
KOM GODT HJEM

– udskrivelse af de svageste ældre



Rapport på projekt 'Kom godt hjem' - Vestklyngen



Projekt Kom godt hjem

Udarbejdet januar 2020 af:

Gunna Andersen, Amanda Christensen, Natasja Møller Steffensen

Projektledere

Hospitalsenheden Vest og Kommunerne i Vestklyngen

Vestklyngen

Indhold

1. Resume	4
Datakvalitet	6
Anbefalinger fra projektet	6
2. Baggrund	7
Erfaringer fra DÆMP I.....	7
DÆMP II	9
Projekt Kom godt hjem	9
National og regional evaluering.....	10
3. Indledning.....	11
Indsats 1 – Udskrivningsmøde via video	11
Indsats 2 – Modtagebesøg	11
Indsats 3 – Specialiseret rådgivning 24/7.....	12
Kvalificering af indsatser - borgerperspektivet	14
Konteksten – en dynamisk virkelighed	15
Projektets aktiviteter	16
Organisering.....	16
4. Evalueringsmetoder.....	18
5. Udskrivningsmøde via video - Resultater.....	22
Resultater - sundhedstilstand	22
Genindlæggelser	22
Hvornår holdes udskrivningsmødet.....	22
Varighed af udskrivningsmøde	22
Resultater – Brugeroplevet perspektiv	23
Videomødet giver mulighed for afklaring	24
Patientens behov og ønsker.....	25
Et fysisk møde versus videomøde.....	26
Resultater - Sundhedsprofessionelt perspektiv	28
Evalueringskemaer.....	28
Video som metode - erfaringer og barrierer	29
Resultater - Praktiserende læges perspektiv	29
Pårørendes deltagelse i udskrivelsesmøder via video.....	30
Omkostninger.....	30
Opsummering – udskrivningsmøde via video	30
6. Modtagebesøg - Resultater.....	32
Resultater – Kvantitativ evaluering af sundhedstilstand.....	32
Vægt	33
Funktionsniveau	34
Forskelle mellem eget hjem, plejebolig og midlertidigt ophold.....	35
Resultater – Brugeroplevet perspektiv	36
Besøg inden for 24 timer giver mening.....	36
Modtagebesøget giver overblik.....	38
Pårørendesamarbejdet forbedres på et Modtagebesøg	39
Videomøde inden udskrivelse og et besøg efter 24 timer?.....	40

Resultater - Sundhedsprofessionelt perspektiv	40
Modtagebesøget giver tid til forebyggelse	41
Relationens betydning	41
Akut aflastning og rehabiliteringscenter	42
Plejecentre	42
Tidlig opfølgning inden for 24 timer	42
Pårørende	43
Plan for borgeren	43
Dokumentation	43
Epikrisen	44
30 dages besøg / Barthel og vægt	44
Opfølgende hjemmebesøg	45
Fremadrettet	45
Omkostninger	45
Opsummering - modtagebesøg	45
7. Konklusion og anbefalinger	47
Udskrivningsmøde via video	47
Modtagebesøg	48
Anbefalinger fra projektet	48
Læring - et tværsektorielt udviklingsprojekt	49
8. Kilder	50
9. Bilag	51
Bilag 1 - Evalueringsprotokol Modtagebesøg	52
Bilag 2 - Kvalitativ dataindsamling - metoder	61
Bilag 3 - Dagsorden for Udskrivningsmøde via video	63
Bilag 4 - Drejebog for udskrivelsesmøder via video	64
Bilag 5 - Modtagebesøg - Lommekort kommune	67
Bilag 6 - Modtagebesøg - Lommekort Hospital	68
Bilag 7 - Modtagebesøg - Plan for borgeren	69
Bilag 8 - Modtagebesøg - Drejebog	70
Bilag 9 - Barthel 100-Scoringsnøgle	76
Bilag 10 - Udskrivningsmøde - patientpjece	78
Bilag 11 - Evalueringsskema Kommune - Udskrivningsmøder via video	79
Bilag 12 - Evalueringsskema hospital - Udskrivningsmøder via video	80
Bilag 13 - Screeningsskema - opfølgende hjemmebesøg	81
Bilag 14 - Specialrådgivning via video, vejledning i brug af mobil/tablet ved videosamtaler	82
Bilag 15 - Specialrådgivning via video - hjemmeside	83

1. Resume

Kom Godt hjem er et udviklingsprojekt af parterne i Vestklyngen. Projektet er et delprojekt under Region Midtjyllands fælles indsats *Det rette tilbud til borgere fra første kontakt*, som har modtaget støtte fra satspuljen *Styrket sammenhæng for de svageste ældre (2016-2019)*.

I Region Midtjyllands indsats har hver klynge haft et delprojekt. Det fælles formål på tværs af delprojekterne har været at undersøge og teste, hvordan man *på tværs af sundhedssektorerne kan organisere en fælles opgaveløsning, så tilbud tilrettelægges mest optimalt i forhold til borgernes behov og de givne forhold. Herunder optimal anvendelse af de sundhedsfaglige kompetencer*¹.

Med *Kom godt hjem* har Vestklyngen udviklet og afprøvet tre tværsektorielle samarbejdsmodeller med fokus på overgange for de svageste ældre ved udskrivelse fra hospital til kommune. De tre samarbejdsmodeller er:

Udskrivningsmøde via video

Et møde, hvor personale fra den udskrivende hospitalsafdeling, fra kommunen og evt. praktiserende læge, sammen med patient og pårørende sikrer, at der er god sammenhæng i behandlingen, og at patienten får en tryk og overskuelig udskrivelse. På mødet indgås blandt aftaler for borgerens videre forløb i kommunen. Mødet er rammesat til 30 min.

Modtagebesøg ved kommunal sygeplejerske inden for 24 timer efter udskrivelse Hospitalet screener patienten, informerer om tilbuddet om modtagebesøg og tager den indledende kontakt med pårørende. I kommunen afsættes to timer til besøget, hvor sygeplejersken gennemgår patientens samlede behov og situation, herunder om der er behov for at involvere praktiserende læge eller andre fagpersoner. Indsatsen er en videoreudvikling af allerede eksisterende tilbud om tidlig opfølgning i nogle kommuner i klyngen.

Specialiseret rådgivning via video

Der er udviklet to samarbejdsmodeller til specialiseret rådgivning, men i projektperioden er der ikke lykkedes at teste og implementere disse. Derfor er modellerne beskrevet men ikke evalueret på nuværende tidspunkt. De to modeller er *standard videovejledninger* og *specialrådgivning via video*.

Målgruppe

Målgruppen for indsatserne er de svageste ældre (65+ årige), der udskrives fra hospital med behov for støtte fra hjemme- eller sygeplejen. Gruppen er beskrevet af Sundhedsstyrelsen i opslag til satspuljen i 2016 som karakteriseret ved *svær sygdom eller flere samtidige sygdomme, meget begrænset egenomsorgskapacitet, svagt eller manglende netværk, nedsat funktionsniveau, større behov for støtte efter udskrivelse eller polyfarmaci*.

¹ <https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/projekter/det-rette-tilbud-til-borgerne-fra-forste-kontakt/>

Formål

Indsatserne i *Kom godt hjem* er udviklet med afsæt i erfaringerne fra handlingsplan for Den ældre *medicinske patient* (DÆMP I), intentionerne i DÆMP II samt læring fra interviews med borgere og pårørende fra målgruppen.

Formålet med indsatserne i *Kom godt hjem* har været, at:

- Skabe tryghed, sammenhæng og overblik i behandlingen for de svageste ældre ved udskrivelse.
- Reducere antallet af genindlæggelser for målgruppen
- Skabe bedre sundhedsfaglig kvalitet for de samme ressourcer.

Evalueringsmetoder

I evaluering af indsatserne i *Kom godt hjem* er der sat mål ud fra de tre perspektiver i Triple Aim-tilgangen². Det betyder, at målene er rettet mod *sundhedstilstanden, den kliniske- og brugeroplevede kvalitet samt omkostninger*. Omkostningsberegningerne er begrænset i den lokale evaluering men analyseres i forbindelse med en samlet national registeranalyse af de projekter, der fik støtte fra satspuljen i 2016.

Evalueringen bygger på et randomiseret effektstudie kombineret med kvalitative interviews, spørgeskemaer og antropologiske feltstudier.

Arbejdet med at sikre en systematisk dataregistrering i alle enheder i seks kommuner har vist sig at være vanskelig, og det afspejler sig i de data, det har været muligt at indsamle til den kvantitative effektstudie. Studiet er validt, men mange huller i data vedrørende de enkelte borgere betyder, at det eksempelvis ikke har været muligt at foretage brugbare subgruppeanalyser af data.

Resultater

Der er gennemført 63 udskrivningsmøder via video og 456 modtagebesøg i projektperioden. De overordnede resultater fra indsatserne viser, at:

- *Udskrivningsmøder via video opleves at give stor værdi for både borger, pårørende samt sundhedsprofessionelle gennem:*
 - *Tryghed og sammenhæng for patienter og pårørende*
 - *Oplevelse af øget kvalitet i udskrivelser hos sundhedsprofessionelle*
 - *Indikation om en mærkbar effekt på andelen af genindlæggelser. Af de 63 afholdte udskrivningsmøder via video genindlægges 7,9 %. Til sammenligning genindlægges 11,7 % af patienterne fra kontrol- og interventionsgruppen til Modtagebesøget i undersøgelsen.*
- *Tidlig opfølgning efter udskrivelse giver tryghed og en oplevelse af sammenhæng i borger- og pårørendeperspektiv*
- *Modtagebesøget, som en tidlige udvidet indsats, viser ingen signifikant effekt for patienternes sundhedstilstand, målt på indikatorerne vægt, funktionsniveau og genindlæggelser. Den kvantitative analyse måler dog ikke på effekten af en tidlig indsats, men alene effekten af en tidlig udvidet indsats.*

² <https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/projekter/triple-aim/>

Datakvalitet

Det er et opmærksomhedspunkt, at der i det randomiserede studie af effekten af modtagebesøget på patienternes sundhedstilstand, er væsentlige huller i data. Der er etableret kontrol og interventionsgrupper som er statistisk sammenlignelige, men de indrapporterede data er mangelfulde. Mængden af data gør at studiet er validt, men det har ikke været muligt at lave subgruppeanalyser eller lignende.

Anbefalinger fra projektet

På baggrund af erfaringer fra Kom godt hjem anbefales det, at:

Udskrivningsmøde via video

- *Alle borgere, der scorer 31+ ved screening til opfølgende hjemmebesøg, tilbydes et udskrivningsmøde via video. Tilbuddet gælder uanset patientens alder. Behovet for deltagelse af almen praksis anbefales i de forløb, hvor der ved udskrivelse er uklarheder vedrørende det videre behandlingsforløb.*
- *Kommuner tager initiativ til udskrivningsmøde via video, når det ud fra kendskab til borgeren vurderes at være meningsfuldt.*

Tidlig opfølgning

- *Alle borgere der scorer 31+ ved screening til opfølgende hjemmebesøg tilbydes en opfølgning ved den kommunale sygepleje inden for 24 timer efter udskrivelse. Tilbuddet gælder uanset patientens alder, og uanset hvilken adresse patienten udskrives til.*
- *At der udarbejdes fælles guidelines for indhold i den tidlige opfølgning.*
- *At kommunerne samtænker en tidlig opfølgning med øvrige tiltag ved udskrivelse til målgruppen, herunder sygeplejefaglig udredning m.v.*
- *At der arbejdes med at forsimple arbejdsgangene i overgangen fra hospital til kommune.*

Specialrådgivning via video

- *At der arbejdes videre med afprøvning og implementering af de igangværende indsatser.*
- *At indsatserne evalueres.*

2. Baggrund

Kom godt hjem er et delprojekt under Region Midtjyllands projekt "Det rette tilbud til borgerne fra første kontakt", som i 2016 fik støtte fra statens satspulje til "Styrket sammenhæng for den svageste ældre"³. Formålet med satspuljen var at afprøve forsøg med konkrete modeller for brug af kompetencer på tværs af kommuner, region og evt. almen praksis med henblik på at skabe større sammenhæng i indsatsen for de svageste ældre. I alt seks projekter fik støtte fra satspuljen, herunder Region Midtjyllands "Det rette tilbud til borgerne fra første kontakt".

Region Midtjyllands projekt "Det rette tilbud til borgerne fra første kontakt" består af fem delprojekter. Projekterne retter sig mod to overordnede spor⁴:

- Spor 1:** Den rette, tidlige indsats (klyngerne Midt og Randers)
Spor 2: Tidlig indsats for de svageste ældre inden for 24 timer efter udskrivelse fra hospitalet (klyngerne Vest, Horsens og Aarhus)

"Kom godt hjem" er Vestklyngens delprojekt som indgår i spor to og er udviklet og afprøvet i perioden 2016-2019.

Erfaringer fra DÆMP I

Ved udvikling af *Kom godt hjem* er der blandt andet trukket på erfaringer fra *Handleplan for den ældre medicinske patient 2013-2016* (DÆMP 1). I Vestklyngen blev der med DÆMP 1 arbejdet med at fremme forløbskoordination for den ældre medicinske patient ved at styrke brugen af opfølgende hjemmebesøg. Der var fokus på at øge antallet af borgere, der tilbydes indsatsen, fremrykke tidspunktet for afholdelse og forebyggelse af u hensigtsmæssige genindlæggelser.

Resultater fra projektet viste, at ca. 1/3 af de opfølgende hjemmebesøg blev gennemført indenfor en uge efter udskrivelsen, og omkring godt 40 % blev gennemført senere end 14 dage efter udskrivelsen. Andelen af gennemførte opfølgende hjemmebesøg fordelt på dage efter udskrivelsen:

Figur 1 – Opfølgende hjemmebesøg

	2014	2015
0 - 8 dage efter udskrivelse	36,8 %	32,6 %
9- 12 dage efter udskrivelse	20,8 %	27,1 %
13 dage efter udskrivelse	42,4 %	40,3 %

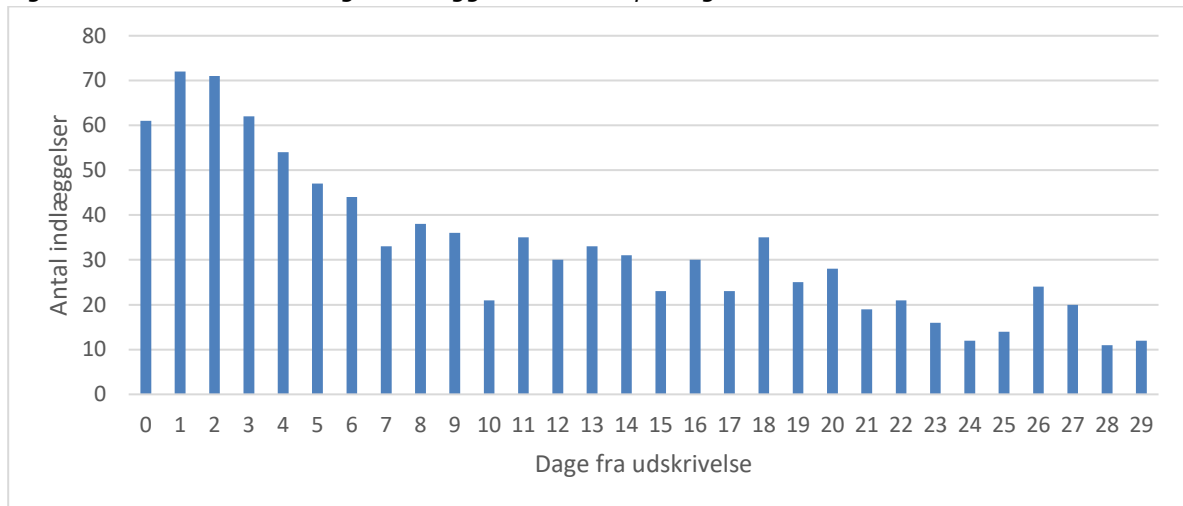
Kilde: data fra kommunalt indberetningskema i google.drive

³ <https://www.sst.dk/da/puljer/styrket-sammenhaeng-for-de-svageste-aeldre>

⁴ <https://www.sst.dk/-/media/Puljer/Styrket-sammenhaeng-for-de-svageste-aeldre/Region-midtjylland-det-rette-tilbud-til-borgerne.ashx?la=da&hash=04ED090FABE5CE52A3B266B0CB35DD1F3B176E86>

Samtidig viste data for 2016 (figur 2), at antallet af akutte genindlæggelser hos borgere over 65 år i Vestklyngen primært ligger inde for de første døgn efter udskrivelse. Det betyder, at nogle patienter⁵ bliver genindlagt inden det opfølgende hjemmebesøg er afholdt.

