløbene og manglende kontakt til den kommunale sygepleje/akutsygepleje i 75% af patientforløbene forud for en indlæggelse.
2. **Kommunikation mellem indlæggende og modtagende læge:** Henvisning fra indlæggende læge er kun fundet tilgængelig for læger og sygeplejersker på hospitalet i 30 % af forløbene.
3. **Patienter med ambulante forløb** bliver indlagt akut i AMA, uden at der tages stilling til sammenhæng med deres ambulante forløb.
4. **Epikrise og behandlingsplan:** Der ses rettidig afsendelse af epikriser ved udskrivelsen i 75% af forløbene. I 71% vurderes der at være beskrevet en fyldestgørende behandlingsplan. Der ses desværre ikke i alle tilfælde, at den er modtaget i kommunalt regi.
5. **Stillingtagen til genoplivning og behandlingsniveau:** Der mangler klare og tydelige oplysninger om, hvorvidt borger har taget stilling til fravalg af genoplivning. Herunder mangler der en elektronisk mulighed for at videregive oplysninger på tværs af sektorer (almen praksis - DPV - hospital - kommune), hvor der er taget stilling. Der mangler yderligere klare og tydelige aftaler om behandlingsniveau.
6. **Opfølgende hjemmebesøg:** I 11% af forløbene er der anbefalet et opfølgende hjemmebesøg i epikrisen. I 25% af forløbene er der i det kommunale dokumentationssystem registreret et opfølgende hjemmebesøg ved almen praksis.

1. Baggrund

Region Nordjylland oplevede i 2021 et stigende aktivitetspres på regionens akutmodtagelser. Derfor blev det i regi af regionens administrative forum Sundhedsfagligt Spor den 1. november 2021 besluttet, at Regionen skulle undersøge, hvorvidt den rette patient er på rette sted på rette tidspunkt. Dette gennem en patientinventering gennemført som en tværasektoriel audit i uge 47 i 2021.

I forbindelse med den afsluttede tværasektorielle patientinventering er der fra alle sektorer - både under og efter patientinventeringen - blevet udtrykt ønske om at se nærmere på korte, akutte indlæggelsesforløb i regionens AMA'er; særligt for patienter med en kommunal kontakt. Strategisk Sundhedsforum, en tværasektoriel direktørkreds med repræsentanter fra alle kommuner, hospitaler og PLO bakkede op om forslaget, og der blev udpeget regionale lokale tovholdere på hver matrikel i Aalborg, Thisted, Hobro og Hjørring.

Det blev besluttet, at der skulle være mulighed for lokal variation for afholdelsestidspunkt og metodiske justeringer i de enkelte klynger.

Denne rapport omfatter auditfund fra audit afholdt d. 20. maj, 2022 med repræsentation af almen praksis, Aalborg og Jammerbugt kommune, Den Præhospitale Virksomhed og Aalborg Universitetshospital.

2. Formål

Formålet med den tværasektorielle audit var 1) at skabe læring og fælles forståelse af tværasektorielle arbejdsgange, 2) at involvere klinikere på tværs af sektorgrænser i at drøfte kvaliteten af målgruppens forløb, 3) at drøfte relevansen af indlæggelsen i AMA samt 4) at identificere eventuelle forbedringsforslag.

Med afsæt i et ønske om at skabe en fælles viden på tværs af sundhedsvæsenets aktører har inventeringen afdækket:

1. Har indlæggelsen i AMA bidraget med værdi for patienten i det samlede patientforløb, ud fra auditgruppens samlede sundhedsfaglige vurdering?
2. Vurderes forløbet at kunne være varetaget i primærsektor? Hvis ja, hvordan og under hvilke forudsætninger?
3. Vurderes kontakten at kunne være varetaget via sub-akut tid på hospitalet? Og eller daghospital? Hvis ja, hvordan og under hvilke forudsætninger?

Patientinventeringen kan anvendes i sammenhæng til det forestående arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens nye anbefalinger for akutområdet. De nye anbefalinger har særligt sigte på den samlede akutte sundhedsindsats på tværs af sektorer og retter sig mod et øget tværasektorielt samarbejde, der skal sikre, at den akutte patient får det rette tilbud til rette tid, på rette sted.

De akutanbefalinger, der særligt centrerer sig omkring det tværasektorielle samarbejde, omhandler overordnet set 1) Styrket samarbejde i visitationen, 2) Styrket samarbejde omkring almen medicinske tilbud i vagttid, 3) Samarbejde mellem regionale og kommunale akuttilbud og 4) Adgang til patientoplysninger på tværs. Disse anbefalinger indeholder alle elementer, der vil blive auditeret på i patientinventeringen. Det er derfor forhåbningen, at patientinventeringen kan bidrage med viden om det eksisterende tværasektorielle samarbejde, og medvirke til at afdække opmærksomhedspunkter og potentialer i det fremadrettede samarbejde i relation til implementering af de nye akutanbefalinger.

3. Datagrundlag

Målgruppen er patienter over 18 år, der har været indlagt i op til 72 timer i AMA på Aalborg Universitetshospital, og som har enten Aalborg eller Jammerbugt som hjemkommune. Som eksempel udgjorde patientgrundlaget i 2021 for patienter med Aalborg som hjemkommune 2.693 patienter. Data vedrørende patientkontakter er trukket på både hverdage, weekend, samt dag og aften over en periode på 3 uger i marts måned 2022.

Inklusionskriterier

Afgrænsning af målgruppe ved udtrækning af cpr. nr.:

- Patienter indlagt og udskrevet fra AMA
- Patienter min. 18 år gamle
- Patienter med indlæggelsestid på op til 72 timer
- Patienter med bopæl i hospitalets optageområder

Efterfølgende manuel sortering for at afgrænse ift. patienter, der har en kommunal kontakt ved indlæggelse i form af enten:

- Sundhedsydelser efter sundhedsloven eller
- Personlig hjælp efter serviceloven

I alt er 28 patientforløb gennemgået fordelt på 23 patienter fra Aalborg kommune og 5 fra Jammerbugt kommune. Tilgængelig tid og antal deltagende medarbejdere var afgørende for hvor mange forløb, der blev auditeret på.

4. Metode

Patientinventeringen er gennemført med læringsorienteret kvalitativ og kvantitativ audit som metode.

Auditskemaet er udviklet i samarbejde med alle relevante tværsektorielle enheder og fagprofessionelle med afsæt i faglige og kliniske standarder samt "Best Practice". Skemaet er udviklet ud fra et ønske om at se ind i: 1) de enkelte patientforløb i primærsektor op til kontakten i AMA, 2) hvad der skete i samarbejdet mellem primær sektor, Den Præhospitale Virksomhed (DPV) og hospitalet i forbindelse med indlæggelsen, 3) hvad der skete under indlæggelsen og 4) hvad der skete i forbindelse med og efter udskrivelsen til primær sektor.

Den tværsektorielle audit blev afholdt d. 20. maj 2022 i Aalborg. Der var afsat 3 timer til auditeringen.

På dagen deltog repræsentanter fra Aalborg og Jammerbugt kommune, repræsentanter fra almen praksis, herunder såvel regionale som kommunale praksiskonsulenter og PLO-repræsentant, samt repræsentanter fra DPV og hospitalerne, herunder afdelingsledelserne i AMA.

Audit blev udført i et tværsektorielt samarbejde, hvor repræsentanter fra alle sektorer var fordelt i mindre grupper. I Aalborg var repræsentanter fra alle sektorer opdelt i 4 mindre grupper, mens deltagerne fra Jammerbugt kommune var samlet i én gruppe.