Figur 2 – Antallet af akutte genindlæggelser fordelt på dage fra udskrivelse 2016



Kilde: Region Midtjylland, BI-portalen – borgere 65+ bosiddende i Vestklynge

I samarbejde med DEFATUM blev den faglige kvalitet evalueret ved en tværsektoriel, casebaseret audit⁶. På baggrund af auditten blev der udledt en række anbefalinger for at sikre god forløbskoordination for den ældre medicinske patient. Af anbefalinger kan nævnes:

- *Det kan være relevant, at kommunen ved borgerens hjemkomst foretager et modtagebesøg. Besøget skal håndtere de mest akutte opgaver og muliggøre supplerende information, der giver bedre mulighed for, de relevante deltagere (egen læge, terapeut, pårørende) prioriterer at deltage i opfølgende hjemmebesøg.*
- *Det er vigtigt at tage borgeren alvorligt, lytte til og informere både borger og relevante pårørende. Der kan være utryghed og risici, der skal håndteres.*
- *Pårørende skal så vidt muligt deltage ved det opfølgende hjemmebesøg.*
- *Der er blandt andet brug for at koordinere og samarbejde om forhold som fx, ernæring, funktionsevne/træning, medicin og boform.*

⁵ I evalueringsrapporten for Kom godt hjem benyttes i udgangspunkt betegnelsen "patient" og ikke "borger" når der refereres til målgruppen. Valget begrundes i at indsatser både i kommuner og hospital er rettet mod ydelser i Sundhedsloven.

⁶ Defactum 2016

<https://www.defactum.dk/publikationer/showPublication?publicationId=592&pageId=309986>

Den patientoplevede kvalitet blev ligeledes undersøgt ved en spørgeskemaundersøgelse, hvor der bl.a. var fokus på tryghed, tilfredshed og støtte i forløbet. Det samlede resultat for Region Midtjylland viste, at halvdelen af patienterne var utrygge ved udskrivelsen. Utrygheden var dog faldet til omkring 10%, når borgeren havde været i eget hjem et par uger. Potentialet for at øge tryghedsfølelsen hos patienten så derfor især ud til at ligge ved udskrivelsestidspunktet.

På baggrund af den afsluttede handlingsplan, hvor der var erkendelser om at størstedelen af akutte genindlæggelser ligger indenfor de første syv dage efter udskrivelsen samt utryghed hos borger i overgangen fra hospital til eget hjem, blev der i Vestklyngen besluttet, at i næste handlingsplan for den ældre medicinske patient (DÆMP 2) skulle arbejdes videre med samarbejdet omkring udskrivelsen og tidlig opfølgning.

DÆMP II

I Vestklyngen var intentionen i *Handleplan for den ældre medicinske patient II* at udvikle en samarbejdsmodel, der skulle sikre mere sammenhængende indsatser for de svageste ældre borgere ved udskrivelse fra hospital.

Modellen bygger som noget nyt på en fremskudt tidlig indsats med etablering og videreudvikling af modtagebesøg, implementering af virtuelle samarbejdsplatforme på tværs af sektorer samt etablering af opkvalificeringstilbud til involverede medarbejdergrupper. Elementerne skal danne grundlag for, at de involverede fagkompetencer i højere grad kan supplere hinanden i forhold til at skabe sammenhængende forløb ved udskrivning. Forløb, som tager afsæt i den enkelte borgers situation og behov.

Forventede resultater er øget helbred og livskvalitet, øget tryghed hos patienten, pårørende og fagpersoner på tværs af sektorer samt en reduktion i antallet af genindlæggelser.

Projekt Kom godt hjem

Projekt *Kom godt hjem* bygger oven på erfaringerne fra DÆMP I og intentionerne i DÆMP II.

Kom godt hjem har været et udviklingsprojekt, hvor indsatser er udviklet, afprøvet, tilrettet og implementeret løbende i projektperioden.

Projektet indeholder følgende indsatser

1. Udskrivningsmøde via video inden udskrivelse fra hospital.
2. Modtagebesøg af en kommunal sygeplejerske inden for 24 timer efter udskrivelse.
3. Specialrådgivning fra hospitalspersonale til kommunalt sundhedspersonale via videoklip, videovejledninger og videomøder.

Projektets overordnede mål er, at

- Skabe bedre sammenhæng og overblik i behandlingen for de svageste ældre ved udskrivelse. Det er afgørende, at de svageste ældre og deres pårørende i højere grad oplever tryghed, sammenhæng og overskuelighed i behandlingsforløb på tværs af sektorer.
- Reducere antallet af genindlæggelser.
- Skabe bedre sundhedsfaglig kvalitet for de samme ressourcer.

National og regional evaluering

Nærværende rapport samler og præsenterer resultaterne af en lokal evaluering af effekten af indsatserne i *Kom godt hjem*. Den lokale evaluering suppleres af en national evaluering som vurderer effekten af alle de regionale projekter under satspuljen. Den nationale evaluering er bestilt af Sundhedsstyrelsen og udarbejdes af Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (VIVE) i samarbejde med Implement Group. Evalueringen forventes færdig i løbet af marts 2020.

3. Indledning

I de følgende afsnit beskrives indholdet i de tre indsats i projektet.

Indsats 1 – Udskrivningsmøde via video

Beskrivelse af indsatsen

"Udskrivningsmøde via video" er et møde, hvor personale fra den udskrivende hospitaletsafdeling, fra kommunen og evt. praktiserende læge, sammen med patienten og pårørende skal sikre, at der er god sammenhæng i behandlingen, og at patienten får en tryk og overskuelig udskrivelse. På mødet indgås blandt aftaler for borgerens videre forløb i kommune efter udskrivelse. Mødet er rammesat til 30 min.

"Udskrivningsmøde via video" tilbydes til patienter i forløb, som er præget af kompleksitet såvel psykisk, fysisk og socialt. Det kan være patienter, som har været genindlagt/indlagt flere gange over en kortere periode, har mange aftaler, der skal "i hus" på tværs af sektorer, eller hvor der er markante ændringer i patientens funktionsniveau.

Parterne "mødes" i et virtuelt møderum oprettet til formålet. Hospitalspersonalet deltager typisk sammen med patienten og evt. pårørende, enten fra patientens stue eller fra et mødelokale på hospitalet. Parterne kan ringe op til møderummet via en konferenceskærm, tablet, computer eller telefon. Der arbejdes på at finde en teknisk sikker løsning, hvormed det er muligt for pårørende at deltage i et udskrivningsmøde fra en tredje lokation. Der er en løsning på vej, så der efter afslutningen af projektet kan gennemføres de første test.

Indsatsen blev pilottestet første gang i starten af 2018. Herefter blev udrullet en bredere test i løbet af foråret. Ultimo 2019 var indsatsen implementeret på 15 sengeafsnit i Hospitalsenheden Vest og i alle enheder i de 6 Vestklynge-kommuner.

For udarbejdet materiale vedrørende udskrivningsmøde via video se bilag 3, 4, 11 og 12.

Indsats 2 – Modtagebesøg

Beskrivelse af indsatsen

Modtagebesøg er et tilbud til de svageste ældre om et besøg af den kommunale sygepleje inden for 24 timer efter udskrivelse fra hospital. Indsatsen tilbydes uanset om patienten udskrives til eget hjem, til plejebolig eller midlertidigt ophold.

Under indlæggelsen på hospitalet screenes patienten ved hjælp af screeningskemaet til opfølgende hjemmebesøg (bilag 13). Patienter, der scorer 31 eller herover, tilbydes modtagebesøg inden for 24 timer efter udskrivelse. Når patienten takker ja, kontakter hospitalet pårørende for at informere om, at de vil blive inviteret af kommunen. Det tilstræbes, at patienten får epikrisen med ved udskrivelsen, således at den kommunale sygepleje kan gennemgå den med patienten i det omfang, det giver mening.

Hospitalet orienterer kommunen om modtagebesøg via udskrivningsrapporten. I forbindelse med analyse af indsatsens effekt på sundhedstilstanden har hospitalet vurderet patientens funktionsniveau samt vægt. Begge dele noteres i udskrivningsrapporten.

I hjemmesygeplejen afsættes to timer til modtagebesøget. En time til forberedelse og dokumentation og en time til selve besøget. På besøget vurderes patientens samlede behov og situation, herunder om der er behov for at involvere praktiserende læge eller andre fagpersoner. Der udarbejdes en samlet plan for det fortsatte forløb i samarbejde med patient og pårørende. Planen bliver hos patienten, så denne og pårørende har mulighed for efterfølgende at vende tilbage og orientere sig om de aftaler, som er indgået.

Som et led i den kvantitative evaluering af "Modtagebesøg inden for 24 timer" modtager patienten også et opfølgende besøg 30 dage efter udskrivelse. Ved besøget måler sygeplejersken vægt og laver en score for funktionsniveau. Det har vist sig, at det i nogle tilfælde giver god mening, at sygeplejersken følger op på den plan, som blev lavet for den ældres videre forløb, hvorfor flere kommuner har praktiseret dette. Det indgår dog ikke som en obligatorisk del af indsatsen.

Indsatsen blev pilottestet for første gang i oktober 2017. Herefter gennemførtes en bred test af indsatsen i februar-marts 2018, hvorefter indsatsen påbegyndte implementering i stor skala. Primo 2019 var indsatsen implementeret på 15 sengeafsnit i Hospitalsenheden Vest og i alle enheder i de 6 Vestklynge-kommuner.

Der har været afholdt tre fokusuger i projektperioden, hvor der har været afsat ressourcer i alle kommuner og på hospitalet til, at en tovholder har kunnet arbejde med implementering af modtagebesøg og videomøder lokalt. Det har givet mulighed for at adressere lokale udfordringer og uklarheder.

For udarbejdet materiale vedrørende modtagebesøget se bilag 1, 5, 6, 7, 8.

Indsats 3 – Specialiseret rådgivning 24/7

Beskrivelse af indsats

Den tredje indsats under Kom godt hjem omhandler afprøvning af specialiseret rådgivning fra udskrivende afdeling til borger og den kommunale sygepleje. Det er dog ikke inden for projektperioden lykkedes at implementere en færdig indsats. I det følgende beskrives de indsatser, som er identificeret, udviklet og under afprøvning, men rapporten indeholder ikke en evaluering af den tredje indsats, da implementering ikke er afsluttet.

Hensigten med udvikling af ekspertrådgivning 24/7 er at give medarbejdere i kommunerne en større sikkerhed i konkrete arbejdsgange til gavn for borgerne samt at reducere antallet af henvendelser til hospitalet, hvor information kan gives på anden vis.

Specialrådgivning via video – 3 slags behov:

På baggrund af fokusgruppeinterview med kommunale sygeplejersker, blev der identificeret behov for tre former for specialrådgivning via video:

- Standard video-vejledninger, der kan fungere som supplement til skriftlige beskrivelser. Video-vejledninger, som kan sendes ud sammen med udskrivningsrapporten.
- Muligheden for at sende og modtage en kort video, som er optaget med iPad/iPhone. Dette giver mulighed for at modtage specialrådgivning, som er meget specifik for den enkelte borger.
- Video-møder inden eller efter at patienten er udskrevet, hvor det kommunale personale har mulighed for at se og lære, hvordan man løbende plejer et særligt sår. Denne indsats kan evt. kombineres med et udskrivningsmøde via video.

På baggrund af de identificerede behov er der arbejdet med to typer adgang til specialrådgivning.

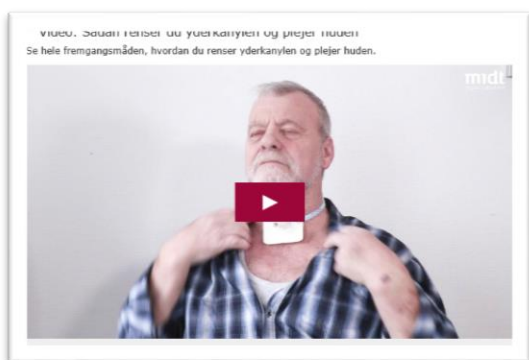
Standard videovejledninger

Der er i projektet udviklet fire standard videovejledninger, som trin-for-trin viser arbejdsgange vedrørende specifikke emner. Emnerne er valgt ud fra de oplevede behov på hospital og i kommuner.

Der er på nuværende tidspunkt udviklet videovejledninger vedrørende:

- *Tracheostomi*
- *Armslynge – Collar'n cuff*
- *Aspen 3-punkts korset*
- *PEG sonde*

Vejledningerne kan tilgås via hospitalets hjemmeside, og inden længe vil det være muligt for udskrivende afdelinger at linke til relevante videovejledninger direkte i borgeres udskrivningsrapport, så relevante vejledninger følger borgeren⁷.



⁷ <https://www.vest.rm.dk/fagpersoner/tvarsektorielt-samarbejde/kom-godt-hjem/>

Der har ved udvælgelse og udarbejdelse været en opmærksomhed på, at videoerne ikke må bevirke en opgaveglidning fra hospital til kommuner.

Specialrådgivning via video

Der har i projektperioden været aftalt prøvehandling med specialrådgivning via video. Prøvehandlingen retter sig mod rådgivning i forhold til specifikke problemstillinger som fx sårpleje, drænpleje eller andet, hvor de kommunale sygeplejersker har brug for specialiseret vejledning. I stedet for en telefonisk kontakt, der beror på mundtlig kommunikation, vil det være muligt at supplere med video, hvor hospitalet kan se borgerens sår, dræn eller lignende samt kommunikere med borgeren selv. Formålet har været at give en målrettet specialrådgivning samt evt. spare borgeren for et ekstra besøg på hospitalet.

Prøvehandlingen er forsøgt testet mellem Kirurgisk afd., Struer og Ringkøbing-Skjern kommuner fra 18. februar til 1. juli 2019. Desværre er det ikke lykkedes at gennemføre en test. Der arbejdes videre med indsatsen efter projektets afslutning bl.a. med inddragelse af Ernæringsenheden i forbindelse med opfølgning på borgere med ernæringsproblematikker efter udskrivelsen.

For udarbejdet materiale vedrørende ekspertrådgivning 24/7, se bilag 14 og 15.

Kvalificering af indsatser - borgerperspektivet

I relation til udvikling og kvalificering af indsatserne i *Kom godt hjem* blev der gennemført fem interviews med borgere og pårørende om deres oplevelser vedrørende overgangen fra hospital til kommune efter udskrivelsen fra HEV til en af de seks kommuner i Vestklyngen.

Det opleves overordnet, at information og guidning om det videre forløb har stor betydning for borgeren og de pårørende. Som pårørende kan der være en bekymring om, hvad der skal ske, når udskrivelsen nærmer sig, da systemet kan opleves kompliceret, og hvem skal kontaktes. Den generelle oplevelse var, at der var givet grundig information ved udskrivelsen - "*vi vidste præcis, hvad der skulle ske*".

I flere interviews fremkommer et ønske om en form for kontaktbog, man som pårørende kan kommunikere gennem. En pårørende fortæller, at hans mor havde svært ved at huske, så han ville anbefale et system til korte noter, som kunne ligge fremme til de pårørende. Det vil være en hjælp både for borgeren og de pårørende.

Flere både borgere og pårørende taler i interviewene om, hvordan tidlig udskrivelse fylder i deres bevidsthed, da man er bekendt med at patienterne næsten ikke mere end lige kommet ind, så skal de hjem igen. Det kan skabe utryghed om den nødvendige hjælp er tilgængelig, fx når det er weekend. En borger fortæller:

"Det eneste, jeg synes med den indlæggelse, var, at jeg blev smidt ud lørdag formiddag efter sådan en stor operation. Det gik hurtigt og det var weekend, så der var ikke

så meget hjælp at hente. Min mand måtte ringe, da de ikke dukkede op fra sygeplejen, som vi var blevet informeret om på sygehuset."

Omkring inddragelse i planlægning af udskrivelsen udtrykker en borger det således: *"der var altså nogen, som havde bestemt, jeg skulle hjem".* Borgeren ville gerne hjem, men tænkte også *"hvordan klarer vi lige det?"*.

Specielt for de borgere, der ikke tidligere har modtaget hjælp fra den kommunale hjemme- eller sygepleje, var der tydeligvis en stor usikkerhed omkring, hvad der skulle ske efter udskrivelsen. *"Det var forvirrende, når man ikke er vant til at få besøg fra hjemme- eller sygeplejen".*

Derudover var det svært at skelne mellem hvilke faggrupper, der kom i hjemmet.

En borger oplevede, at det tog fire dage inden hjælpemidlerne kom, *"Nu er jeg jo faldet et par gange. Når vi spørger sygeplejerskerne, så regner vi med, at de ordner det, men vi måtte rykke for det flere gange"*.

Tre ud af fem borgere havde modtaget et opfølgende hjemmebesøg, og var meget begejstret for besøg af egen læge, som bl.a. gennemgik medicin og den videre plan.

Konteksten – en dynamisk virkelighed

Projektets indsatser er afprøvet og implementeret i seks kommuner, som har indrettet ældreområderne forskelligt og tilbyder forskellige indsatser til borgere i målgruppen ved udskrivelse fra hospital. Dette har betydning for implementering og evaluering af indsatserne, da projektet ikke har sat øvrige indsatser på pause, men suppleret disse. Det betyder blandt andet, at kontrolgruppen til analyse af modtagebesøg har modtaget de forskellige tilbud, den pågældendes kommune har, som en del af deres faste ydelser. Analysen er således gennemført i en dynamisk virkelighed, og derfor måler den kvantitative analyse ikke effekten af en tidlig opfølgning, men effekten af en *udvidet* tidlig opfølgning, hvor der er sat tid af til at komme omkring forebyggende perspektiver.

Nedenfor listes nogle af de tilbud de seks kommuner har til borgere i projektets målgruppe i forbindelse med udskrivelse fra hospital: (allerede)

Udskrivningsbesøg inden for 24 timer

Tilbydes i dag i Herning og Lemvig Kommuner.

Sygeplejefaglig udredning

Alle kommuner. Udarbejdes ved alle nye borgere, der er kommet i kontakt med kommunal sygepleje, samt når ser ses et fald i funktionsniveau.

Den sundhedsfaglige udredning er en beskrivelse af borgerens status ud fra 12 sygeplejefaglige emner.

Telefonopkald inden for 24 timer efter udskrivelse

Holstebro Kommune.

Opfølgende hjemmebesøg

Alle kommuner. Opfølgende hjemmebesøg består af tre kontakter:

1. Første kontakt er et hjemmebesøg, der skal foregå så tidligt som muligt og senest en uge efter udskrivelsen. Hjemmebesøget foregår i patientens eget hjem og foretages af praktiserende læge og hjemmesygeplejerske.
2. Anden kontakt foregår 3 uger efter udskrivelse.
3. Tredje kontakt foregår 8 uger efter udskrivelse.

Anden og tredje kontakt kan foregå i patientens eget hjem med deltagelse af praktiserende læge og hjemmesygeplejerske, eller kan foregå i lægens konsultation.

Projektets aktiviteter

I projektet har der været afviklet en række aktiviteter som har været med til at understøtte udvikling og implementering af indsatserne. Eksempler på disse aktiviteter:

- Afsøgning og udvikling af de teknologiske og juridiske forudsætninger for virtuel kommunikation i samarbejdet mellem borger, hospital og kommune.
- Kompetenceudvikling af fagpersoner i hospital og kommuner:
 - Geriatri – *opmærksomhedspunkter omkring den svageste ældre borger*
 - Teknologisk fortrolighed – *rollespil/simulationstræning med teknikker til afvikling af inddragende udskrivningsmøder via video*
 - Den brugerinddragende dialog – *sikre reel inddragelse af borgere ved udskrivningsmøder og modtagebesøg*
 - Mødefacilitering – *klæde fagprofessionelle på til afvikling af udskrivningsmøder via video*
- Afprøvning og indkøb af udstyr til videokonferencer til kommuner og hospital.

Materialer udviklet i projektet

I forbindelse med implementering af de enkelte indsatser er der udviklet en række forskellige materialer til brug i den kliniske praksis. Se bilag for yderligere information.

Organisering

Projekt *Kom godt hjem* er udviklet i et ligeværdigt samarbejde mellem de seks kommuner i Vestklyngen, *Herning, Holstebro, Ikast-Brande, Lemvig, Ringkøbing-Skjern og Struer*, Hospitalsenhed Vest samt de praktiserende læger i området.

Organisatorisk har projektet været forankret med Klyngestyregruppen som projektejer og en styregruppe med repræsentation på ledelsesniveau fra alle kommuner, fra hospital, almen praksis samt borger- og patientrepræsentanter. Formandskab af styregruppen har været delt mellem kommuner og hospital.

Der har været en projektleder med en delt ansættelse på tværs af kommuner og hospital, ligesom der har været koblet konsulenter fra begge parter til en arbejdsgruppe. I

løbet af projektet har der været nedsat tværgående ekspertgrupper, og i alle enheder har der været udpeget lokale tovholdere for projektet. Det har været kendetegnende for projektorganiseringen, at den har skullet understøtte et ligeværdigt samarbejde på tværs af hospital og kommuner.

4. Evalueringsmetoder

Ved evaluering af indsatserne i *Kom godt hjem* er der sat mål ud fra de tre perspektiver i Triple Aim-tilgangen⁸. Det betyder, at målene er rettet mod *sundhedstilstanden*, *den kliniske- og brugeroplevede kvalitet* samt *omkostninger per capita*. Det har afledt nedenstående evalueringsspørgsmål:

Udskrivningsmøde via video:

- Sundhedstilstanden
Hvilken effekt har udskrivningsmøde via video på andelen af genindlæggelser?
- Klinisk- og brugeroplevet kvalitet
Hvilken effekt har udskrivningsmødet på oplevelsen af tryghed og sammenhæng ved udskrivelse fra hospital?
- Omkostninger per indsats

Modtagebesøg

- Sundhedstilstanden
Hvilken effekt har en udvidet indsats inden for 24 timer efter udskrivelse på borgerens sundhedstilstand? Udvikling i sundhedstilstand vurderes ud fra tre indikatorer:
 - Vægt
 - Funktionsniveau
 - Andel genindlæggelser inden for 30 dage
- Klinisk- og brugeroplevet kvalitet
Hvilken effekt har modtagebesøget på borgere- og pårørendes oplevelse af tryghed ved udskrivelse fra hospital?
- Omkostninger per indsats

I den lokale evaluering har det alene været prioriteret at måle de anslåede omkostninger per indsats. Der er således ikke forsøgt vurderet på de samlede økonomiske effekter på aggregeret niveau. I den nationale evaluering på tværs af de støttede satspulje-projekter er det målsætningen, gennem registeranalyser, at undersøge effekt af indsatser på målgruppens forbrug af sundhedsydelser og dermed, om indsatser er omkostningseffektive.

Målgruppe

⁸ <https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/projekter/triple-aim/>

Målgruppen er de svageste ældre (65+ årige), der udskrives fra hospital med behov for støtte fra hjemme- eller sygeplejen. Gruppen er beskrevet af Sundhedsstyrelsen i opslag til satspuljen i 2016 som karakteriseret ved *svær sygdom eller flere samtidige sygdomme, meget begrænset egenomsorgskapacitet, svagt eller manglende netværk, nedsat funktionsniveau, større behov for støtte efter udskrivelse, polyfarmaci.*

Identificering af målgruppen

I projektperioden er identificering af målgruppen sket ved brug af screeningskemaet til Opfølgende hjemmebesøg. Henvisning til Opfølgende hjemmebesøg sker ved en screeningscore på 23 eller derover. Henvisning til indsatser under Kom godt hjem sker ved en score på 31 eller derover. En beslutning styregruppen har taget med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens karakteristika for målgruppen⁹ og på baggrund af en journalaudit. Ved valg af stratificeringsredskab er der lagt vægt på ikke at introducere nye redskaber men benytte et redskab, som allerede var kendt og implementeret i hospitalsregi for at skabe mindst mulig forstyrrelse.

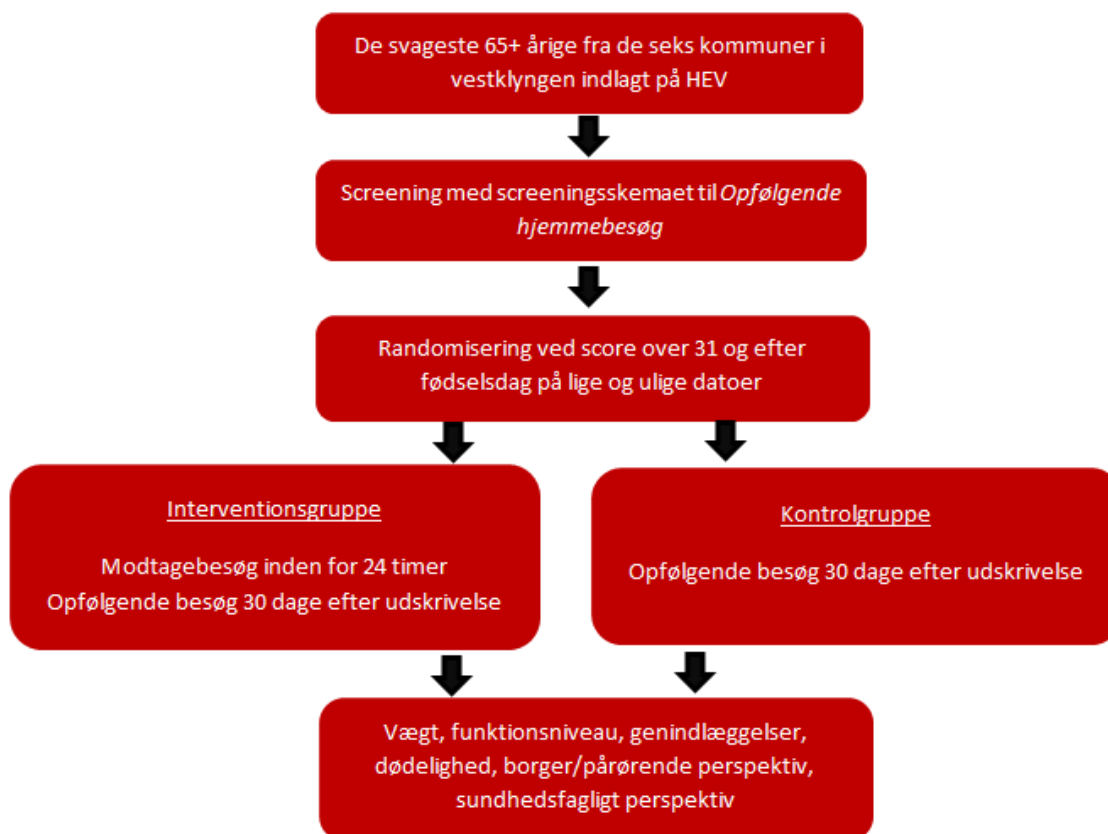
Evalueringsdesign

Effektevalueringen af sundhedstilstanden i forhold til modtagebesøget er gennemført som et randomiseret studie, hvor patienter screenet til modtagebesøg, er blevet inddelt i henholdsvis en interventions- og en kontrolgruppe efter lige og ulige fødselsdatoer. Randomisering af borgere til evalueringen er gennemført i perioden 1.juni–30.sept 2019. Interventionsgruppen er blevet tilbudt modtagebesøg inden for 24 timer. Kontrolgruppen er tilbudt de indsatser, som den pågældendes hjemkommune i øvrigt tilbyder målgruppen. Både borgere i kontrol og interventionsgruppe er blevet tilbudt Opfølgende hjemmebesøg.

Det etiske i brugen af et randomiseret design er drøftet i styregruppen for projektet. Da modtagebesøget er en ekstra indsats, udover de tilbud borgere i øvrigt er berettiget i deres hjemkommuner, vurderede styregruppen, at det var etisk forsvarligt.

Processen for inklusion af borgere i evalueringen er illustreret i nedenstående flowdiagram:

⁹ Svær sygdom/og eller flere samtidige sygdomme, meget begrænset egenomsorgskapacitet, svagt eller manglende netværk, svært nedsat funktionsniveau fysisk og/eller cerebralt, større behov for kommunale pleje- og omsorgsindsatser og/eller sygehusindlæggelser samt polyfarmaci



Figur 3 - flowdiagram

Dataindsamling

Data anvendt i det randomiserede studie er indsamlet fra kommunerne i perioden 1. juni–30. sep. 2019. Data vedrørende de øvrige kvantitative opgørelser er indhentet i perioden 1. okt. 2018–30. sep. 2019. Data er registreret i de kommunale omsorgssystemer, trukket af kommunale sundhedsprofessionelle og indsendt via sikker post til hospitalet. Der er indgået en dataudvekslingsaftale samt en databehandleraftale mellem de seks kommuner og Hospitalsenhed Vest.

Indsamling af data vedrørende den bruger- og pårørendeoplevede kvalitet samt de fagprofessionelles perspektiv er indhentet via semistrukturerede fokusgruppeinterviews, antropologiske feltstudier og spørgeskemaer. Se bilag 2 for nærmere beskrivelse.

Analyseovervejelser og datakvalitet

Der er et væsentligt opmærksomhedspunkt i forhold til kvaliteten af de indsamlede, kvantitative data.

Det lykkedes ikke lige godt i alle hospitalsafdelinger at gennemføre en stringent randomisering af patienter. For at sikre så sammenlignelige grupper som muligt, er analysen derfor efterfølgende isoleret til data vedrørende patienter udskrevet fra afsnit, hvor randomiseringen har været stringent. I analysen indgår således alene borgere udskrevet fra sengeafsnittene MSA og MM.

Der er i alt inkluderet 109 borgere i interventionsgruppen og 111 i kontrolgruppen. En indledende styrkeberegning viste, at der skulle være minimum 60 borgere i hver gruppe. Grupperne har således en størrelse, der gør det muligt at opnå klinisk meningsfulde forskelle mellem de to grupper.

Men selv om det samlede antal inkluderede borgere er tilstrækkeligt, er der mange huller i de kommunale data vedrørende borgeres vægt og funktionsniveau 30 dage efter udskrivelse.

Den mangelfulde registrering eller afrapportering fra kommunerne kan skyldes flere ting. Blandt andet er man i projektperioden overgået til Fællessprog III og flere kommuner har skiftet omsorgssystem. Samtidig er det en erkendelse i projektet, at det har været et omfattende implementeringsarbejde at få viden om indsatserne bredt ud til alle medarbejdere i alle enheder i seks kommuner og på 15 sengeafsnit i hospitalsregi. I flere kommuner har man i forvejen opfølgende indsatser inden for 24 timer efter udskrivelse, som medarbejdere kan have haft svært ved at skelne imellem.

De statistiske analyser er lavet på baggrund af komplette data. Da data for vægt og funktionsniveau er fundet normalfordelt, er der anvendt en student t-test. Der er forsøgsvis lavet multiple imputationer på differencen i vægt og funktionsniveau fra udskrivelsen til 30 dage efter. Disse estimater afviger dog ikke fra estimaterne fundet på baggrund af de komplette data, hvorfor disse analyser ikke indgår i rapporten.

På grund af det mangelfulde datagrundlag er der ikke grundlag for at lave valide analyser på subgrupper, hvorfor det ikke er muligt at undersøge eventuelle forskelle på tværs af kommuner med forskellige tilbud til kontrolgruppen, eller konkludere noget om betydningen af, om borgere udskrives til eget hjem, plejebolig eller rehabiliteringscenter.

For yderligere information om den kvantitative del af rapporten henvises til protokollen "Kom godt hjem – evalueringsprotokol" (Bilag 1).

5. Udskrivningsmøde via video - Resultater

Resultater - sundhedstilstand

Der er evalueret 63 udskrivelsesmøder via video i 2019 med patienter inden for målgruppen for projektet samt 12 udskrivelsesmøder via video i 2019, hvor patienten er under 65 år.

Genindlæggelser

Af de 63 patienter i målgruppen der har deltaget i en udskrivelsesmøder via video, er 5 patienter efterfølgende akut genindlagt inden for 30 dage (7,9 %). Genindlæggelser fordeler sig således:

2 genindlæggelser 2. dag

2 genindlæggelser 5. dag

1 genindlæggelser 8. dag.

For de 12 borgere under 65 år har der ikke været akutte genindlæggelser indenfor 30 dage.

Der er ikke etableret en kontrolgruppe til evaluering af udskrivningsmøde via video. Til sammenligning ses derfor på andelen af genindlæggelser hos interventions- og kontrolgruppen for modtagebesøget, da begge patienter til modtagebesøg og til udskrivningsmøde er screenet 31+ til opfølgende hjemmebesøg og er udskrevet fra hospitalsafdeling i Vestklyngen i samme periode. I interventions- og kontrolgruppen til modtagebesøg blev 24 af 205 genindlagt, svarende til 11,7 %.