I hver gruppe var der en rollefordeling mellem repræsentanterne således, at de kommunale repræsentanter indsamlede data i CURA, og de regionale repræsentanter indsamlede data fra Clinical Suite. Repræsentanter fra almen praksis deltog i 3 grupper, hvor de sad for bordenden og var "pennefører" og udfyldte auditskemaet. Denne rolle, som repræsentanter fra almen praksis var tildelt, tænkes at afspejle den rolle, patienternes egen læge har i hverdagen. Nemlig at være tovholder for patienten i de samlede forløb på tværs

af sektorgrænser. I de to grupper, hvor der ikke var repræsentation fra Almen Praksis, sad leder af Udskrivningsenheden i Aalborg Kommune for bordenden i den ene gruppe, mens en leder fra Sygeplejen i Aalborg kommune var pennefører i den sidste gruppe.

I det følgende præsenteres auditfund, efterfulgt af auditgruppens læringspointer og forbedringsideer.

5. Auditfund

Grundet det relativt lille datagrundlag fordelt på én akutmodtagelse, to forskellige kommuner og et større antal alment praktiserende læger, kan der ikke konkluderes generaliserende eller med statistisk belæg. I stedet peges der, med afsæt i klinikernes fælles vurderinger af patienternes forløb på tværs af sektorer, på opmærksomhedsområder og forbedringspotentialer, der med fordel kan undersøges og afdækkes nærmere.

5.1 Baggrundsdata og population

Alder: Gennemsnitsalderen er 76 år. 4 patienter er under 65 år, mens 16 patienter er + 80 år. Patientgruppen udgøres generelt af ældre skrøbelige medicinske og kirurgiske patienter.

Bopæl: 61%, bor i eget hjem (17/28). 32% bor på plejehjem (9/28). 1 patient bor på en midlertidig plads, og en bor på herberg.

Diagnoser og tilstande: Målgruppen er karakteriseret ved at være multisyge patienter. Gennemsnitligt har de 5 forskellige diagnoser, hvor de gennemgående diagnoser er demens, KOL, diabetes, cancer og hjertekarsygdomme. Derudover har flere patienter kognitive problemer, depression, Parkinson sygdom og psykiske sygdomme. Flere patienter har derudover komplikationer eller tilstande beskrevet som: Ødemer, kroniske smerter, lavt funktionsniveau, inkontinens og følger efter apopleksi.

Genindlæggelser: 39% af patienterne har indenfor de sidste 30 dage haft en eller flere indlæggelser (11/28).

5.2 Før indlæggelsen

Kontakt til almen praksis 24 timer forud for indlæggelsen: 64% patienter har ikke haft kontakt til almen praksis eller vagtlæge 24 timer forud for indlæggelse (18/28).

7 patienter har været i kontakt med vagtlægen, heraf 2 via videokonsultation og 5 ved konsultation eller besøg. 1 patient har været i konsultation ved egen læge 24 timer forud for indlæggelsen, mens 3 patienter har været i kontakt med egen læge via video eller telefonkonsultation.

Kontakt med den kommunale sygepleje forud for indlæggelsen: 22 patienter er ikke vurderet eller drøftet med en sygeplejerske. Dette svarer til 75% af patienterne. Af disse har 2 patienter mod givet råd *frasagt* sig tilsyn eller behandling af sygeplejen. Seks patienter er vurderet af eller drøftet med en sygeplejerske indenfor 24 timer inden, der er taget kontakt til 1-1-2/læge/vagtlæge.

Måling af vitale værdier (TOBS eller ABCDE) inden kontakt til egen læge/vagtlæge er sket hos 21% af patienterne (6/28). I kommentarfeltet er beskrevet, at pårørende i 2 tilfælde har foranlediget indlæggelsen. I 2 andre tilfælde har kontakten til kommunen været sparsom.

Målrettet indsats i primær sektor op til indlæggelsen: I 64% af indlæggelsesforløbene har der ikke været igangsat en målrettet indsats rettet mod den problematik, der fører til indlæggelsen (18/28). Ved 7 patienter har der i forløbet op til indlæggelsen i AMA været igangsat en indsats i kommunalt regi målrettet den problematik, som fører indlæggelsen. I 3 tilfælde kan dette ikke afdækkes.

Fastlagt behandlingsplan med egen læge for patientens nuværende sygdomsforløb: I 8 forløb er der forud for indlæggelse fastlagt en behandlingsplan med egen læge for patientens nuværende sygdomsforløb. I 17 patientforløb er dette ikke tilfældet, men det i 3 patientforløb ikke kan afdækkes i auditmaterialet.

Samlet set er der i 61% af patientforløbene ikke lagt en behandlingsplan for patientens nuværende sygdomsforløb forinden indlæggelsen.

Stillingtagen ift. evt. fravalg af genoplivning: Der er i 43% af forløbene taget stilling til fravalg af genoplivning (12/28). Hos 11 patienter er der ikke taget stilling, mens det hos 5 patienter ikke kan angives ud fra auditmaterialet.

Kørsel med ambulance: 75% af patienterne køres med ambulance (21/28).

Opsummering vedr. fund inden indlæggelsen

Der ses manglende indsatser vedr. tidlig opsporing af begyndende sygdom i 79% af forløbene og manglende målrettede forebyggende indsatser i primær sektor i 64% af forløbene. 64% af patienterne har ikke haft kontakt til almen praksis eller vagtlæge inden en indlæggelse. 75% af patienterne er ikke vurderet af en sygeplejerske eller akutsygeplejerske i forløbet op til en indlæggelse. I 61% af forløbene er der ikke lagt en behandlingsplan forud for indlæggelse med egen læge for nuværende sygdomsforløb. Patientgruppen er kendetegnet ved i gennemsnit at have 5 diagnoser, en høj grad af skrøbelighed, samt hyppige genindlæggelser.

5.3 Under indlæggelsen

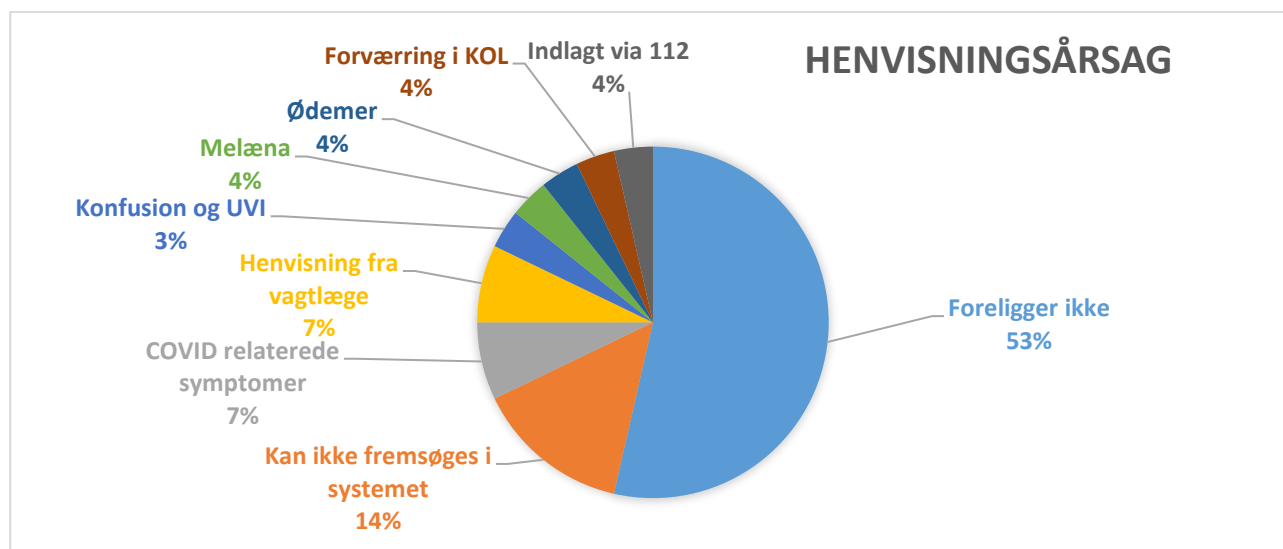
Henvisning fra almen praksis: Henvisning fra indlæggende læge er kun fundet tilgængelig for læger og sygeplejersker på hospitalet i 21% (6/28) af forløbene. Henvisningen er ikke tilgængeligt i 54% (15/28) og kan ikke angives ud fra auditmaterialet for 25% (7/28). Det skal bemærkes, at I 8 ud af de 28 forløb er patienterne kommet ind via 112 / ambulance, men hvor egen læge ikke har bestilt og de ikke er blevet visiteret igennem AMK. Dette svarer til at der er en henvisning tilgængelig hvor den burde foreligge i ca. 30% af forløbene.