Til yderligere sammenligning ses en genindlæggelsesprocent på 14,1 hos patienter over 65 år med hoftefraktur i 2019, en patientgruppe der rent statistisk vurderes at være sammenlignelig med målgruppen for udskrivningsmøde via video. Genindlæggelsesprocenten for hoftefrakturpatienter har ligget stabilt omkring 14 % over flere år.

De første resultater for udskrivningsmøde via video indikerer således en mulig effekt på andelen af genindlæggelser. Datagrundlaget er dog endnu for småt til at kunne drage valide konklusioner, men udviklingen vil være relevant at følge, når populationen øges.

Hvornår holdes udskrivningsmødet

En opgørelse viser, at størstedelen af videosamtalerne er afholdt lige op til udskrivelse, på dagen eller 1 til 2 dage før udskrivelse.

Varighed af udskrivningsmøde

I projektet var der afsat 30 min. til afholdelse af udskrivelsessamtalen via video. En gennemgang viser, at der gennemsnitligt er brugt 32 min pr. udskrivelsessamtale med 70 min. som det højeste og 15 min. som det laveste antal minutter.

Resultater – Brugeroplevet perspektiv

Patienter (svage ældre) og pårørende, som har deltaget i undersøgelsen, har alle været glade for at få et "Udskrivningsmøde via video". Der var dog én patient, som efterfølgende ikke kunne huske videomødet, fordi hun var påvirket af morfin. Denne patient udtalte; *"Så det fik jeg ikke meget ud af"*. Patienten understreger, at hun af den grund var meget glad for, at hendes pårørende (datter) deltog i mødet; *"hun kan hjælpe mig med at huske"*, forklarer hun.

Fælles aftaler skaber tryghed for pårørende

Patienter og pårørende oplever i høj grad, at et "Udskrivningsmøde via video" skaber tryghed inden udskrivelse til kommunen. Pårørende udtrykker generelt, at det skaber tryghed, at der laves aftaler angående, hvad der skal ske efter udskrivelse, som en søn til en ældre dame beskriver i nedenstående:

"Det var godt givet ud med den dag, eller hvor lang tid, man nu endte med at bruge på det. Det gav et stort udbytte for mig at høre alle de ting, der blev sagt og at vide, at alt var i orden, når hun kom hjem."

En anden pårørende understreger, at hun synes der blev lavet nogle gode, fælles aftaler bl.a. omhandlende en genoptræningsplan for hendes mor. Hun understreger, at visitationen (der deltog i videomødet) desuden fulgte op på aftalerne om genoptræning efter udskrivelsen. Dette var især vigtigt, fordi den pårørende ikke oplevede, at aflastningsstedet (hvor den ældre patient blev udskrevet til) havde fulgt denne aftale.

Det er tilmed gennemgående, at de pårørende er glade for, at 'alle relevante parter' mødes på tværs af sektorer. Eksempelvis var en ægtefælle til en ældre mand meget utryk ved sin mands udskrivelse til aflastningsophold. Hun havde to bekymringer; 1) hun følte ikke, at hendes mand var klar til at blive udskrevet, da han var meget dårlig, og hun var derfor usikker på, om et "midlertidigt ophold" var det rigtige for ham. Dette skyldtes især, at hun ikke vidste, hvad et midlertidigt ophold indebærer. 2) hun var i tvivl om, hvorvidt hun selv skulle pleje og passe hendes mand og i hvilket omfang, fordi hun stadig var på arbejdsmarkedet og ønskede at forblive i arbejde.

Udskrivningsmødet via video foregik med en sygeplejerske, der er ansat på det midlertidige opholdssted, som den bekymrede pårørendes ægtefælle skulle udskrives til. Det betød, at både patient og pårørende kunne få en præcis beskrivelse af, hvad det midlertidige ophold ville indebære. Herudover blev hustruen bekræftet i, at hun som ægtefælle ikke skulle have en rolle/noget ansvar ift. hendes mands pleje, efter udskrivelse. Sidstnævnte var forinden mødet blevet understreget af sundhedspersonalet på hospitalet, men ægtefællen havde brug for at få dette understreget af det kommunale personale.

Det skaber således tryghed og afklaring, at alle relevante parter, på tværs af sektorer, mødes i et forum, hvor der laves fælles aftaler.

Det skaber tryghed at "få ansigt på"

Flere af de svageste, ældre patienter giver udtryk for, at det skaber tryghed at se sundhedspersonalet via skærmen. I nogle tilfælde kunne patienterne genkende de kommunale sundhedspersoner på skærmen.

På lignende vis skaber det ifølge patienter og pårørende tryghed at "få ansigt på" en ukendt person, som de efter udskrivelsen skal samarbejde med i kommunalt regi.

Det med, at man kan "vinke farvel" og sige, "Vi ses", er noget, der nævnes af både patienter, pårørende og sundhedspersonale som en fordel ved videomødet, hvilket en datter til en ældre patient understreger i nedenstående:

"Bare den måde, hvorpå visitatoren sagde; 'Jamen vi ses jo, og vi kan aftale at mødes sådan og sådan', det var helt vildt... (bliver grådkvalt) ...det var rigtig godt, synes jeg".

Et andet eksempel er, at en pårørende i slutningen af et videomøde spørger den kommunale sygeplejerske om hendes telefonnummer og navn samt anmoder om at kontakte hende ved behov. Sygeplejersken er ansat på det midlertidige opholdssted, hvor den pårørendes mand skal udskrives til. Sygeplejersken foreslår afslutningsvist, at den pårørende kan komme på besøg inden hendes mands udskrivelse.

På et udskrivningsmøde via video skaber det således tryghed ved at "få ansigt på" og kunne relatere til hinanden ved for eksempel, at sige, "vi ses" og aftale det fremtidige møde.

Videomødet giver mulighed for afklaring

Et tværsektorielt udskrivningsmøde via video kan også bidrage til at få afklaret tvivlsspørgsmål. Dette gælder for både patient, pårørende og sundhedspersonale.

Generelt understreger det kommunale sundhedspersonale, at det er en stor fordel i deres faglige arbejde, at de selv kan spørge ind til patienten og pårørendes situation samt behov ved udskrivelse.

I flere tilfælde har videomødet bidraget til sundhedspersonalets beslutningsproces i forbindelse med at bevilge patienten et midlertidigt ophold. Et eksempel er, at den kommunale visitator umiddelbart vurderer (på baggrund af hospitalets beskrivelse), at patienten kan udskrives til eget hjem med et maksimum af hjemmehjælp og hjemmesygepleje. Datteren til patienten er meget utryk ved dette, da hun ikke kan se, hvordan hendes mor skal kunne klare sig i eget hjem. Af den grund foreslår hospitalets personale, at der afholdes et tværsektorielt udskrivningsmøde via video. Da den kommunale visitator ser og møder patienten på videomødet, kan hun tydeligt se, at patienten har brug for et midlertidigt ophold inden udskrivelse til eget hjem, og patienten får derfor bevilget et sådant ophold.

Det vil sige, at udskrivningsmødet via video kan afklare tvivlsspørgsmål angående, hvor patienten skal udskrives til, hvilket på den måde er med til at sikre kvaliteten for patient og pårørende.

Patient og pårørende understreger også fordelene ved, at de kan få en afklaring; "...at man kan stille spørgsmål og få svar med det samme", som en pårørende forklarede.

For eksempel spurgte en svigerdatter til en patient, hvor mange uger et aflastningsophold typisk varer. I den efterfølgende dialog understregede den kommunale sygeplejerske, at patienten ikke blev udskrevet, før han blev vurderet klar til at komme hjem til eget hjem. Som observatør af mødet, kunne man tydeligt fornemme en lettelse blandt de pårørende.

På lignende vis kan patienterne stille konkrete spørgsmål, som en patient, der spurgte, om han kunne få sin hund med på det midlertidige ophold, som han skulle udskrives til. Det var ikke muligt, men patient og kommunalt sundhedspersonale lavede en aftale om, at han kunne få besøg af sin hund på parkeringspladsen, hvilket tydeligvis skabte lettelse hos patienten.

Det vil sige, at udskrivningsmøder via video giver mulighed for at få afklaret tvivls spørgsmål, komplicerede såvel som mindre komplicerede, for alle de deltagende parter: patienter, pårørende og sundhedspersonale.

Patientens behov og ønsker

Som nævnt i ovenstående, så sætter det kommunale sundhedspersonale stor pris på at kunne spørge patienten direkte om vedkommendes behov og ønsker i forbindelse med udskrivelsen. Patienter og pårørende oplever i de fleste tilfælde også, at de bliver spurgt og involveret under mødet.

I nogle tilfælde er det tilmed blevet observeret, at patienten selv, uden at blive spurgt, har givet udtryk for deres behov, som nedenstående er et eksempel på:

Visitator: "Skal vi sige udskrivning i morgen så?"

Patient: "Kan det være tæt på hjem?" (skal udskrives til et midlertidigt ophold i kommunen)

Visitator: "Nej det kan man ikke ønske desværre - det bliver enten Ringkøbing eller Tarm".

Pårørende: "Kan det blive (navn på et midlertidigt opholdssted) Det er altså et godt sted, det kender jeg til.

Patient: Ja, jeg vil gerne på (navn på det midlertidige opholdssted), det er også tæt på mine børn.

Visitator: "Vi ser, hvad vi kan gøre."

10 minutter efter mødet var afsluttet, ringede visitationen til hospitalssygeplejersken og fortalte, at patienten fik plads der, hvor hun ønskede. Både patient, pårørende og hospitalssygeplejerske var meget glade og gav hinanden hånd og kram.

Modsat ovenstående eksempel er det dog også en erfaring, at det for en stor del af målgruppen "de svageste ældre" gør sig gældende, at de "ikke vil være til besvær", som flere har udtalt til interviewer. En pårørende understreger dette i nedenstående:

"Sådan en ældre kone (hans mor) kan hurtigt komme til at føle sig til besvær, og der kan man risikere, at hun ikke er ærlig omkring, hvilken hjælp hun har brug for."

Sønnen refererer i ovenstående til en situation, hvor en kommunale sundhedsperson kommunikerede på en måde, der ikke blev oplevet som samarbejdsvillig af de parter, der sad på den anden side af skærmen: hospitalspersonale, patienten og to pårørende.

Patienten er naturligt i centrum på et udskrivningsmøde via video (rent fysisk er de placeret i midten, det handler om deres udskrivelse osv.). Det betyder dog ikke, at de ældre patienter nødvendigvis kommer på banen med egne behov og ønsker. Dette sætter et krav til sundhedspersonalet om at have et særligt fokus på, at "brugerinddrage" målgruppen, herunder afkode og opfordre dem til at give udtryk for deres ønsker og behov. Det anbefales derfor også, at der i forbindelse med den fortsatte implementering af udskrivningsmøder via video prioriteres at kompetenceudvikle personalet i tråd med "den brugerinddragende dialog".¹⁰

Et fysisk møde versus videomøde

Under feltarbejdet sagde flere ældre, at det var "smart" at afholde det tværsæktorielle møde via video. Flere pårørende understreger i tråd med dette, at det er lige så fint for dem at mødes via video som et fysisk møde. Som en datter forklarer; *"Det er godt at få ansigt på, men jeg synes ikke, at vi behøver at sidde fysisk overfor hinanden"*. Hendes far oplevede dog, at det var lidt underligt at møde den kommunale sundhedsperson via skærmen, men han var alligevel rigtig glad for at have samtalen med kommunen, fortæller hun.

Datteren fortsætter sin beskrivelse af videomødet i en sammenligning med et fysisk møde, som hun og hendes far har haft i en mellemgang på hospitalet:

"Inden han skal udskrives, så er der et møde med læge, sygeplejersker, og der kom så en ergoterapeut (...) men alt den her samtale den foregår så fra stuen og ud til gangen, der er sådan en lille mellemgang (...) For mig virker det rigtig frustrerende; man fik ikke sagt det, man ville og hørte ikke godt efter, og nogle skulle lige flytte sig lidt, fordi man skulle ind på stuen til de andre patienter. Vi blev så spurgt, om vi ville med til videokonference i et andet rum. Og det jeg kan huske er, at jeg bedre kan huske, hvad der bliver talt om (...) jeg følte der var en meget bedre ro over de her ting."

Sammenlignet med et fysisk møde i en mellemgang på hospitalet, giver et udskrivningsmøde via video således ro og fokus, da det afholdes i et mødelokale. For datteren betyder det, at hun bedre kan huske, hvad der bliver aftalt, hvilket er afgørende da

¹⁰ "Den brugerinddragende dialog": https://danskepatienter.dk/files/media/Publikationer%20-%20Egne/B_ViBIS/A_Rapporter%20og%20unders%C3%B8gelser/brugerinddragende_dialog.pdf

pårørende i dag har en vigtig rolle, som patientens "advokat", der holder den røde tråd i sundhedssystemet.¹¹

For nogle af "de svageste ældre" kan det dog være en udfordring at deltage aktivt på et videomøde, da de kan have dårligt syn og/eller hørelse. På et videomøde spurgte en ægtefælle for eksempel sin mand, om han kunne høre, hvad der blev sagt, og det kunne han ikke, så der måtte reguleres på lyden. Det der særligt skal bemærkes er, at han ikke selv giver udtryk for sit behov.

På lignende vis var der et tilfælde, hvor en ældre patient var udfordret på både sin hørelse og sit syn. For den ældre var god lyd og et godt billede således afgørende. Lyden fungerede fint, men desværre sad den kommunale sundhedsperson langt væk fra videoskærmen, hvilket betød, at hun var meget "lille" på skærmen. Herudover var patienten sengeliggende, hvorfor skærmen var placeret for fodenden, ca. 2-3 meter fra hendes synsfelt. Tilsammen resulterede dette i, at den ældre havde svært ved at følge med og deltage aktivt i samtalen.

På et efterfølgende interview drøftes ovenfor beskrevne problematik med datteren, som også deltog på mødet. Hun sammenligner videomødet med et fysisk møde, som hun og hendes mor efterfølgende har afholdt sammen med den kommunale visitation:

Datter: Men jeg tror, at det var godt, at visitatoren kom herud – det fik du nok mere ud af, end hvis du skulle se på hende inde i fjernsynet – hvis jeg skal vurdere noget?

Patient: Ja, nu har jeg jo ingen god syn, så jeg kan ikke altid se det, der er i fjernsynet.

Datter: Jeg tror det (fysiske møde) er mere nærværende for hende – måske er det også nemmere for hende at huske det møde.

Patient: Det er det helt sikkert... Jeg synes godt nok også, at jeg bedre kan, når vi sidder og snakker sammen sådan her, end når det er på en skærm – det har jeg ikke noget ud af.

Den kvalitative undersøgelse tyder således på, at de ældre er udfordret på deres sanser i højere grad på det digitale møde, hvor kropssprog, fornemmelsen af det sociale rum mv. kan være mere krævende at afkode. Derfor er det afgørende, at sundhedspersonalet har en opmærksomhed på, at lyd og billede er indstillet så godt som muligt, alt afhængigt af patientens udfordringer.

En anden udfordring i forhold til patienternes deltagelse kan være, hvis de er påvirkede af og omtågede af den stærke medicin, som de får under indlæggelsen. Dette vil dog også gøre sig gældende på et fysisk møde.

Overordnet giver de patienter der har deltaget i undersøgelsen og som ikke er udfordrede på syn, hørelse eller af sløvende medicin, udtryk for at videomødet er "smart",

¹¹ https://patientsikkerhed.dk/content/uploads/2015/11/de_paaroerendes_rolle2015.pdf

og alle de pårørende som har deltaget i undersøgelsen, og som projektlederen i øvrigt har talt med, har oplevet, at det var lige så godt, at mødes på video, som et ved fysisk fremmøde.

Resultater - Sundhedsprofessionelt perspektiv

Evalueringsskemaer

Til belysning af det sundhedsfaglige perspektiver har medarbejderne efter afholdt udskrivelsesmøde via video udfyldt evalueringsskemaer (bilag 11, 12).

Af evalueringsskemaerne fremgår det, at de overvejende grunde til at afholde udskrivelsessamtaler via video omhandler usikre hjemlige forhold, utryghed hos patient og pårørende, kompleks udskrivning med markant ændret funktionsniveau samt flere genindlæggelser.

I stort set alle evalueringsskema vurderede medarbejderne, at det var relevant at afholde udskrivelsessamtalen via video. Sygeplejerskerne udtrykker bl.a.:

”Det skaber tryghed for patient og pårørende. Patient får tildelt den rette hjælp”

”Det giver stor værdi, at patient og pårørende kan tale direkte med visitator m.fl., især ved uenighed og utilfredshed”.

”Patient og pårørende var glade for at blive inddraget direkte i den direkte kontakt til kommunen”.

Omkring planlægning af konferencer vurderer de sundhedsprofessionelle, at arbejdsgangene fungerer tilfredsstillende. Det noteres i plejeforløbsplanen, og herefter laves en mundtlig aftale om tidspunkt.

Da koordineringen er forgået mellem visitator og hospitalssygeplejersken, har disse to faggrupper været de primære aktører i udskrivelsessamtaler via video, hvilket også fremgår af evalueringen. Det er dog lykkedes i implementeringsprocessen at koble flere fagligheder på som den kommunale sygeplejerske, terapeuter og diætister.

I forhold til deltagelse af hospitalslægen, er den generelle vurdering, at det ikke er relevant, da det i langt de fleste tilfælde omhandler koordinering af den hjælp, borgeren skal modtage efterfølgende. Der har dog været enkelte udskrivningsmøder via video, hvor hospitalslægen har deltaget, og hvor det gav mening, da lægen kunne redegøre for patients tilstand samt videre behandling.

Med hensyn til kompetencer, så giver de sundhedsprofessionelle udtryk for, at den bedste måde at opnå sikkerhed i afholdelse af møder via video, er ved at afprøve det.

”Min første videokonference, hvilket fungerede rigtig fint. Positivt overrasket over metoden”

Video som metode - erfaringer og barrierer

De sundhedsprofessionelles erfaringer med udskrivelsessamtaler via video er også belyst via et masterprojekt, hvor der er gennemført enkeltmandsinterview med sundhedsprofessionelle i kommuner og på hospital. Fokus for interviewene var via fagpersoners erfaringer at undersøge hvordan ledelsen kan understøtte implementeringsprocessen.

Undersøgelsen viser, at udskrivelsessamtaler via video giver høj faglighed og dermed bedre kvalitet i udskrivelserne. Fagpersoner udtrykker, at samtalen over video virker naturlig og nærværende samt giver mulighed for inddragelse af patient og pårørende. Dermed bliver koordineringen i højere grad på patientens præmisser.

Den tekniske del af videomødet kan være en barriere, som kræver hjælp til at overkomme, hvilket kan understøttes af undervisning og oplæring. Dette har været af varierende karakter i implementeringsprocessen.

Desuden er opbakning og motivation fra ledelsens side altafgørende for at skabe fremdrift i implementeringen af møder via video. Ledelsen skal gå foran, vise retning, opsætte delmål og gøre det til en skalopgave at afholde udskrivelsessamtaler via video i komplicerede patientforløb. Ligeledes er tovholderens rolle vigtig, og det er afgørende, at personen kan gå foran og har indflydelse i egen organisationen.

Der er en generel positiv indstilling til indsatsen. Fagpersoner gør dog opmærksom på, at det er vigtigt at arbejds gange tilrettes, ligesom uklarhed om de fysiske rammer for afholdelse af videokonference kan give udfordringer og dermed blive en barriere. Fagpersoners forskellighed i forhold forandringsparathed kan ligeledes påvirke fremdrift i implementeringen, og endelig erfares tidsfaktoren som en barriere.

Det fremhæves, at mødet på videoskærmen giver relation og kendskab til hinanden på tværs af sektorer. Det påvirker samarbejdet positivt, skaber faglige løsninger som medfører kvalitet i udskrivelsen og fokus på kerneopgaven.

Resultater - Praktiserende læges perspektiv

Intentionen i projektet har været, at der var mulighed for deltagelse af almen praksis i udskrivelsessamtaler via video i de tilfælde, hvor det vurderes relevant. De praktiske og økonomiske betingelser for deltagelse har været til stede. Til trods for dette har der i projektperioden ikke været gennemført test med deltagelse fra almen praksis i udskrivelsessamtaler via video. Fagpersonalet udtrykker i evalueringen, at i langt de fleste tilfælde vil det ikke være relevant med lægedeltagelse, da det primært omhandler koordinering af den praktiske hjælp efter udskrivelsen.

For at afdække og vurdere om det forholder sig således i praksis, er der i samarbejde med repræsentant fra almen praksis gennemgået fem patientforløb, hvor der har været afholdt udskrivelsessamtaler via video. Den almene praktiserende læge har ud fra epikriser vurderet relevansen af praksislægens deltagelse.

Resultatet af gennemgangen viser, at i ét af de fem patientforløb vurderes relevant for den praktiserende læge at deltage, da der ved udskrivelsen fortsat var uklarheder i forhold til den medicinske tilstand, og som ville kræve en opfølgning fra almen praksis. De øvrige fire patientforløb var der enten planlagt opfølgning i hospitalsregi, eller af epikrisen fremgik en tydelig og fyldestgørende plan. Ud fra de fem cases vurderes, at praktiserende lægers deltagelse i enkelte tilfælde vil være relevant. Det omhandler de forløb, som er komplicerede, og hvor der er uklarheder, der kræver opfølgning fra den praktiserende læge efter udskrivelse.

Pårørendes deltagelse i udskrivelsesmøder via video

Da målgruppen er de svageste ældre patienter, har det i projektet været vigtigt at inddrage de pårørende. I forhold til udskrivelsessamtaler via video har det været et mål at gøre det muligt for pårørende at deltage fra egen lokation, og dermed give mulighed for større fleksibilitet i forhold til at kunne deltage.

Udfordringen har været at finde en teknisk sikker løsning. Pårørende har derfor måtte deltage enten sammen med patienten på hospitalet eller fra den kommunale lokation. Ved afslutningen af projektet er en løsning dog på vej, og de første test forventes gennemført i løbet af foråret 2020.

Omkostninger

De direkte omkostninger forbundet med afvikling af udskrivningsmøde via video er:

- Planlægning af udskrivningsmøde - 10 min.
- Forberedelse i hospital – omfatter information og kontakt til patient og pårørende samt orientering om patientens forløb – 30 min.
- Forberedelse i kommune – gennemgang plejeforløbsplan – 10 min.
- Afholdelse af udskrivningsmøde – rammesat til 30 min. (gnsn. 32 min.)

Det forventes, at den tværsektorielle koordinering på udskrivningsmødet vil kunne reducere behovet for efterfølgende korrespondancer, telefonopkald med mere. Der er ikke evalueret på, om der reelt er sket en reduktion i kontakter, men tilbagemelding fra afdelinger, som har afholdt mange videomøder er, at de begynder at opleve en tidsbesparelse ved indsatsen. Der er ikke foretaget registrering af kontakter i patientforløb, så oplevelsen af en reduktion kan efterprøves.

Opsummering – udskrivningsmøde via video

I projektperioden er der registreret en genindlæggelsesprocent på 7,9 hos patienter, der har deltaget i udskrivningsmøde via video. Det er en betydelig lavere andel end hos borgere i interventions- og kontrolgruppen for modtagebesøg, hos hvem der er registreret en genindlæggelsesprocent på 11,7. Population for undersøgelsen er endnu kun 63, men effekten vil være relevant at følge, når antallet af udskrivningsmøder via video øges.

Udskrivningsmøder via video tager i gennemsnit 32 min. og afholdes som oftest 1–2 dage før udskrivelsen. Typisk deltager visitator og hospitalssygeplejerske udover patient og pårørende. Der er dog eksempler på, at den kommunale sygepleje, akutafsnit,

terapeut, diætist og hospitalslæge har deltaget. Almen praksis har ikke i projektperioden deltaget i et udskrivningsmøde, men det vurderes fortsat at være relevant at afprøve dette i forløb, hvor der er uklarheder i forhold til den medicinske tilstand ved udskrivelse.

Udskrivningsmødet opleves at skabe tryghed i udskrivelse både for patient, pårørende og sundhedsprofessionelle. Udskrivningsmødet giver mulighed for at inddrage patienten i de beslutninger, der træffes vedrørende det videre forløb, og særligt pårørende oplever, at det giver tryghed og afklaring, at alle relevante parter på tværs af sektorer mødes og laver fælles aftaler.

Det betyder noget at "få ansigt på" via videoen og dermed kunne relatere sig til hinanden. Det giver en oplevelse af sammenhæng på tværs af sektorer for patienten og mulighed for fagligt samarbejde på tværs for fagpersoner.

Teknikken i udskrivningsmødet kan være en barriere, men når først de sundhedsprofessionelle har prøvet det et par gange, er erfaringen, at det er enkelt.

Videomødet beskrives af de fleste som smart, og som et godt alternativt til et fysisk fremmøde. Dog er der en opmærksomhed på, at patienter med nedsat hørelse, syn eller som er påvirket af medicin, kan opleve udfordringer med at indgå i udskrivningsmøde via video.

Det forventes på sigt, at udskrivningsmødet kan bidrage til et reduceret behov for efterfølgende kontakter mellem hospital og kommune. Det har ikke været muligt at opgøre dette indenfor projektet, men afdelinger, der har gennemført mange udskrivningsmøder via video, giver udtryk for, at de begynder at mærke en positiv effekt på antallet af henvendelser.

6. Modtagebesøg - Resultater

Afviklede modtagebesøg i projektperioden

I perioden 1.okt. 2018–30.sept 2019 er der dokumenteret 456 modtagebesøg i projektet. Figur 4 viser hvordan besøg fordeler sig mellem de forskellige enheder i kommunerne. Tabellen viser yderligere, at 68 % af modtagebesøgene er gennemført indenfor 24 timer.

Figur 4 - Antal besøg og tidspunkt for afholdelse fordelt på kommunale enheder

	Modtagebesøg	Indenfor 24 t		Efter 24 t		Uoplyst	
	Antal	antal	%	Antal	%	Antal	%
Hjemmesygeplejen	271	202	75%	54	20%	15	5%
Plejecenter	66	45	68%	16	24%	5	8%
Akutcenter	45	21	47%	23	51%	1	2%
MTO	50	34	68%	10	20%	6	12%
Rehabilitering	20	5	25%	15	75%	0	0%
Uoplyst	4	2	50%	0	50%	2	0%
I alt	456	309	68%	118	26%	29	6%

Screenede til modtagebesøg

I samme periode, 1.okt. 18–30.sept. 2019 er i alt 1003 patienter på hospitalet screenet til modtagebesøg i kommunen. Tallet er trukket fra BI portalen, Region Midtjylland og viser, patienter, der ved screening til opfølgende hjemmebesøg, scorer over 31 samt har en Barthel score ved udskrivelsen.

Af de 1003 patienter har 456 fået et modtagebesøg, og 111 har indgået i kontrolgruppen og dermed modtaget et undersøgelsesbesøg. Det betyder, at der er 436 patienter i målgruppen for modtagebesøget, som af forskellige årsager ikke har modtaget tilbudet. I alt er 57 % af de mulige besøg registreret som gennemført i kommunerne.

Resultater – Kvantitativ evaluering af sundhedstilstand

I det følgende afsnit gennemgås resultater af et randomiserede studie for udviklingen i patienternes sundhedstilstand, målt på indikatorerne: *vægt, funktionsniveau* samt *genindlæggelser inden for 30 dage*.

Køn, alder, vægt, funktionsniveau og screeningsscore i interventions- og kontrolgruppe ved udskrivelse fremgår af figur 5.

I interventionsgruppen dør 7 af 109 patienter (6,4%) inden for 30 dage. I kontrolgruppen dør 8 af 111 patienter (7,2%) inden for 30 dage. Disse forløb ekskluderes i analysen.

Figur 5. Køn, alder og score ved udskrivelsen. Vægt og funktionsniveau ved udskrivelse.

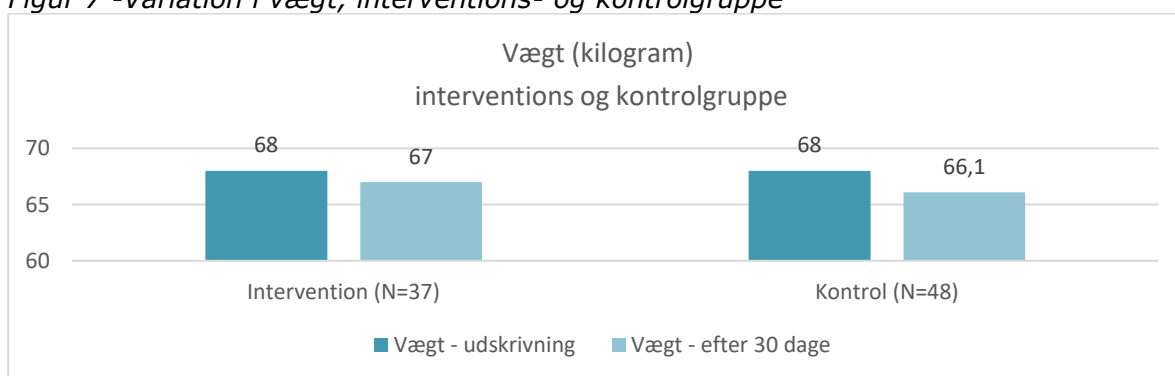
	Intervention			Kontrol		
	Gnsn	CI	N	gnsn	CI	N
Køn (kvinder/mænd)	53/56	-	109	57/54	-	111
Alder	83,3	(82,0 – 84,6)	109	83,8	(82,2 – 85,3)	111
Score	41,3	(39,9 – 42,6)	109	41,2	(40,0 – 42,4)	111
Vægt ved udskrivelse	68,0	(64,1 – 71,9)	80	68,0	(64,2 – 71,9)	76
Barthel ved udskrivelsen	44,6	(38,8 – 50,4)	91	43,7	(38,3 – 49,1)	91

Figur 6 - Vægt og funktionsniveau efter 30 dage fordelt på interventions- og kontrolgruppe. Vægt og funktionsniveau målt i henholdsvis kg og Barthel ved udskrivelse og efter 30 dage.

	Intervention			Kontrol		
	Gnsn	CI	N	Gnsn	CI	N
Vægt efter 30 dage	67,0	(61,8 – 72,2)	37	66,1	(61,1 – 71,1)	48
Barthel efter 30 dage	57,5	(47,1 – 67,9)	39	59,2	(49,6 – 69,0)	49
Vægt difference	-1,1	(-2,4 – 0,1)	37	-1,4	(-2,7 – -0,1)	43
Absolut funktionsforbedring	16,2	(8,8 – 23,6)	39	13,5	(7,3 – 19,7)	49

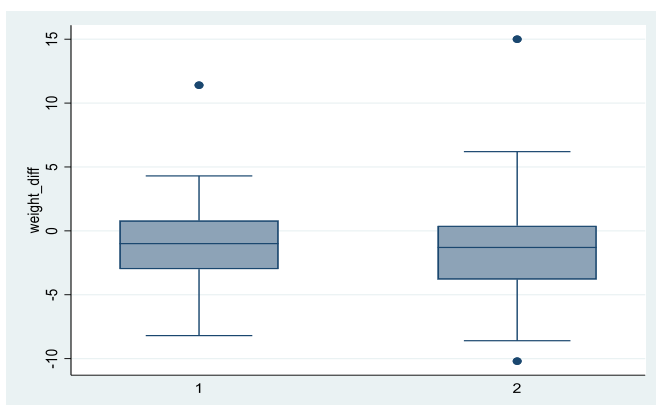
Vægt

Figur 7 - Variation i vægt, interventions- og kontrolgruppe



Patienternes vægt (i kilogram) er målt ved udskrivning og 30 dage efter. Vægt efter 30 dage fremgår af figur 6 og 7. Der er ikke signifikant forskel i vægt efter 30 dage mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen. Differencen i vægt mellem udskrivelsen og efter 30 dage fremgår af figur 7. Patienter i både interventionsgruppen og kontrolgruppen taber sig efter udskrivelsen, men forskellen mellem interventions- og kontrolgruppen er ikke statistisk signifikant. Man kan også argumentere for, at vægttabet i

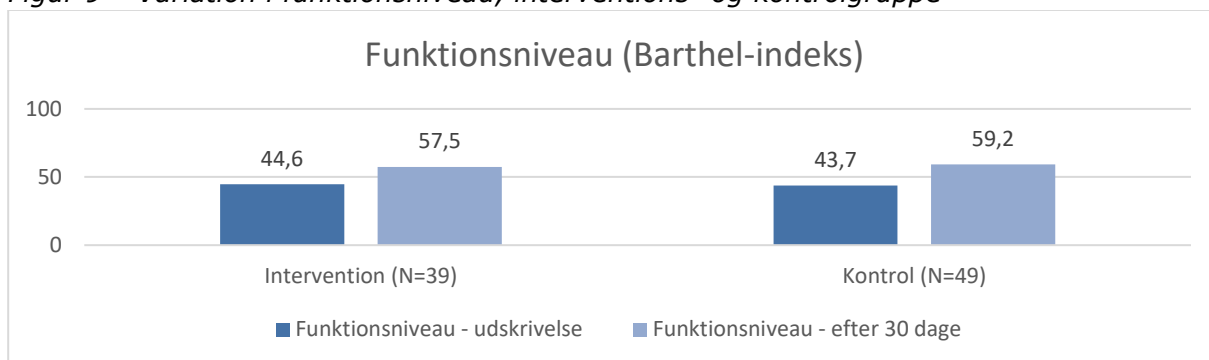
både interventions- og kontrolgruppen ligger inden for usikkerheden, og at patienterne dermed fastholder vægten fra udskrivelse til 30 dage efter udskrivelsen.