Henvisningsårsager er illustreret i tabel 1 og figur 2.

Tabel 1. Henvisningsårsager

Henvisningsårsag	Antal
Foreligger ikke	15
Kan ikke fremsøges i systemet	4
COVID relaterede symptomer	2
Henvisning fra vagtlæge	2
Konfusion og UVI	1
Melæna	1
Ødemer	1
Forværring i KOL	1
Indlagt via 112	1
I alt	28

Figur 1. Henvisningsårsager



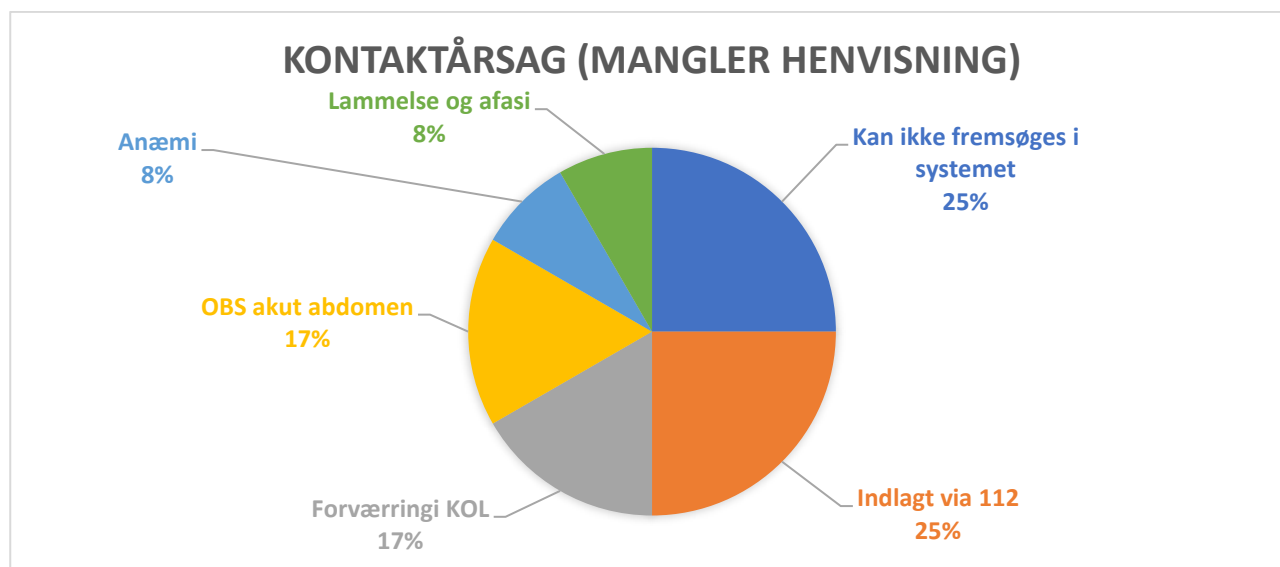
Kontaktårsag

I de 15 tilfælde, hvor der ikke foreligger en henvisning, er kontaktårsagen registreret som illustreret i tabel 2 og figur 2.

Tabel 2. Kontaktårsag (Henvisning mangler)

Kontaktårsag	Antal
COVID relaterede symptomer	3
Kan ikke fremsøges i systemet	3
Indlagt via 112	3
Forværring i KOL	2
OBS akut abdomen	2
Anæmi	1
Lammelse og afasi	1
I alt	15

Figur 2. Kontaktårsag (Mangler henvisning)



Manuelt opdaterede indlæggelsesrapporter: I 11% (3/28) af forløbene er der sendt en manuelt opdateret beskrivelse af borgernes/patienternes tilstand fra kommunen til hospitalet ved indlæggelsen. I 5 tilfælde, hvor denne mangler, er der årsagsforklaringer som fx, at patienten ikke havde kontakt til hjemmesygeplejen inden indlæggelsen.

Resultat af indlæggelsen: Indlæggelsen resulterede i forskellige indsatser internt på hospitalet og i primær sektor. Flere indsatser kan være rettet mod samme patient, hvorfor indsatserne ikke er fremstillet i %, men opgøres i antal.

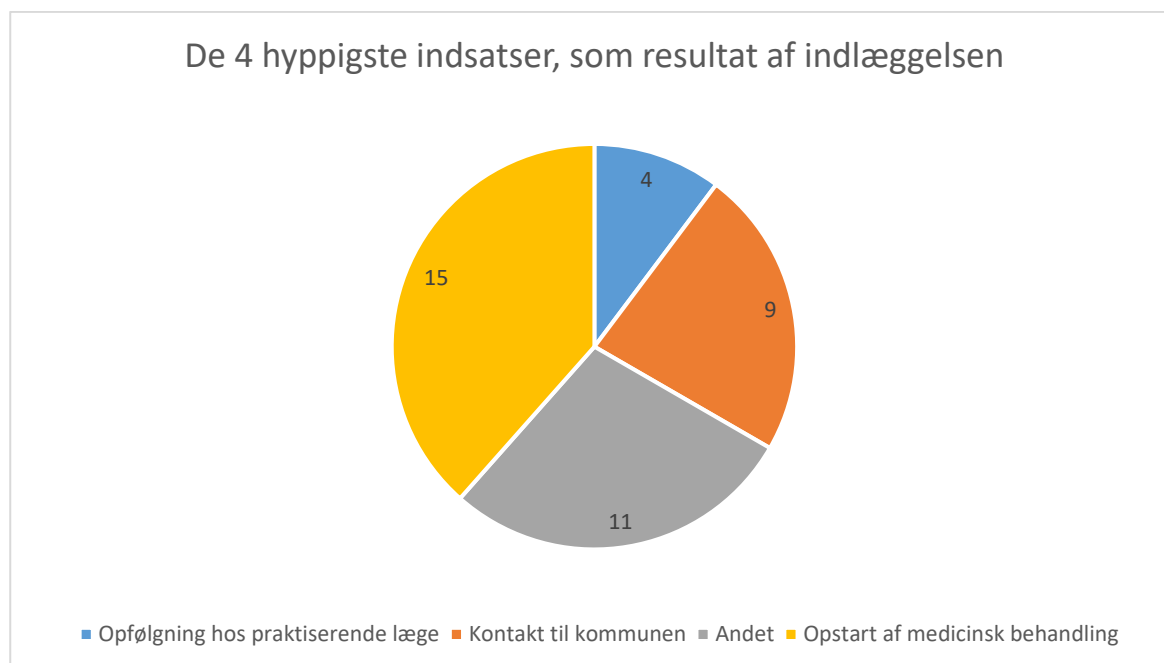
Tabel 3. Resultat af indlæggelsen

Resultat af indlæggelsen	Antal
Henvisning til opfølgning på anden hospitalsafdeling	1
Akutplads/midlertidig plads i kommunalt regi	1
Mors	1
Henvisning til ambulant opfølgning	2
Kan ikke angives ud fra auditmaterialet	2
Opfølgning hos praktiserende læge	4
Kontakt til kommunen	9
Andet x	11
Opstart af medicinsk behandling	15

Som det fremgår af ovenstående tabel, er *andet* angivet, som et resultat i 11 tilfælde. Andet viser sig i kommentarfeltet af dække over f.eks. blodtransfusioner, IV-væskebehandling, henvisning til ældrepsykiatrisk afdeling, demensudredning, kliniske undersøgelser som gastroskopi mv.

Figur 3 på følgende side afspejler de hyppigste indsatser, indlæggelsen resulterede i.

Figur 3. De 4 hyppigst indsætser som resultat af indlæggelsen



Afsendelse af epikrise til kommunalt regi ved udskrivelsen: Samlet set er der for 75% (21/28) medsendt en epikrise ved udskrivelsen, og i 71% (20/28) vurderer auditgrupperne, at de indeholder en fyldestgørende behandlingsplan. I kun få forløb ses eksempler på, at epikrisen er tilsendt eller modtaget i kommunalt regi. Der tages forbehold for dette fund, idet nye IT-arbejdsgange (i slutningen af perioden der er trukket cpr.) på hospitalet har haft konsekvenser for måden hvorpå, epikrisen modtages og er synlig i kommunalt regi.

Anbefaling ift. opfølgende hjemmebesøg: I 11% (3/28) af forløbene er der anbefalet et opfølgende hjemmebesøg i epikrisen.

Rettidig fyldestgørende plejeforløbsplan: Der er i 29% (8/28) af forløbene medsendt en rettidig fyldestgørende plejeforløbsplan til kommunen inden udskrivelse. Der skal tages højde for, at nogle indlæggelser var under 24t, og her kommer der ikke en plejeforløbsplan.

Betegnelsen *vanlig pleje* bruges ofte som en beskrivelse af patientens behov ved en udskrivelse. Denne betegnelse anvendes og tolkes midlertidig anderledes i AMA end i den kommunale forståelse og terminologi, hvilket giver anledning til misforståelser og urealistiske forventninger til patientens behov og ressourcer ved udskrivelsen.

Faktorer, der har betydet forsinkelse af udskrivelsen: Samlet set er der i 4% (1/28) vurderet, at for sen varsling har medført forsinkelse af udskrivelsen.

Opsummering vedr. fund under indlæggelsen

I kun 6 ud af 28 forløb (21%) er henvisning fra indlæggende læge fundet tilgængelig af auditgrupperne.

Henvisnings- og kontaktårsager er spredt over en større palette med hovedvægt på luftvejssymptomer i relation til COVID, som udgør 21%.

Der ses i 11% af forløbene, at der er sendt en manuelt opdateret beskrivelse af patienternes tilstand med fra kommunen til hospitalet ved en akut indlæggelse. Indlæggelserne resulterede i forskellige indsatser internt på hospitalet og i primær sektor. Den hyppigste indsats var medicinsk behandling, som 15 ud af 28 patienter opstartede under indlæggelsen.

Epikrisen er medsendt rettidigt til almen praksis i 75% af forløbene, men ses kun i få forløb at være modtaget i kommunalt regi. 71% epikriser vurderes at indeholde en fyldestgørende behandlingsplan. Der er i 11% af forløbene anbefalet et opfølgende hjemmebesøg og i 29% medsendt en rettidig fyldestgørende plejeforløbsplan. Der er kun i et enkelt forløb vurderet, at for sen varsling har medført forsinkelse af udskrivelsen.

5.4 Efter indlæggelsen

Ny akut indlæggelse indenfor 24t/48t/30dage efter hjemsendelse fra AMA: 43% af patienterne har efter udskrivelsen mellem 1 – 4 genindlæggelser inden for 30 dage (12/28). Af disse genindlægges 2 patienter indenfor 24 timer, mens øvrige indlægges indenfor 30 dage efter.

3 patienter dør indenfor 30 dage efter udskrivelsen, svarende til 11%.

Behandling på daghospital, som alternativ: 29% af patienterne vurderes at kunne have været set og behandlet i et daghospital (8/28), mens det for 68% vurderes ikke at være relevant (19/28). For en enkelt patient kan det ikke angives ud fra auditmaterialet.

Opfølgende hjemmebesøg: I 75% af forløbene fremgår det ikke af den kommunale omsorgsjournal, at der er gennemført et opfølgende hjemmebesøg (21/28).

Dialog mellem hjemmepleje/plejeboligfunktionen/og sygeplejen efter udskrivelsen: I 68% af forløbene har der efter udskrivelse ikke været dialog mellem sygeplejen og hjemmeplejen eller plejeboligfunktionen, efter patienten er udskrevet (19/28). I 29% har der været dialog (8/28), mens det i 4% (1/28) ikke kunne fremsøges i journalen. Auditgruppen har i 2 tilfælde kommenteret, at patienten har frasagt sig hjælp eller kun ønsker specifikke ydelser.

Måltrettet og fremadrettet plan for, hvordan patienten kommer sig efter indlæggelsen: I 43% af forløbene (12/28) er der ikke lavet en måltrettet plan for patientens forløb efter indlæggelsen, mens der i 39% (11/28) er en måltrettet plan. I 18% har det ikke kunnet angives ud fra auditmaterialet (5/28).

Auditgrupperne har i auditmaterialet fundet mange forskellige eksempler på indsatser og planer for patienten efter udskrivelse. Der ses bl.a. eksempler på 1) tæt, daglig opfølgning ved sygeplejerske og egen læge, 2) at patienten ikke følger de planer, der er lagt af læge og sygeplejerske, samt 3) at der i epikrisen er beskrevet en plan, men det er uvist, hvem der fører den ud i livet.

Kommentarer vedr. forhold og behandling efter udskrivelse: Kommentarer fra auditgrupperne vidner om, at patientforløbene kan være komplekse, og hvad der på afstand kan ligne forebyggelige og/eller unødvendige indlæggelser, kan have værdi for den enkelte patient og være sundhedsfagligt relevant. Endeligt vidner auditgruppernes tilkendegivelser om, at der er potentiale for at styrke samarbejde mellem sektorerne. Ovenstående illustreres af følgende konkrete eksempler:

- Patienten har været meget svær at overtale til at få den hjælp, som sundhedsfagligt personale har vurderet, at patienten har behov for.
- Patienten blev ikke fulgt af hjemmeplejen. Patienten blev indlagt via vagtlægen, der *ikke* havde set patienten og valgte *ikke* at sende akutsygeplejersken ud til vurdering. Patienten var i sin habituelle

dårlige respiratoriske tilstand og kunne formentlig være blevet hjemme, hvis sundhedsfagligt personale, der kendte vedkommende havde tilset patienten. Patienten har imidlertid selv frasagt sig hjemmeplejen og dermed også muligheden for kendt personale, der ville have kunnet hjælpe/berolige patienten i hjemmet.

- Patientens indlæggelser vurderes at være relevante, selvom årsagen er åndenød alle 3 gange. Under indlæggelsen bliver patienten lindret godt de to første gange. Der er taget stilling til, at vedkommende ikke skal genoplives, men indlæggelserne til lindring vurderes af auditgruppen, at være relevante.

Opsummering vedr. fund *efter* indlæggelsen

I 75% af forløbene er der ikke registreret et opfølgende hjemmebesøg ved almen praksis. I 43% af forløbene er der i primær sektor ikke lavet en målrettet plan for patientens forløb efter udskrivelsen. 43% af patienterne har efter udskrivelsen mellem 1 – 4 genindlæggelser inden for 30 dage. 29% af patienterne vurderes at kunne have været set og behandlet i et daghospital.