Figur 8. Box-plot med gennemsnit og konfidensintervaller over vægt differencen. 1 = interventionsgruppen og 2 = kontrolgruppen

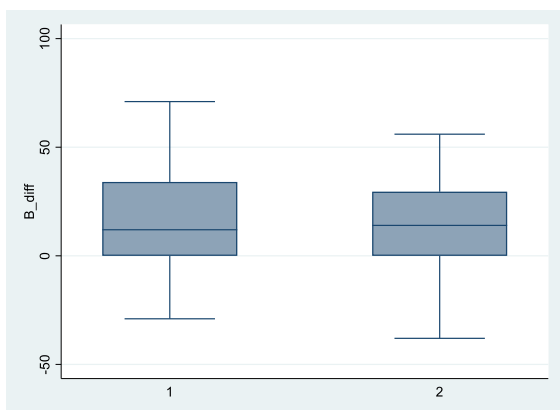
Funktionsniveau

Figur 9 – Variation i funktionsniveau, interventions- og kontrolgruppe



Patienternes funktionsniveau er vurderet med brug af Barthel-indekset ved udskrivelse og efter 30 dage. Funktionsniveau efter 30 dage fremgår af figur 6. Heller ikke her er der forskel mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen. Differencen i funktionsniveau mellem udskrivelsen og efter 30 dage fremgår af figur 9 og figur 10. Der ses en fremgang for patienter i både interventionsgruppen og kontrolgruppen fra udskrivelsen og efter 30 dage. Der er dog ikke signifikant forskel på fremgangen mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen.

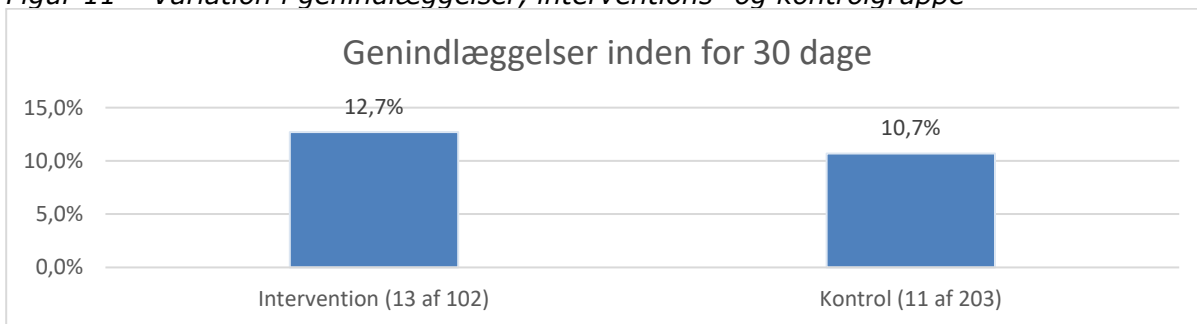
I interventionsgruppen forbedres 17 af 39 patienter (43,6%) minimum én kategori i positiv retning, mens 4 af 39 patienter (10,0%) forværres én kategori. I kontrolgruppen forbedres 21 af 49 patienter (42,9%) minimum én kategori i positiv retning, mens 2 af 49 patienter (4,1%) forværres én kategori (kategorierne er nærmere beskrevet i bilag 1).



Figur 10. Box-plot med gennemsnit og konfidensintervaller over den absolutte funktionsforbedring. 1 = interventionsgruppen og 2 = kontrolgruppen

Genindlæggelser

Figur 11 – Variation i genindlæggelser, interventions- og kontrolgruppe



I interventionsgruppen genindlægges 13 af 102 patienter (12,7%) inden for 30 dage. Fem genindlægges fra egen bolig, mens 2 genindlægges fra midlertidigt opholdssted. I 6 genindlæggelsesforløb fra interventionsgruppen er opholdsstedet ikke oplyst.

I kontrolgruppen genindlægges 11 af 103 (10,7%) patienter inden for 30 dage. Tre genindlægges fra egen bolig, 1 fra plejecenter og 1 fra midlertidigt opholdssted. I 6 genindlæggelsesforløb fra kontrolgruppen er opholdsstedet ikke oplyst.

I interventionsgruppen er der gennemsnitlig 9,1 dag fra udskrivelsen til genindlæggelsen, og i kontrolgruppen er der gennemsnitlig 14,7 dag fra udskrivelsen til genindlæggelsen.

På baggrund af datamateriale fra projektet er det således ikke grundlag for at konkludere, at et udvidet modtagebesøg indenfor 24 timer bidrager til en reduktion i andelen af genindlæggelser, målt i forhold til de tilbud kommuner i Vestklyngen i øvrigt tilbyder målgruppen.

Forskelle mellem eget hjem, plejebolig og midlertidigt ophold

Data vedrørende udvikling i vægt og Barthel er registreret af den kommunale sygepleje ved et undersøgelsesbesøg 30 dage efter udskrivelse. Data viser dog, at der kun er

sket opfølgning på 46,1% af patienterne i interventionsgruppen (47 af 102) og 64% af patienter i kontrolgruppen (66 af 103). Det betyder, at der er mange huller i dataregistreringerne, som beskrevet i metodeafsnittet.

Af figur 12 fremgår det, at personalet i hjemmeplejen i større udstrækning end personalet på institutioner har fulgt op på patienter 30 dage efter udskrivelsen.

Figur 12 - Opfølgning efter 30 dage opdelt på enhed

Personale	Interventionsgruppe		Kontrolgruppe	
	Antal	%	antal	%
Hjemmepleje	29	61,7	36	54,5
Institution	18	38,3	30	45,5

Projektet har involveret samtlige enheder i seks kommuner, 15 sengeafsnit i Hospitalsenheden Vest samt almen praksis. Det er således et stort antal medarbejdere, der har været involveret, og de har alle skulle lære nye arbejdsgange og systematisk dokumentationspraksis. Til trods for tovholdere i både kommunalt og regionalt regi, fokusuger samt overordnet ledelsesopbakning har implementeringsindsatsen været omfattende, og det have været medvirkende til manglerne i de indsamlede data.

Resultater – Brugeroplevet perspektiv

Besøg inden for 24 timer giver mening

De svageste ældre, som har deltaget i undersøgelsen, har alle være taknemmelige for at få et Modtagebesøg inden for 24 timer efter udskrivelse.

Det bør dog nævnes, at hospitalets sundhedspersonale fortæller, at der af og til er ældre som fravælger modtagebesøget. Ifølge sundhedspersonalet, forklarer de ældre, at de ikke har overskud til så mange besøg efter udskrivelse. Dette skal ses i lyset af, at målgruppen for modtagebesøg højst sandsynligt kan forvente jævnlige besøg af den kommunale hjemmehjælp og/eller hjemmesygepleje efter udskrivelse.

Målgruppen, de svageste ældre, har i de fleste tilfælde haft et indlæggelsesforløb, som er præget af kompleksitet og i nogle tilfælde genindlæggelser. Derfor tages tilbuddet om et modtagebesøg inden for 24 timer efter udskrivelse (i de fleste tilfælde) godt i mod, da det kan skabe trykthed, overskuelighed og overblik for både den ældre og dennes pårørende.

Nedenfor beskrives en ældre dames forløb i forbindelse med en genindlæggelse som et eksempel på, hvorfor et modtagebesøg inden for 24 timer giver mening for borger og pårørende.

I juni måned 2018 blev borgeren, en 90-årig kvinde indlagt for første gang i sit liv. I august blev hun indlagt igen med vejrtrækningsproblemer.

Da den ældre dame blev udskrevet tilbage i juni måned, gik hun i delir ved ankomst i eget hjem. Hendes børn sørgede for, at hun kom til observation på byens plejehjem indtil dagen efter, hvor hun blev indlagt på kommunens akutcenter. Da den delirøse tilstand havde fortaget sig, blev den ældre dame udskrevet til eget hjem igen. I august genindlægges den ældre dame.

Da hun skal udskrives anden gang, er den ældre dame og hendes voksne børn utrygge ved, at hun igen skal udskrives til eget hjem, fordi det ikke var en god oplevelse første gang. Af den grund satte de stor pris på at få tilbudt et Modtagebesøg inden for 24 timer.

Det vil sige, at Modtagebesøget kan skabe tryghed for borger og pårørende, som er utrygge ved udskrivelse til eget hjem. Det giver dem tryghed at vide, at der kommer en sygeplejerske på besøg inden for 24 timer efter udskrivelse, som har tid til at drøfte forløbet og den fremadrettede plan, hvor der bl.a. kan blive taget hånd om uforudsete ting.

I det ovennævnte tilfælde havde den ældre dame en god hjemkomst, hvorfor modtagebesøget blev brugt til at regulere den bevilgede hjælp og tale om forbyggende indsatser.

Det er dog ikke altid, at udskrivelsen går planmæssigt og eksemplarisk. For eksempel var der en udskrivelse, hvor en ældre mand blev udskrevet til eget hjem, og få timer efter udskrivelse havde han et stort funktionstab. Helt konkret faldt han og lå hjælpeløs på stuegulvet og kunne ikke komme op. Den ældre mand og hans kone fik alt den hjælp, som den kommunale sygepleje kunne tilbyde. Alligevel sagde hans kone, at hun var glad for at have Modtagebesøget formiddagen efter, som nedenstående uddrag viser:

Hustru: *Det var godt, så er der ligesom nogen der følger op på det, så forholdene kan forbedres. Ja så sker der noget...*

Interviewer: *Hvis I forestiller jer, at I ikke havde haft besøget, hvordan tror I så det havde været?*

Hustru: *Det var godt, vi havde mødet. For jeg ved simpelthen ikke, hvad der var sket ellers.*

Borger: *Det åbnede vejen hertil (midlertidigt ophold i kommunen), så på den måde var det sandelig godt.*

Ovenstående er et eksempel på, at et Modtagebesøg inden for 24 timer kan bruges til at få aftalt den meget nære fremtid og få taget hånd om de akutte problemer, som kan opstå i sektorovergangen: På modtagebesøget blev der anmodet om et midlertidigt ophold i kommunen, bestilt de nødvendige hjælpemidler samt planlagt regelmæssige besøg indtil, at der var en fri plads på det midlertidige opholdssted.

Et andet gennemgående eksempel på, at der er behov for et besøg inden for 24 timer er, at de svageste ældre oplever "mange flyt" både internt på hospitalet og i kommunen, samt på tværs af sektorer. For flere af de ældre, som deltog i undersøgelsen, betød dette, at de efter udskrivelsen oplevede forvirring. En ældre dame satte ord på dette i et interview:

Borger: *"Jeg er forvirret... Det er alle de gange, jeg skal flytte. Så skal jeg flytte fra den ene dag til den anden. Jeg når næsten ikke at være et sted en hel dag".*

Den ældre dame var blevet udskrevet til et midlertidigt ophold på et plejecenter. Hun havde været indlagt flere gange på kort tid og bevæget sig mellem hospital, midlertidigt ophold og hjem.

En anden ældre dame beskrev på et modtagebesøg, hvordan de interne flyt på hospitalets afdelinger forvirrede hende; *"Det var forvirrende... da jeg kom op på medicinsk - der var det ved at komme efter mig igen (en delirøs tilstand, hun tidligere havde oplevet)."*

Også for pårørende kan de mange flytninger skabe forvirring og bidrage til, at de mister overblikket.

Som de ovenstående eksempler illustrerer, så giver modtagebesøget inden for 24 timer mening for de svageste ældre og deres pårørende. Årsagen kan være utryghed ved udskrivelse for borger og pårørende, at der sker noget uventet efter udskrivelse til eget hjem (for eksempel et fald i funktionsniveau), og at borgerne og deres pårørende mister overblikket på grund af de "mange flyt" internt og på tværs af sektorer.

Modtagebesøget giver overblik

De ældre og deres pårørende, som har deltaget i undersøgelsen, understreger, at et Modtagebesøg inden for 24 timer efter udskrivelse kan være med til at samle trådende og dermed mindske forvirringen for både de svageste ældre og deres pårørende.

Én af de pårørende beskriver for eksempel, hvilken effekt Modtagebesøget havde på hans mor (som har været genindlagt flere gange): *"Hun var ligesom mere rolig, og hun var heller ikke så forvirret, som hun var, sidst hun blev udskrevet."*, understreger han. Herudover påpegede han, at planen for den videre sundhedsindsats (bilag 38), som udfyldes på modtagebesøget, er en hjælp for hans mor. Han nævner dog også, at det nok ville være en fordel, hvis det var skrevet med større skriftstørrelse og på PC, da det ville gøre det nemmere for hans mor at læse.

Det vil sige, at det (ligesom på et 'Udskrivningsmøder via video') også på et Modtagebesøg inden for 24 timer kan være en udfordring for de ældre, hvis de har dårligt syn og hørelse.

På flere modtagebesøg observerede projektlederen, hvordan sygeplejersken rykkede tæt på patienten, inden mødet gik i gang. De placerede sig typisk ved siden af patienten, men sådan at patienten alligevel kunne se deres ansigt og mimik. På selve mødet har det således kunne løses, men det er en erfaring, at der bør være en opmærksomhed på, hvordan 'planen for den videre sundhedsindsats' udfyldes, så de ældre får mest muligt ud af den.

I nogle tilfælde var planen for den videre indsats enten blevet væk eller ikke givet til borgeren efter mødets afslutning, som er hensigten. Alligevel opleves det at være godt givet ud at tale planen igennem, som en af de ældre borgere sætter ord på:

"Det er rart at få styr på det. Så ved man, hvad der skal ske".

De pårørende sætter også stor pris på, at planen for den videre sundhedsindsats gennemgås, som en søn til en ældre dame understreger:

"Der kommer styr på det hele, og vi får et overblik over, hvad der skal ske. Det er rigtig godt, man får skrevet ned, hvad er der af aftaler - så kan man vende tilbage til det".

Pårørendesamarbejdet forbedres på et Modtagebesøg

Ét af kernelementerne i modtagebesøget er, at pårørende inviteres til at deltage. De pårørende inviteres allerede til at deltage, mens borgeren stadig er indlagt. Det betyder, at det kan nås at koordinere de pårørendes deltagelse, så snart borgeren udskrives til kommunen.

På de observerede modtagebesøg var det tydeligt at se, at de pårørende havde en afgørende rolle i forhold til både at kunne referere væsentlige pointer fra borgerens indlæggelse og daglige liv samt kunne huske og koordinere aftaler for borgerens fremtidige planer.

For målgruppen "de svageste ældre" skaber det tryghed, at deres pårørende involveres. I mange tilfælde især fordi den ældres hukommelse kan være svækket pga. medicin, hvilket nedenstående er et eksempel på:

Borger: *Det er bedst, de snakker med dem (kigger på sine børn) (...) Det er jo dem, det går ud over. Det kan ikke nytte noget. Det kan godt være, at jeg siger ja, og så skulle jeg have sagt nej, det kan man ikke regne med.*

Søn: *Nej, når man er fuld af morfin, så kan man ikke svare for sig – jeg har selv prøvet det, så det ved jeg.*

Den ældre dames pårørende understreger senere, at de også ønskes at inddrages i beslutninger omhandlende den ældre dames forløb – både på hospitalet og i kommunen. Borgeren og hendes pårørende sammenligner denne udskrivelse med den forrige

udskrivelse, hvor de ikke oplevede, at der på blev lyttet til dem under indlæggelsen på hospitalet.

Modtagebesøget inden for 24 timer skaber således grobund for et godt og vigtigt pårørendesamarbejde, som gavner det sundhedsfaglige arbejde fremadrettet, men også skaber tryghed for såvel pårørende som patienten selv.

Videomøde inden udskrivelse og et besøg efter 24 timer?

Et udskrivningsmøde via video afholdes i nogle tilfælde kort før patientens udskrivelse – for eksempel dagen før. Hvis patienten er inden for målgruppen, de svageste ældre, skal patienten tilmed tilbydes et Modtagebesøg inden for 24 timer. Man kan stille spørgsmål ved, om det er nødvendigt med to længerevarende møder med patient og pårørende inden for få døgn?

Under et interview med pårørende og en ældre patient, som begge havde deltaget på et udskrivningsmøde via video, gav en pårørende udtryk for, at hun kunnet have ønsket sig et møde med sundhedspersonalet efter hendes mors udskrivelse:

Datter: *Jeg synes det kunne være fint med en velkomst... Sådan et velkomstmøde, det synes jeg kunne være rart.*

Interviewer: *Så der var ikke et møde, da I ankom her (på det midlertidige opholdssted)?*

Datter: *Nej, overhovedet ikke. Det fik vi først en god uges tid efter, og det var så sammen med visitator. Og det var mere en snak om, hvornår kan hun (hendes mor) komme hjem. Der var ikke noget velkommen herinde (...) Det, havde jeg synes, var fint (...) også fordi, min mor i det her tilfælde er 90 år og påvirket af morfin - hun kan simpelthen ikke huske noget (...) og så synes jeg, at jeg bliver lidt hendes værge i den situation. Derfor kunne det have været relevant at have sådan et velkomstmøde. Du fik jo ikke italesat dine behov, og hvad du var i stand til (siger hun henvendt til sin mor).*

Borger: *Nej. Jeg synes, at al den medicin, tager min hukommelse.*

Eksemplet illustrer, at et udskrivningsmøde via video og et velkomstmøde eller for eksempel et modtagebesøg er to forskellige indsatser, med forskellige formål. Udskrivningsmødet via video handler om at lave en fælles aftale om udskrivelsen (i ovenstående tilfælde blev videomødet benyttet til at vurdere, om den ældre dame skulle på midlertidigt ophold eller hjem til eget hjem). Modtagebesøget har derimod til formål at samle op på planen efter udskrivelse, herunder hvilke kontroller der er på hospitalet, er der genoptræningsplan, er der en plan for udtrapning af for eksempel morfin osv.

Resultater - Sundhedsprofessionelt perspektiv

"Borgerne har gavn af en tidlig indsats – det giver en tryghed, at vi kan stå der tidligt. Det signalerer, at sygehus og kommune taler sammen". Sådan udtrykker en kommunal sygeplejerske sig om modtagebesøg hos borgeren i eget hjem inden for 24 timer.

Den afsatte tid (1 time) til modtagebesøget betyder, at der er ro til at gå i dybden, og dermed bliver der mulighed for en mere helhedsorienteret opfølgning med borgeren.

Modtagebesøget giver tid til forebyggelse

Modtagebesøget inden for 24 timer har en varighed af en time. Foruden at gennemgå planer og aftaler for det fremtidige forløb, er der også fokus på forebyggelse, herunder forebyggelse af for eksempel ensomhed eller en evt. genindlæggelse.

Den kommunale sygeplejerske fortæller, at den struktur som er lagt ind over modtagebesøget, er gavnlig. Drejebogen (bilag 8), der er udarbejdet til formålet, er en hjælp til at komme hele vejen omkring patienten i stedet for kun at fokusere på de indsatser, hospitalet har anmodet om hjælp til i udskrivelsesrapporten. Øjnene bliver dermed mere rettet mod forebyggende indsatser, og der bliver handlet forebyggende på potentielle problemstillinger.

"Det er godt, at man kommer hele vejen omkring borgeren med de spørgsmål, man skal stille (et lommekort med spørgsmål ang. aftaler).

I flere kommuner foregår i forvejen forskellige indsatser, blandt andet udskrivningsbesøg, sygeplejefaglig udredning og telefonisk kontakt inden for 24 timer. De kommunale sygeplejersker nævner, at indsatserne langt hen ad vejen har samme fokus, dog beskrives modtage besøget som mere dybdegående og kommer omkring emner, som ikke er en del af eksempelvis den sygeplejefaglig udredning.

Det kommunale sundhedspersonale sætter pris på, at der er tid til at arbejde med forebyggelse. Et eksempel er på et modtagebesøg, hvor en ældre dame havde været indlagt med vejrtrækningsproblemer, hvilket viste sig at være på grund af bl.a. vand i kroppen og forstoppelse. Dette havde tidligere været årsag til problematikker hos den ældre.

På modtagebesøget fik hjemmesygeplejersken sat gang i både afføringskema og en jævnlig kontrol med borgerens vægt. Hjemmesygeplejersken forklarede, at modtagebesøget var medvirkende til den forebyggende indsats, og understregede: *"... det ville jeg ikke have gjort, hvis ikke vi havde haft modtagebesøget"*.

Relationens betydning

På 3 af de observerede modtagebesøg var det en sygeplejerske, der i forvejen kendte patienten, der gennemførte Modtagebesøget. For observatøren var det tydeligt, at relationen gav tryghed og god stemning på mødet fra start.

Hvis en patient ankommer et nyt sted, f.eks. et midlertidigt ophold, kan Modtagebesøget også virke relations opbyggende, hvilket flere kommunale sundhedspersonaler har påpeget. En sundhedsperson fortæller at det arbejde, der ligger i at forberede sig til modtagebesøget, lønner sig, fordi modtagebesøget giver et rigtig godt indblik i den nye borger og dennes forløb.

Akut aflastning og rehabiliteringscenter

Der er blandede holdninger til modtagebesøget afhængig af hvilken enhed i kommune, der spørges ind til.

Sygeplejersker fra akut, aflastning og rehabiliteringscentre oplever, at der er væsentlige sammenfald mellem modtagebesøg og den forventningssamtale, der i forvejen afholdes. Derfor har man nogle steder slået disse to samtaler sammen til én, der dog ikke nødvendigvis er afholdt inden for 24 timer. Det begrundes dels med personaleresourcer, dels med at pårørende ikke altid har kunne være til stede så hurtigt, og endelig oplever medarbejderne borgere i delir, som først er i stand til at deltage efter et par dage, hvor de er mere sig selv. Samtidig anfører sygeplejerskerne, at de steder, hvor der er døgnbemandet med sygeplejersker, vil eventuelle problemstillinger naturligt blive håndteret løbende.

De kommunale sygeplejersker peger på, at videokonference måske i nogle tilfælde kunne erstatte modtagebesøget. Der er et ønske om, at der skrues op for afholdelse af videokonferencer. Og her nævner de kommunale sygeplejersker også udskrivelse til plejecentre.

Plejecentre

På mange plejecentre er der ikke sygeplejersker til stede i weekend og på helligdage, hvorfor opgaven med at afholde modtagebesøg ligger hos de kommunale udekørende sygeplejersker. De kommunale sygeplejersker fortæller, at det har været en udfordring at gennemføre modtagebesøg på plejecentre, da de ikke er bekendt med, hvad de kan tilbyde samt manglende kendskab til borgeren, som måske ikke kan svare for sig. De udtrykker det således:

Borgeren har mere gavn af, at det er den kendte sygeplejerske, hvor der i forvejen er en relation.

Generelt peger sygeplejerskerne på, at relationen har afgørende betydning for hvor åben patienten er ved modtagebesøget. Så i flere tilfælde er modtagebesøg på plejecentre derfor kun afholdt på hverdage, hvor den faste sygeplejerske har været til stede.

I disse tilfælde har argumenterne mod at afholde modtagebesøget så været, at den faste sygeplejerske er omkring borgeren hele tiden, og det derfor virker bureaukratisk at gennemføre et formaliseret modtagebesøg.

Tidlig opfølgning inden for 24 timer

Det har været en præmis i projektet, at modtagebesøget afholdes inden for 24 timer. Sygeplejerskerne nævner, at det kan være en udfordring at indfri rent planlægningsmæssigt, særligt i weekendvagter. Omfanget, en time til forberedelse og en time til afholdelse, kan blive meget i en forvejen presset køreplan.

Samtidig er sygeplejerskernes erfaring dog også, at det er inden for 24 timer, at der er meget, som kan gå galt, hvis ikke det bliver opfanget tidligt.

"Det kan måske godt virke lidt bureaukratisk, at modtagebesøget skal ligge inden for 24 timer, men omvendt, så er det jo godt nok, for ellers kan man måske komme til at sylte den opgave lidt, og der kan så gå 2, 3, 4 dage, før man når det".

For hospitalspersonalet giver det tryghed at kunne sende målgruppen "de svageste ælde" hjem til et Modtagebesøg inden for 24 timer. En sygeplejerske forklarer, at det er rart for hende at kunne berolige de pårørende med, at der er et modtagebesøg af en kommunal sygeplejerske inden for 24 timer efter udskrivelse.

Pårørende

Ved planlægning af modtagebesøget lægges der vægt på pårørendes deltagelse, fordi det opleves at give stor værdi. En sygeplejerske udtrykker det således:

"Det gode ved modtagebesøg er, at der er pårørende til stede, for det giver mulighed for at lave nogle klare aftaler".

En anden understreger, at samarbejdet med de pårørende er en af de klare fordele ved modtagebesøget: *"Det er rigtig godt at få koordineret med de pårørende".*

Foruden koordinering er de pårørende i flere tilfælde også en 'praktisk hjælp'. De bød ind med vigtig viden og tilbød for eksempel at hente borgerens nye hjælpemidler, der var blevet leveret til borgerens hjemadresse.

Samtidig har pårørendes deltagelse betydet, at besøget ikke altid er blevet afholdt inden for 24 timer, da man har prioriteret deres deltagelse. For patienter med demens kan det være en udfordring at gennemføre modtagebesøg, hvis ikke de pårørende deltager.

Plan for borgeren

Ved modtagebesøg udfylder den kommunale sygeplejerske sammen med borgeren en skriftlig plan (se bilag 7), som indeholder aftaler om det fortsatte forløb. Planen udleveres efterfølgende til borgeren.

Sygeplejerskerne har forskellige opfattelser af, hvor meget planen bliver anvendt og er til gavn for borgeren. Nogle sygeplejersker udtrykker, at det bliver de fagprofessionelles redskab og ikke borgerens, og at planen bliver væk og glemmes i bunker af andre papirer. Andre sygeplejersker oplever, at pårørende har været meget glade for at se planen, og hvilke aftaler der ligger forud. Selvom det kan være tidskrævende, så opleves det som et brugbart redskab, der kan være en aflastning, idet borger og pårørende kan se, at der er styr på aftalerne. Enkelte pårørende har taget sedlen med hjem. *"Når far bliver i tvivl, så kan jeg svare på det".*

Hjemmehjælpen kan også bruge planen til at orientere sig om de aftaler, borgeren har, og kan dermed bedre støtte borgeren.

Dokumentation

Ud over planen, der skal udfyldes og gives til borgeren, har den kommunale sygeplejerske en opgave i at dokumentere besøget og indsatserne i det kommunale omsorgs-

system. Der opleves forskellige dokumentationspraksis i kommunerne og på tværs af områderne i kommunerne. Samtidig har flere kommuner i projektperioden skiftet omsorgssystemer. Det har gjort det vanskeligt, og der har ikke nødvendigvis været en systematisk arbejdsgang for dokumentationen. Så anbefalingerne fra de kommunale sygeplejersker er, at skal indsatsen fortsætte, så er det vigtigt at ensrette dokumentationen.

I spørgsmålet om kommunikationen mellem sygehus og kommune, så er vurderingen, at når det står korrekt med store blokbogstaver i udskrivningsrapporten, så fungerer det ok – dog nævner enkelte, at det kan glippe, når det går hurtigt. Alternativet kunne ifølge de kommunale sygeplejersker være korrespondance, en sygeplejerske udtrykker det således:

"Korrespondancebrev vil være det sikre valg, den drukner ikke i ligegyldighed. Det bliver tjekket hver vagt".

Epikrisen

I projektet er det afprøvet at give borgeren lægeepikrisen med hjem, når det har været muligt. Erfaringerne er, at i de tilfælde, hvor det er lykkedes, har det været værdifuldt og giver god mening i forbindelse med modtagebesøget. At den kommunale medarbejder har kunnet gennemgå indlæggelsesforløbet med borgeren, viser, at sektorerne taler sammen og giver en større forståelse hos både borger og medarbejder. Indholdet i epikrisen og udskrivelsesrapporten er meget forskelligt, idet epikrisen giver svar på begrundelse for handlinger og udskrivelsesrapporten har fokus på sygeplejefaglige handlinger fremadrettet.

30 dages besøg / Barthel og vægt

I projektet blev der indlagt et 30 dages besøg (undersøgelsesbesøg) med det formål at måle Barthel og vægt til evalueringen. Som det fremgår af figur 12, er der langt fra i alle tilfælde, at det er sket en systematisk opfølgning. De kommunale sygeplejersker fortæller, at arbejdsgangene ikke har været præcise i forhold til hvem, der lægger undersøgelsesbesøget i borgerens kalender. Specielt i overgangen fra rehabiliterings-/akutcenter til eget hjem har der været usikkerhed om arbejdsgangene.

30 dages besøget har i nogle tilfælde været en øjenåbner, en kommunal sygeplejerske udtrykker det således om Barthel scoringen. *"Du kan have en anden opfattelse af borgerens funktionsniveau end det faktisk er, når du laver en Barthel."*

Det betyder, at det giver et tydeligere billede af, om vi er på rette vej i forhold til den habituelle tilstand, om indsatserne har effekt, eller der skal sættes ind med nye tiltag, eller om der indsatses som kan afsluttes. Det giver mening for den kommunale sygeplejersker, som fortæller: *"Det handler om at se helheden og ikke kun, om såret er helet"*.

Med hensyn til vægten, så har der lavpraktisk være nogle udfordringer omkring vejning af borgeren, der er kørestols- og/eller lift bruger i eget hjem.

Opfølgende hjemmebesøg

I projektperioden er borgeren fortsat blev screenet på hospitalet og tilbudt et opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelsen. De kommunale sygeplejersker siger om sammenhængen mellem de opfølgende hjemmebesøg og modtagebesøget:

"Opfølgende hjemmebesøg og modtagebesøg har forskellige dagsordner, og det har forskellige tidsperspektiver, hvorfor det giver mening at afholde begge".

De kommunale sygeplejersker udtrykker at egen læge er en vigtig samarbejdspartner ved denne gruppe borgere, idet der ofte er en del, der skal følges op på. Men måske kunne en større differentiering være en mulighed. I nogle tilfælde oplever patienten, at der ved modtagebesøget er kommet styr på det hele, hvorved det opfølgende hjemmebesøg bliver overflødig. I andre tilfælde er det tydeligt ved modtagebesøget, at der er behov for et opfølgende hjemmebesøg. Noget tyder på, at modtagebesøget vi kunne være med til at kvalificere brugen af det opfølgende hjemmebesøg.

De kommunale sygeplejerskers har erfaret, at hvis ikke pårørende deltager i alle besøg i hjemmet, så vælger de at deltage i det opfølgende hjemmebesøg med egen læge.

Fremadrettet

De kommunale sygeplejersker vurderer, at modtagebesøg giver god mening hos de komplekse borgere. *"Når tiden er afsat, kommer vi hele vejen omkring, til gavn for borgeren, pårørende og de sundhedsprofessionelle"*. Det pointeres, at der er behov for at samtænke modtagebesøget med øvrige indsatser så som udskrivningsbesøg, forventningssamtaler og sygeplejefaglig udredning. Derudover vil det også være nødvendigt at se på arbejdsgange i overgangene og inden for de enkelte sektorer.

Omkostninger

Det har ikke været muligt at beregne eventuelle besparelser grundet forebyggelse eller merudgifter som følge af ekstra foranstaltninger.

Omkostningsberegningen vedrørende modtagebesøget er derfor alene baseret på tidsforbrug:

- Hospital: 15 min. til screening og information af borgere og pårørende.
- Kommune: 2 timer (1 time til forberedelse og dokumentation, 1 timer til samtale).

Opsummering - modtagebesøg

I perioden 1.okt. 2018–30.sept 2019 er der dokumenteret 456 modtagebesøg i kommunerne. Det svarer til 57 % af de screenede patienter i perioden. 68 % af modtagebesøgene er gennemført indenfor 24 timer.

Det randomiserede studie viser ingen signifikant effekt af modtagebesøget på patienternes sundhedstilstand, målt på indikatorerne *vægt, funktionsniveau* samt *genindlæggelser inden for 30 dage*. Det er væsentligt at pointere, at kontrolgruppe i analysen ikke har været isoleret fra øvrige tidlige indsatser i kommunerne. Det kvantitative studie undersøger således ikke effekten af en *tidlig indsats* efter udskrivelse, men effekten af en *udvidet* tidlig indsats med fokus på blandt andet forebyggelse.