5.5 Har indlæggelsen i AMA bidraget med værdi for patienternes samlede forløb?

- I 29% (8/28) af forløbene blev indlæggelsen vurderet til **i høj grad** at have bidraget med værdi og i 29% (8/28) **i nogen grad**. I 43% (12/28) blev det vurderet, at indlæggelsen **ikke havde værdi** ud fra en fælles sundhedsfaglig vurdering på tværs af sektorerne.
- I de tilfælde, hvor indlæggelsen er vurderet til ikke at have værdi, peger auditgrupperne på alternativer fx 1) en plads på Akuttilbud Aalborg (hvor der i 1 tilfælde, ikke var plads), 2) behandling i primærsektor, hvor muligt 2) sub-akut tilbud og/eller 4) at den kommunale sygepleje eller akutsygeplejen bringes i spil

5.6 Kunne patientens forløb evt. være varetaget i primærsektor?

- I 25% (7/28) vurderes forløbet at kunne varetages i primærsektor, i flere tilfælde i samarbejde med ambulatorier, hvor patienterne allerede var tilknyttet.

5.7 Sub-akut tid på hospitalet næste dag eller daghospital – som alternativ?

- I 36% (10/28) vurderes indlæggelsen at kunne være varetaget via sub-akut tid eller daghospital. Også her vurderer auditgrupperne at dette, i flere tilfælde, kan finde sted via samarbejde mellem kommunen og de ambulatorier, som patienten allerede er tilknyttet.

I det følgende afsnit opsummeres de forbedringspotentialer, som auditgrupperne har identificeret.

6. Forbedringspotentialer

Følgende afsnit bygger på opmærksomhedspunkterne ud fra tendenser i data og de forbedringspotentialer, som auditgrupperne har uddraget heraf.

6.1 Manglende tidlig opsporing, ABCDE og TOBS

Fund: Manglende kvalificeret udredning af patienternes tilstand vha. TOBS og ABCDE inden en indlæggelse. Data fra auditten viser, at der har fundet en kvalificeret udredning sted i 21% af forløbene (6/28), mens det mangler for 79% (22/28). Det skal bemærkes, at 11 patienter er kommet ind via 1-1-2, og der blandt disse kan være tilfælde, hvor patienten eller de pårørende selv har ringet 1-1-2 uden umiddelbar forudgående kontakt til egen læge, vagtlæge eller kommunalt sundhedspersonale.

Forbedringspotentiale: Styrket implementering af ABCDE og TOBS ved akut og sub-akut syge patienter kan medvirke til at kvalificere indlæggelser og evt. forebygge unødvendige indlæggelser. Styrket samarbejde i primær sektor omkring forværring af borgernes habituelle tilstande, herunder at man som social- og sundhedsassistent kontakter en sygeplejerske, hvis en borgers tilstand forværres. Systematisk, struktureret og faglig vurdering ved en sygeplejerske forud for kontakt til egen læge/vagtlæge danner et kvalificeret beslutningsgrundlag for den lægefaglige vurdering, herunder mulig opstart af behandling/andre tiltag som evt. kan forebygge en indlæggelse.

Forbedringside: Styrkelse af kompetencerne indenfor akut sygepleje på alle niveauer, også på ledelsesniveau i hjemmeplejen og plejeboligfunktionen.

6.2 Forebyggelige fald

Fund: Der ses flere indlæggelser, hvor patienten/borgeren er faldet op til indlæggelsen, og hvor der mangler observationer og forebyggende initiativer i primær sektor i forbindelse med fald. Egen læge kunne med fordel have medvirket til at udrede årsag til og forebygge fald, idet der ses flere symptomer forud for fald.

Forbedringspotentiale: Der ses et potentiale i at kvalificere observationer og målrette handlinger ved fald i primær sektor. Hjemmeplejen har en meget vigtig rolle i faldforebyggelse, og faldforebyggelse bør finde sted i et samarbejde mellem hjemmepleje, sygepleje og egen læge.

Forbedringside: Hjemmesygeplejersken eller akutsygeplejersken kontaktes altid ved fald. Der skal udføres TOBS og faldudredning, og egen læge orienteres. Egen læge udreder faldtendensen og igangsætter forebyggende initiativer ved første fald.

6.3. Særligt sårbare patienter, som er kognitivt udfordrede eller har demens

Fund: 11 ud af 28 patienter har en demensdiagnose, er under udredning for demens eller har angivet hukommelsesbesvær. Gennemsnitligt har patienterne 5 forskellige diagnoser, og de er af auditgruppen karakteriseret, som værende særligt skrøbelige og sårbare med behov for at sektorerne samarbejder tæt.

Forbedringspotentiale: Et udvidet samarbejde i forhold til at kunne videregive information om netop denne målgruppe, samt udrede og behandle borgerne i eget hjem, kan styrke sammenhængen i deres forløb.

Forbedringside: 1) Udvikling af mulighed for afsending af manuelt opdateret indlæggelsesrapport før hospitalet registrerer indlæggelse. 2) Den kommunale sygeplejerske kontakter AMA, hvis det er en sårbar borger med en demensdiagnose, som indlægges. 3) Mulighed for et sub-akut geriatrik ambulant besøg i eget hjem, som alternativ til indlæggelse.

Der arbejdes med dette forbedringsområde i et aktuelt tværsektorielt forbedringsprojekt: "Sammen forbedrer vi forløb for mennesker med demens".

6.4 Manglende kommunikation fra kommune til hospital

Fund: Der ses kun i 11% (3/28) af forløbene, at der er sendt en beskrivelse af borgernes/patienternes tilstand med fra kommunen til hospitalet ved en akut indlæggelse i form af en manuelt opdateret indlæggelsesrapport. I 5 tilfælde er der årsagsforklaringer, som fx at patienten ikke havde kontakt til hjemmesygeplejen inden indlæggelsen.

Forbedringspotentiale: Styrket og rettidig kommunikation fra kommune til hospital kan bidrage med vigtige og relevante oplysninger, der skaber sammenhæng fx ift. patientens habituelle tilstand, og hvad der er sket op til indlæggelsen.

Forbedringside: De IT mæssige arbejdsgange i forbindelse med afsendelse af en manuelt opdateret indlæggelsesrapport ændres. Nuværende praksis er, at den manuelt opdaterede indlæggelsesrapport først kan udfyldes, når der er kommet en besked om, at borger er indlagt, og der i denne forbindelse kan svares på den. Det sker oftest først i næste vagttag. På dette tidspunkt er borger i fravær og fremgår derfor ikke med ydelser. Dette betyder, at opgaven ikke kan videregives til en kollega, fordi borger er indlagt.

Den manuelt opdaterede indlæggelsesrapport bør kunne afsendes på forhånd. Eller indskrives på forhånd, så den manuelle sendes med, når den automatisk genererede afsendes. Yderligere bør den fortrykte skabelon i CURA kvalificeres.

6.5 Manglende kommunikation fra hospital til kommune ved udskrivelse

Fund: Samlet set er der for 75% (21/28) medsendt en epikrise ved udskrivelsen og i 71% af forløbene (20/28) vurderer auditgrupperne, at de indeholder en fyldestgørende behandlingsplan. Epikriserne, der er afsendt rettidigt, er ikke i alle tilfælde sendt til kommunen. Aktuelt er der problemer ift. at kunne sende epikrisen til kommunalt regi via Nord-EPJ på en måde, hvor det 1) fremgår i kommunalt regi, at der er en epikrise tilgængelig, og 2) at man som afsender på hospitalet er sikker på, hvem der er modtager i kommunen.

Forbedringspotentiale: Kommunikation om patienternes indlæggelser og planer for det videre forløb bidrager til, at både hospital og kommunen kan skabe sammenhæng, styrke dialogen med egen læge, vagtlæger, patient og pårørende og forebygge (gen)indlæggelse.

Forbedringside: At IT- systemerne kommunikerer smidigt og uden barrierer. Udbredelse af kendskab til at sygeplejerskerne kan logge på Sundhed.dk og læse epikrisen.

6.6. Manglende kommunikation/henvisning fra indlæggende læge til hospitalet

Fund: Henvisning fra indlæggende læge er kun fundet tilgængelig for læger og sygeplejersker på hospitalet i 21% (6/28) af forløbene. I 54% (15/28) er henvisningen ikke tilgængelig, og for 25% (7/28) kan det ikke angives ud fra auditmaterialet om henvisningen er tilgængelig. I tilfælde hvor patienten er kommet ind via 1-1-2 uden først at kontakte egen læge eller vagtlæge, er der ikke en henvisning fra egen læge.

Forbedringspotentiale: Henvisning fra indlæggende læge kan bidrage med vigtige oplysninger om borgerens habituelle tilstand og forværring af denne, der kan medvirke til sammenhæng i patientforløbet.

Forbedringside: Det afdækkes, hvorvidt det er IT- udfordringer eller manglende viden om, hvor henvisninger findes i IT- systemerne på hospitalet, eller en kombination heraf.

Når dette er afklaret, kan der herefter informeres om auditresultater og nødvendige handlinger i henholdsvis Nord-KAPs nyhedsbrev og hospitalets hjemmeside og ved behov evt. igangsættes implementeringsindsatser.

6.7 Stillingtagen til evt. fravalg af genoplivning og behandlingsniveau

Fund: Der mangler klare og tydelige oplysninger om, hvorvidt borger ønsker fravalg af genoplivning, herunder en deling af oplysninger på tværs af sektorer (almen praksis - DPV - hospital - kommune). Der mangler yderligere klare og tydelige aftaler om behandlingsniveau.

Data fra auditten viser, at der er stillingtagen til fravalg af genoplivning i 43% af forløbene (12/28), mens der er manglende stillingtagen i 39% (11/28) af forløbene. I 18% (5/28) af forløbene er det ikke muligt at finde oplysninger herom i auditmaterialet.

Der er i 29% (8/28) forud for indlæggelsen fastlagt en behandlingsplan med egen læge for patientens nuværende sygdomsforløb.

Forbedringspotentiale: Sundhedsvæsenets samlede ressourceforbrug forventes at kunne mindskes ved klare og dokumenterede aftaler om behandlingsniveau og evt. fravalg af genoplivning for den enkelte patient.

Forbedringside: 1) Det ville være ønskeligt med se-adgang til de sundhedsfaglige systemer på tværs af sektorerne via autorisation. 2) Revision/fast del af årskontrol med den multisygge borger 3) Behandlingsniveau er dokumenteret/journaliseret et centralt sted, hvor alle relevante parter kan se det.

6.8 Hyppige 1-1-2 opkald

Fund: Der ses patienter med hyppige 1-1-2 opkald, hvor auditgrupperne vurderer at samarbejde på tværs af sektorerne kunne bedre patientens situation og forebygge indlæggelser og (gen)indlæggelser. Samlet set har 39% af patienterne haft en akut indlæggelse indenfor 30 dage forud for den indlæggelse, der er auditeret på. 75% er samlet set kommet med en ambulance/1-1-2.

Forbedringspotentiale: Patienter med hyppige 1-1-2 opkald vurderes at have behov for tryghedsskabende initiativer, der kan forebygge eller stå i stedet for indlæggelser. Auditgrupperne foreslår, at mulighederne for, at almen praksis og hjemkommune informeres, når patienter har mange 1-1-2 opkald, afdækkes.

Forbedringside: Ved hyppige 1-1-2 opkald bør der tages kontakt til hjemkommune/egen læge omkring hvad, der kan etableres af forebyggende tiltag i hjemmet. Her skal det indledningsvist afklares, hvad der er muligt ift. gældende lovgivning, samtykke og GDPR-regler.

6.9 Ventetid ved Vagtlægen

Fund: Ventetid ved vagtlægen resulterer i indlæggelser. Patienterne ringer 1-1-2, når ventetiden er for lang.

Forbedringspotentiale: Nedbringelse af ventetid på opkald til vagtlægen for at minimere 1-1-2/ambulance kald.

Forbedringside: Auditgrupperne har ingen konkrete forslag.

6.10 Varslingsniveau

Fund: I 4% (1/28) er det vurderet, at for sen varslings har medført forsinkelse af udskrivelsen. I dette tilfælde betyder det, at patienten mod eget ønske må opholde sig et døgn ekstra på hospitalet.

Forbedringspotentiale: Varslingsniveau ved udskrivelse vurderes ud fra ovenstående, at kunne medvirke til unødvendige forlængelser af indlæggelser. Arbejdsgangen på hospitalerne er flydende, patienter udskrives ikke kun om formiddagen, og det vurderes at ville kunne medføre bedre flow i afdelingerne, hvis ikke der var et varslingsniveau.

Forbedringside: Kan varslingsniveau fjernes? Opmærksomhed omkring, at det er muligt at udskrive hele døgnnet via Vagtcentralen i Aalborg kommune, hvis plejebehovet er uændret. Kan vi lære af erfaringer fra andre regioner, hvor der udskrives på en mere smidig måde?

6.11 Plejeforløbsplan

Fund: Der er i 29% (8/28) af forløbene medsendt en rettidig fyldestgørende plejeforløbsplan til kommunen inden udskrivelse. Auditgruppen finder, at "vanlig pleje" ofte bruges som en beskrivelse af patientens behov ved en udskrivelse, men begrebet tolkes forskelligt i hhv. AMAs og kommunens forståelse og terminologi.

Forbedringspotentiale: Aktuelle og relevante beskrivelser af patientens funktioner og behov er nødvendige, så vidt kommunen skal kunne planlægge og igangsætte relevant og adækvat pleje og behandling efter

udskrivelse. En ufuldstændig plejeforløbsplan kan dog kompenseres, hvis afdelingen kontakter plejepersonalet i kommunen direkte pr. tlf.

Forbedringside: Plejeforløbsplanen udsendes efter gældende retningslinjer. Patientens funktionsniveau beskrives i absolutte værdier. Undgå "vanligt niveau/vanlig pleje" og andre relative beskrivelser.

6.12 Manglende sammenhæng for patienter med ambulant tilknytning

Fund: Patienter med ambulante forløb med høj risiko for akut forværring (fx onkologiske patienter, patienter med anæmi, strålingsbivirkning, feber eller lungemedicinske problematikker som åndenød, hoste, feber) bliver indlagt akut i AMA, uden at der tages stilling til sammenhæng med deres ambulante forløb.

Forbedringspotentiale: Auditgruppen vurderer, at de patienter med ambulant tilknytning, som blev gennemgået i auditten, kunne have undgået en indlæggelse hvis en relevant speciallæge havde været involveret.

Forbedringside: Disse patienters forløb kan med fordel håndteres i direkte samarbejde (fx pr. telefon) med den afdeling, der kender patienten, og hvor patienten ambulant er tilknyttet.

6.13 Opfølgende hjemmebesøg

Fund: I 11% (3/28) af forløbene er der anbefalet et opfølgende hjemmebesøg i epikrisen. I 75% af forløbene er der i det kommunale dokumentationssystem ikke registreret et opfølgende hjemmebesøg ved almen praksis.

Forbedringspotentiale: Opfølgende hjemmebesøg har til formål at sikre et godt og sammenhængende udskrivningsforløb for særligt sårbare patienter, der udskrives fra sygehusindlæggelse. Konkret skal de opfølgende hjemmebesøg vurdere og sikre opfølgning på patientens behov for støtte i hverdagen, hospitalets vejledning vedr. udskrivning og patientens medicinforbrug¹. Auditgruppen vurderer, at opfølgende hjemmebesøg herigennem medvirke til at sikre sammenhængende patientforløb og potentielt forebygge forebyggelige eller uhensigtsmæssige indlæggelser.

Forbedringside: Der etableres en praksis, hvor særligt sårbare patienter altid tilbydes et opfølgende hjemmebesøg hurtigst muligt efter udskrivelse, i samarbejde med almen praksis, den kommunale sygepleje, patient og om muligt pårørende.

6.14 Samarbejde mellem vagtlæge, kommunale sygeplejersker og hospital

Fund: Ved flere (gen)indlæggelser, som auditgrupperne vurderede som forebyggelige, blev patienten indlagt via lægevagt og havde ikke tilknyttet kommunal sygepleje. Lægevagten havde ikke brugt muligheden for vurdering ved akutsygeplejersken. Forklaring: Det kan opleves omstændigt og langsommeligt for lægevagten at kontakte akutsygeplejerske og selv skulle følge op på fund, hvorimod det opleves hurtigere at indlægge. En yderligere faktor er, at vagtlægen ikke kender patienten, og indlæggelse kan opleves som et lægefagligt sikkert valg.

Forbedringspotentiale: Styrket samarbejde mellem primær sektor og hospital omkring genindlæggelsestruede borgere/patienter.

¹ <https://www.laeger.dk/opfoelgende-hjemmebesoeg>

Forbedringside: 1) Det er nemt at kontakte akutsygeplejersken eller hjemmesygeplejen uden for dag tid (En app? Eller som minimum en fælles vagtcentral). 2) Gives patienten en epikrise med i hånden kan genindlæggelse måske undgås, hvis hjemmesygeplejersken kan referere til denne epikrise og dermed give vagtlægen bedre muligheder for behandling i hjemmet. 3) Hvis pt. udskrives "til vanlig hjælp", hvor pt. ikke har hjælp i hjemmet, kunne udskrivende instans måske kontakte hjemmesygeplejen til opfølgning, hvor de vurderer, at der er et behov (fx en sengeliggende 80-årig mand, der i audit ses udskrevet til vanlig hjælp= ingen hjælp).

7. Konklusion

Auditten viser, at der fortsat er et stort behov for en fælles tværasektoriel indsats for gruppen af ældre multisyge patienter med stor risiko for genindlæggelser. Gennemgående ses en tendens til at audittens væsentligste fund vedrører manglende implementering af faglige procedure, retningslinjer og aftaler vedr. samarbejde og kommunikation internt og på tværs og i flere tilfælde store IT- mæssige udfordringer. I det følgende opsummeres de væsentligste fund, forbedringsideer og handlingsforslag.

For 43% blev det vurderet, at indlæggelsen ikke havde værdi ud fra en fælles sundhedsfaglig vurdering på tværs af sektorerne. I de tilfælde, hvor indlæggelsen er vurderet til ikke at have værdi, peger auditgrupperne på alternativer fx 1) en plads i Akuttilbud Aalborg 2) behandling i primærsektor, hvor muligt, 2) sub-akut tilbud og/eller 4) at akutsygeplejen bringes i spil.

For 25% vurderes forløbet at kunne varetages i primær sektor, i flere tilfælde i samarbejde med ambulatorier, hvor patienterne allerede var tilknyttet.

For 36% vurderes indlæggelsen at kunne være varetaget via sub-akut tid eller daghospital. Auditgrupperne vurderer i flere tilfælde, at dette kan finde sted via samarbejde mellem kommunen og de ambulatorier, som patienten allerede er tilknyttet.

Væsentligste auditfund og forbedringspotentialer:

- 1. Manglende tidlig opsporing af begyndende sygdom i primærsektor** via ABCDE og TOBS i 79% af forløbene og manglende kontakt til den kommunale sygepleje/akutsygepleje i 75% af patientforløbene forud for en indlæggelse.
Forbedringsidé og handlingsforslag: Opbygning af en kommunal praksis, som følger lokale procedurer internt i kommuner ift. tidlig opsporing af begyndende sygdom, herunder retningslinjer for samarbejde internt med akutsygeplejen og med almen praksis. Ved behov for styrket implementering af TOBS og evaluering via audit kan det bibringe stor læring, at dette sker lokalt og løbende i samarbejde med kommunale praksiskonsulenter.
- 2. Kommunikation mellem indlæggende og modtagende læge:** Henvisning fra indlæggende læge er kun fundet tilgængelig for læger og sygeplejersker på hospitalet i 30% af forløbene.
Forbedringsidé og handlingsforslag: Det afdækkes, hvorvidt det er IT- udfordringer eller manglende viden om, hvor henvisninger findes i IT- systemerne på hospitalet, eller en kombination heraf. Når dette er afklaret, kan der herefter informeres om auditresultater og nødvendige handlinger i henholdsvis Nord-KAPs nyhedsbrev og hospitalets hjemmeside og ved behov evt. igangsættes implementeringsindsatser.
- 3. Patienter med ambulante forløb** bliver indlagt akut i AMA uden, at der tages stilling til sammenhæng med deres ambulante forløb.

Forbedringsidé og handlingsforslag: Så vidt muligt håndtering af patientforløb i direkte samarbejde med patientansvarlig læge (fx pr. telefon) i den afdeling, som kender patienten, og hvor patienten ambulant er tilknyttet. Dette kræver planlægning fra patientansvarlig læge forud ift. hvad, der kan gøres ved akut forværring udenfor ambulatoriets åbningstider og opmærksomhed omkring patientens tilknytning til et ambulatorie fra primærsektor og DPV.

4. **Epikrise og behandlingsplan:** Der ses rettidig afsendelse af epikriser ved udskrivelsen i 75% af forløbene. I 71% vurderes der at være beskrevet en fyldestgørende behandlingsplan. Der ses desværre ikke i alle tilfælde, at den er modtaget i kommunalt regi.

Forbedringside og handlingsforslag: At IT- systemerne kommunikerer smidigt og uden barrierer. Udbredelse af kendskab til, at sygeplejerskerne kan logge på Sundhed.dk og læse epikrisen.

5. **Opfølgende hjemmebesøg:** I 11% af forløbene er der anbefalet et opfølgende hjemmebesøg i epikrisen. I 25% af forløbene er der i det kommunale dokumentationssystem registreret et opfølgende hjemmebesøg ved almen praksis.

Forbedringside og handlingsforslag: Der etableres en praksis, hvor særligt sårbare patienter altid tilbydes et opfølgende hjemmebesøg hurtigst muligt efter udskrivelse, i samarbejde med almen praksis, den kommunale sygepleje, patient og om muligt pårørende.

6. **Kommunikation på tværs af sektorerne vedr. genoplivning og behandlingsniveau:** Der mangler klare og tydelige oplysninger om, hvorvidt borger har taget stilling til fravalg af genoplivning. Herunder mangler der en elektronisk mulighed for at videregive oplysninger på tværs af sektorer (almen praksis - DPV - hospital - kommune), hvis der er taget stilling. Der mangler yderligere klare og tydelige aftaler om behandlingsniveau.

Forbedringside og handlingsforslag: 1) Det ville være ønskeligt med se-adgang til de sundhedsfaglige systemer på tværs af sektorerne via autorisation. 2) Fast del af årskontrol med den multisyge borger 3) Behandlingsniveau er dokumenteret/journaliseret et centralt sted, hvor alle relevante parter kan se det. IT- udfordringerne bør løftes og håndteres både lokalt, regionalt og nationalt, idet de skaber kvalitetsbrist i patientforløbene.

8. Perspektivering

De beskrevne auditfund er sammenfaldende med fund gjort i sidste tværsektorielle audit i uge 47 2021 i Region Nordjyllands akutmodtagelser ift. patienter med en kommunal kontakt, hvor der auditeredes på 26 forløb. Ligesom i tværsektorielle audits i regi af et tværsektorielt forbedringsprojekt "Sammen forbedrer vi forløb for mennesker med demens", hvor der auditeredes på 40 patientforløb på tværs af sektorerne, afgrænset til ældre patienter tilknyttet Aalborg kommunes midlertidige pladser eller demenssygeplejen i Aalborg Kommune. Data og tendenser, som nærværende tværsektorielle audit afdækker, understøttes og bekræftes derved af samme fund i en større population, indenfor samme kontekst.

Det billede, som auditten tegner af populationen, afspejler og konkretiserer konsekvenserne af den demografiske udvikling. Populationen er ældre, multisyge patienter, hvis tilstand kan være ustabil og skrøbelig. Billedet af patientens tilstand er i midlertidig ikke ens på tværs af sektorerne, både grundet manglende fælles data og forskellige faglige perspektiver og dagsordner. I hospitalssektoren kan patienternes tilstand synes mindre akut, sammenlignet med den gængse akutte patient. Hos egen læge og i vagtlægesystemet kan det være vanskeligt at danne sig et overblik over omfanget af en evt. forværring og på afstand tage ansvar for behandlingen i primær sektor. I DPV kan medarbejderne indsamle vigtige informationer om patientens livsforhold, som de ikke kan dele med andre sundhedsprofessionelle på tværs af sektorerne. I kommunerne kan arbejdet vedr. tidlig opsporing af begyndende sygdom vanskeliggøres af

strukturelle samarbejds- og ansvarsforhold i primær sektor og patienternes manglende compliance og selvbestemmelsesret. Som konsekvens af ovenstående rettes der fra hver enkelt sektor forskellige indsatser mod en patientgruppe, der har behov for en samlet tværfaglig og tværasektoriel indsats præget af kontinuitet og sammenhæng.

Målgruppen for denne audit vil formentlig vokse de kommende år, og i sammenhæng hermed vil behovet for et kvalificeret og målrettet tværasektorielt samarbejde ligeledes vokse.

Det videre arbejde med forbedringsforslagene i hver sektor og på tværs er vigtig! Ligeledes er den løbende evaluering af både igangsatte indsatser og på de væsentligste fund vigtig, evt. via gentagelse af tværasektoriel audit. Formålet med den løbende evaluering er at afdække status på arbejdet med vores aktuelle og fælles problemstillinger, identificere implementeringsbrist, forbedringspotentialer og følge udviklingen af kvaliteten i vores fælles patientforløb.

9. Auditgruppernes afsluttende evaluering og refleksioner

Der er i auditgrupperne bred enighed om, at auditprocessen, den fælles vidensdeling og refleksion har været lærerig, og givet anledning til stor indsigt og mange gode drøftelser på tværs af hospital, kommune, den Præhospitale Virksomhed og almen praksis.

Samtlige tværasektorielle aktører har bidraget konstruktivt med viden, ressourcer, samt åben og oprigtig nysgerrighed på egen og andres praksis.

Bilag 1: Deltagerliste

Aalborg Universitetshospital i Aalborg

- Dorte Damgaard Ebeling, klinik kvalitetskoordinator, klinik medicin og akut
- Lis Bjerregaard Riahi, forløbschef, Aalborg Universitetshospital
- Elisabeth Birnbaum, forløbschef, Aalborg Universitetshospital
- Jan Nybo, forløbschef, Aalborg Universitetshospital
- Charlotte Wiig Allerød, kvalitetschef, Aalborg Universitetshospital
- Hanne Skårup, afsnitsledende sygeplejerske, AMA Aalborg
- Line Brix Jensen, sygeplejerske, AMA Aalborg
- Rikke Firing Thomsen, afsnitsledende sygeplejerske, AMA Aalborg
- Elisa Worthington, overlæge Akut og Traumecenter Aalborg

Aalborg Kommune

- Mette Schiønning, souschef i Akuttilbud Aalborg, Aalborg Kommune
- Eva Nüchel, sygeplejerske, Aalborg kommune
- Malene Bæk Jacobsen, APN-sygeplejerske Aalborg Kommune
- Sacha Methe Elbeck, APN-sygeplejerske, Aalborg Kommune
- Kathrine Gellert, assisterende plejeboligchef, Aalborg kommune
- Hanne Magdalene Jensen, assisterende leder, Aalborg kommune
- Michael Andersen, udskrivningsenheden, Aalborg kommune
- Dorthe Juul, souschef, udskrivningsenheden, Aalborg kommune
- Stine Holt Mortensen (ass. leder), Aalborg kommune, område Øst
- Helen Kæstel, chef for Sygeplejen, Aalborg Kommune

Jammerbugt kommune

- Jette Simonsen, sygeplejeleder
- Maria Rosenberg Rasmussen, sygeplejerske

Almen praksis

- Morten Orth, Praksiskonsulent, Nord-KAP (Kvalitetsenheden for Almen Praksis i Region Nordjylland)
- Pernille Smalbro Hylleberg, Kommunal praksiskonsulent
- Mette Bolvig, praktiserende læge i Aalborg og Formand for PLO K, Aalborg

Den Præhospital Virksomhed

- Kenneth Borch Rødsgaard, klinisk vejleder
- Jannie Kristine Bang Gram, Udviklings- og forskningsansvarlig

Facilitatorer

Tovholder Rikke Beckermann, specialkonsulent, Kvalitet og Sammenhæng faciliterer auditten i Aalborg i samarbejde med Charlotte Laubek, Strategisk udviklingskonsulent, Aalborg Kommune.

Support

Observatør + support: Kerstin Mariegaard, kvalitetskonsulent, tværasektoriel enhed, Regionshospitalet

SurveyXact: Niels Kristian Skibsted, udviklingskonsulent Nord-KAP

IT: Susanne Svaneborg, IT coordinator, Aalborg Universitetshospital

Denne rapport er udarbejdet af: Charlotte Laubek, Strategisk Udviklingskonsulent, Ældre og Sundhed, Aalborg Kommune mobil: 22346813, e-mail: laub-ah@aalborg.dk og Rikke Beckermann, Specialkonsulent, Kvalitet og sammenhæng, Aalborg Universitetshospital, mobil: 30 47 39 20, e-mail: r.beckermann@rn.dk

Følgende har yderligere bidraget til rapportens tilblivelse: Niels Kristian Skibsted, Udviklingskonsulent Nord-KAP.

Forside og bagside layout: Dorte Andersen, Faglig koordinator, Grafisk designer, Kommunikation, Region Nordjylland.

Kontaktpersoner Patientforløb og Økonomi, Region Nordjylland:

- Eva Sejersdal Knudsen, Direktør, mobil: 24 62 93 63, e-mail: eva.sejersdal@rn.dk

Kontaktpersoner Aalborg Universitetshospital, Kvalitet og sammenhæng:

- Charlotte Wiig Allerød, Kontorchef, mobil: 97 66 13 50, e-mail: cwa@rn.dk
- Rikke Beckermann, Specialkonsulent, mobil: 30 47 39 20, e-mail: r.beckermann@rn.dk

Kontaktpersoner Aalborg Kommune, Senior og Omsorg:

- Charlotte Laubek, Strategisk konsulent, mobil: 22346813, e-mail: laub-ah@aalborg.dk
- Helen Kæstel, Sygeplejef, Aalborg Kommune, e-mail: leka-ah@aalborg.dk

Kontaktpersoner Jammerbugt kommune

- Jette Simonsen, sygeplejeleder e-mail: jtt@jammerbugt.dk
- Maria Rosenberg Rasmussen, sygeplejerske e-mail: mra@jammerbugt.dk

Kontaktperson Den Præhospitale Virksomhed

- Jannie Gram, udviklings- og forskningsansvarlig, e-mail: jkb@rn.dk