Borgere og pårørende oplever generelt, at den tidlige opfølgning efter udskrivelse til kommunen er med til at skabe tryghed, sammenhæng og overblik over det videre forløb. Modtagebesøget bidrager til at samle trådende og mindske forvirring for både de svageste ældre og deres pårørende. Borgerens plan hjælper med at skabe et overblik, som både borger og pårørende senere kan vende tilbage til, også selv om det ikke er alle steder sygeplejerskerne oplever, at planen bliver brugt.

Enkelte borgere giver udtryk for, at et besøg umiddelbart efter udskrivelse kan være for tidligt, men det overordnede billede er positivt.

De fagprofessionelles oplever, at modtagebesøget giver tid til en mere helhedsorienteret opfølgning med patienten. Strukturen i modtagebesøget betyder, at øjnene bliver rettet mere mod forebyggende indsatser, og der bliver handlet forebyggende på potentielle problemstillinger. Det er positivt, at pårørende er til stede, da det giver mulighed for at lave fælles aftaler for det videre forløb.

Afholdelse af modtagebesøg på plejecentre og midlertidige pladser opleves mindre entydigt positivt. Rehabiliteringscentre har i forvejen opstartssamtaler, og på plejecentre oplever sygeplejerskerne, at de i forvejen har et godt kendskab og tæt opfølgning med borgerne.

Opfølgning inden for 24 timer kan være en udfordring rent planlægningsmæssigt, ikke mindst når ønsket er at pårørende deltager.

Fremadrettet vil der behov for at samtænke modtagebesøg med de allerede eksisterende besøg, der tilbydes i kommunerne.

7. Konklusion og anbefalinger

Projekt *Kom godt hjem* har i årene 2017-2019 udviklet og afprøvet tre tværsektorielle samarbejdsmodeller med fokus på de svageste ældre patienter. Samarbejdsmodel vedrørende specialiseret rådgivning 24/7 er stadig under udvikling, og det er derfor endnu ikke muligt at konkludere noget om effekten af denne. Afprøvning og evaluering af tiltag under specialiseret rådgivning fortsætter i Vestklyngen efter projektafslutning.

Formålet med udvikling af nye tværsektorielle samarbejdsmodeller har overordnet været at skabe større sammenhæng i indsatser for de svageste ældre. Konkret har målsætningerne i *Kom godt hjem* været at skabe *øget tryghed, sammenhæng og overblik for de svageste ældre patienter og pårørende, reducere antallet af genindlæggelser for målgruppen, samt skabe mere sundhedsfaglig kvalitet, for de samme ressourcer.*

Udskrivningsmøde via video

På baggrund af evalueringen kan det konkluderes, at effekterne af **udskrivningsmøde via video** i projektperioden har understøttet projektets målsætninger. Patienter og pårørende oplever, at udskrivningsmødet skaber tryghed og sammenhæng, og de sundhedsprofessionelle i begge sektorer oplever, at indsatsen giver bedre koordinering og mulighed for at inddrage patient og pårørende. Udskrivningsmødet er yderligere med til at skabe relationer og styrke i samarbejdet om patienten ved udskrivelse på tværs af sektorerne. Det vurderes, at det at "få sat ansigt på" med videoteknologien har stor betydning for de nævnte effekter for alle parter.

Selv om datagrundlaget endnu er lille, indikerer de foreløbige tal for genindlæggelser, at udskrivningsmødet kan have en målbar effekt. På baggrund af data fra projektperioden er andelen af genindlæggelser for borgere, der har deltaget i udskrivningsmøde via video, 7,9. Til sammenligning er andelen af genindlæggelser hos patienter, der har fået modtagebesøg i projektet, 11,7. Udvikling i andelen af genindlæggelser vil være relevant at følge i takt med at antallet af gennemførte udskrivningsmøder via video øges.

Der var i organisationerne en barriere, som skulle overkommes i forhold til at benytte teknologierne til videomødet. Det har krævet ledelsesmæssig vedholdenhed og opbakning. Erfaringer fra projektet viser dog, at når medarbejdere har prøvet teknologien et par gange, opleves det som let.

Patienter og pårørende har taget godt imod de tekniske muligheder. På grund af kravene til sikker forbindelse ved videomøder, har det i projektperioden ikke været muligt at koble pårørende på fra en egen lokation. Der er dog en løsning på vej, som der arbejdes videre med, så pårørendes deltagelse kan gøres mere fleksibel.

Udskrivningsmøde via video viser blandt andet, at de teknologiske muligheder kan understøtte en øget kvalitet i overgangen ved udskrivelse fra hospital til kommune, en kvalitet som blandt andet ses ved en øget tryghed hos brugerne og en indikation om betydelig effekt på andelen af genindlæggelser.

Det samlede ressourceforbrug er ikke gjort op i projektet, men afdelinger, som har gennemført mange udskrivningsamtaler via video, begynder at opleve en reduktion i antallet af henvendelser fra kommuner.

Modtagebesøg

Konklusionerne vedrørende **Modtagebesøget** er mindre entydige. Analysen viser, at patienter og pårørende oplever en øget tryghed og sammenhæng ved en tidlig opfølgning efter udskrivelse, men det er ikke muligt at konkludere noget isoleret om effekten af en *udvidet* tidlig indsats som modtagebesøget på patienternes oplevelse af tryghed.

Sundhedsprofessionelle i kommunerne udtrykker, at det giver mening, at der sættes tid af til at se helhedsorienteret på patienten, og at det medvirker til at få samlet op og igangsat forebyggende indsatser tidligt efter udskrivelse.

Det er dog ikke muligt ud fra data fra projektet at vise en effekt på borgernes kliniske sundhedstilstand af den udvidede tidlige indsats, målt på indikatorerne *vægt, funktionsniveau og genindlæggelser*.

Det kan drøftes, om det at patienten oplever øget tryghed og overblik over egen situation, medvirker til at øge personens mestringskompetencer og dermed øger personens sundhed ud fra perspektiverne i Aaron Antonovskys sundhedsbegreb.

De positive tilkendegivelser fra sundhedsprofessionelle kommer særligt fra medarbejdere som er i kontakt med patienter der udskrives til eget hjem. Medarbejdere på pleje-, akut- og rehabiliteringscentre har mere blandede oplevelser af modtagebesøgets relevans. De fleste tilbud med midlertidige pladser har i dag et indflytningsmøde med patient og pårørende, og på plejecentrene mener sygeplejersker, at de i hverdagen følger beboernes sundhedsudvikling tæt.

Det kan overordnet konkluderes, at den tidlige opfølgning efter udskrivelse er meningsfuld, men at der er et fortsat behov for at arbejde med formen og med at samtænke med eksisterende tiltag vedrørende tidlig opfølgning efter udskrivelse.

Anbefalinger fra projektet

På baggrund af de erfaringer der er gjort med Kom godt hjem i perioden 2017-2019, anbefales følgende i forhold til det videre arbejde med indsatserne.

Det anbefales at:

Udskrivningsmøde via video

- *Alle borgere, der scorer 31+ ved screening til opfølgende hjemmebesøg, tilbydes et udskrivningsmøde via video. Tilbuddet gælder uanset patientens alder. Behovet for deltagelse af almen praksis anbefales i de forløb, hvor der ved udskrivelse, er uklarheder vedrørende det videre behandlingsforløb.*
- *Kommuner tager initiativ til udskrivningsmøde via video, når det ud fra kendskab til borgeren vurderes at være meningsfuldt.*

Tidlig opfølgning

- *Alle borgere, der scorer 31+ ved screening til opfølgende hjemmebesøg, tilbydes en opfølgning ved den kommunale sygepleje inden for 24 timer efter udskrivelse. Tilbuddet gælder uanset patientens alder, og uanset hvilken adresse patienten udskrives til.*
- *At der udarbejdes fælles guidelines for indhold i den tidlige opfølgning*
- *At kommunerne samtænker en tidlig opfølgning med øvrige tiltag ved udskrivelse til målgruppen, herunder sygeplejefaglig udredning m.v.*
- *At der arbejdes med at forsimple arbejdsgangene i overgangen fra hospital til kommune.*

Specialrådgivning via video

- *At der arbejdes videre med afprøvning og implementering af de igangværende indsatser.*
- *At indsatserne evalueres.*

Læring - et tværsektorielt udviklingsprojekt

Som et tværsektorielt samarbejds- og udviklingsprojekt vurderes *Kom godt hjem* overordnet at have været et vellykket projekt. Det har været et ligeværdigt samarbejde mellem hospital og kommuner, hvor udfordringer undervejs er drøftet og løst i samarbejde.

Projektet har været med til at understrege, at omfanget af implementeringsopgaven ikke skal undervurderes, særligt ikke når det besluttes at afprøve tre indsatser over tre år i 15 hospitalsafdelinger og samtlige enheder på ældreområderne i seks kommuner.

Til trods for ledelsesopbakning er implementeringen således heller ikke lykkedes fuldt ud ved projektafslutning. Det ses blandt andet ved, at kun 57% af de mulige modtagebesøg er registreret som gennemført i kommunerne. Det har generelt været en stor udfordring at generere solide data i projektet. Det skyldes flere ting, men et opmærksomhedspunkt til fremtidige samarbejder er, at der i kommunerne ikke er en stærk kultur for at arbejde inden for forskningsparadigmer. Et opmærksomhedspunkt til fremtidige tværsektorielle evalueringsdesign vil derfor være at tænke dataregistrering endnu tættere sammen med den dokumentation, der i forvejen udarbejdes.

Det er på tværs af sektorerne enighed om, at projektet har været vellykket, og at *Kom godt hjem*, på trods af udfordringer ikke mindst med data, er lykkedes både med udvikling af meningsfulde indsatser og med det tværsektorielle samarbejde. Det giver grundlag for også fremover at indgå i tværsektorielt samarbejde om udviklings- og forskningsprojekter i Vestklyngen.

8. Kilder

Bjørnholt, P & Gjørup, J. Audit om opfølgende hjemmebesøg i Vestklyngen. Opsamlingsnotat. Defactum 2016. Lokaliseres på:

<https://www.defactum.dk/publikationer/showPublication?publicationId=592&pageId=309986>

Holm, T; Bjørnholt, P & Gjørup, J. Evaluering af de fem indsatser i Region Midtjylland for den ældre medicinske patient. Defactum okt. 2016

Lokaliseres på:

<https://www.defactum.dk/publikationer/showPublication?publicationId=615&pageId=309986>

"Feltarbeid i egen kultur – en innføring i kvalitativ orientert samfunnsforskning", Cato Wadel, 6. oplag 2002.

9. Bilag

- Bilag 1 - Evalueringsprotokol Modtagebesøg
- Bilag 2 - Kvalitativ dataindsamling - metoder
- Bilag 3 - Dagsorden for Udskrivningsmøde via video
- Bilag 4 - Drejebog for udskrivelsesmøder via video
- Bilag 5 - Modtagebesøg - Lommekort kommune
- Bilag 6 - Modtagebesøg - Lommekort Hospital
- Bilag 7 - Modtagebesøg - Plan for borgeren
- Bilag 8 - Modtagebesøg - Drejebog
- Bilag 9 - Barthel 100-Scoringsnøgle
- Bilag 10 - Udskrivningsmøde - patientpjece
- Bilag 11 - Evalueringsskema Kommune - Udskrivningsmøder via video
- Bilag 12 - Evalueringsskema hospital - Udskrivningsmøder via video
- Bilag 13 - Screeningsskema - opfølgende hjemmebesøg
- Bilag 14 - Specialrådgivning via video, vejledning i brug af mobil/tablet ved videosamtaler
- Bilag 15 - Specialrådgivning via video - hjemmeside

Bilag 1 - Evalueringsprotokol Modtagebesøg

Hospitalsenheden Vest
Holstebro
Staben • Kvalitet og Udvikling
Lægårdvej 12
DK-7500 Holstebro
Tel. +45 7843 8700
kvalitetogudvikling@vest.rm.dk
www.vest.rm.dk



Dato:07.10.18

Mail:
Lokaltlf.: +45

KOM GODT HJEM

– en evaluering af kommunale modtagebesøg målt på ældre borgeres ernæringstilstand, funktionsevne og genindlæggelsesfrekvens

Evalueringsprotokol

Projektejere

- Ida Götke, sygeplejefaglig direktør, Hospitalsenhed Vest

Styregruppe

- Ida Götke, sygeplejefaglig direktør, Hospitalsenheden Vest (formand)
- Grete Bækgaard, sundhedschef, Sundhedsafdelingen, Lemvig Kommune (formand)
- Birgitte Ostensen, kvalitets- og udviklingschef, Staben i Hospitalsenhed Vest
- Lone Geertsen, Ledende oversygeplejerske, Ortopædkirurgisk afdeling, Hospitalsenheden Vest
- Bodil Overgaard, Ledende overlæge, Medicinsk afdeling, Hospitalsenheden Vest
- Gunna Andersen, Konsulent for det tværsektorielle samarbejde, Hospitalsenheden Vest
- Amanda Christensen, AC-medarbejder, Lemvig Kommune
- Gitte Nørgaard, Chef for sygeplejen, Herning Kommune
- Solvejg Nielsen, Leder af hjemmesygeplejen, Ikast-Brande kommune
- Margrethe Siig, Sygeplejefaglig konsulent, Ringkøbing-Skjern kommune
- Mariann Mikkelsen, Afdelingsleder Sundhed og Omsorg, Struer Kommune
- Helle Laursen, Centerleder for Nære Sundhedstilbud, Holstebro Kommune
- Anne Marie Rask, Praktiserende læge, Praksiskonsulent i Medicinsk afdeling, HEV
- Bodil Markmøller, Borgerrepræsentant, Ældrerådet i Herning Kommune
- Birgit Hagen, Patientrepræsentant, Brugerrådet, Hospitalsenheden Vest
- Natasja Møller Steffensen, projektleder, Projekt Kom godt hjem, Vestklyngen

Evalueringsgruppe

- Henriette Haase Fischer, Konsulent, Cand. Scient. San. Publ., Staben i Hospitalsenhed Vest
- Natasja Møller Steffensen, projektleder, Projekt Kom godt hjem, Vestklyngen
- Gunna Andersen, Konsulent for det tværsektorielle samarbejde, Hospitalsenheden Vest

Resume

Hospitalsenhed Vest (HEV) og Vestklyngens kommuner skal i samarbejde med klyngens praktiserende læger udvikle, afprøve og implementere tre indsatser målrettet de svageste ældre i perioden 2017 til og med 2019. En af indsatserne er de kommunale modtagebesøg. De to andre er hhv. udskrivningssamtaler via video og specialiseret rådgivning fra udskrivende afsnit. Projektet er støttet med 3,7 millioner kr. fra Sundheds- og Ældreministeriets pulje til styrket sammenhæng for de svageste ældre, og er et ud af fem delprojekter i Region Midt under den fælles overskrift "Det rette tilbud til borgerne fra første kontakt".

Baggrund

En vedligeholdelse af det daglige funktionsniveau blandt ældre borgere, er en væsentlig ressource i forhold til fortsat at være uafhængig, selvstændig og opleve god livskvalitet (Strupeit et al., 2013). Omvendt vil et tab af funktionsevne være en stor risikofaktor for, at blive afhængig af hjemmepleje og tab af livskvalitet.

Akutte indlæggelser er en stor risikofaktor i sig selv for tab af funktionsniveau. Det estimeres, at 30 – 35 % af alle ældre, der udskrives fra sygehuset efter en akut indlæggelse, oplever nye eller yderligere begrænsninger i deres daglige funktionsniveau (Palleschi et al., 2011). Akutte indlæggelser kan således have en voldsom effekt på de i forvejen komplekse processer omkring ældre borgeres fald i funktionsevne. Samtidig har det vist sig, at indlæggelser blandt borgere over 75 år medfører en signifikant forøget risiko for genindlæggelse indenfor den efterfølgende måned (Caplan et al., 2004).

Et fald i det daglige funktionsniveau er en stor udfordring – ikke alene for den enkelte borger, men også for hele sundhedsvæsenet, da det ofte betyder en markant øget hjemmeplejeindsats. Og borgere, der oplever hospitalsrelateret funktionsnedsættelse vil oftere, end borgere der udskrives uden yderligere funktionsbesvær, opleve så svære langtidsudfordringer, at det i sig selv medfører yderligere fald i funktionsniveau og ofte vil medføre decideret plejehjemsophold eller tidlig død (Palleschi et al., 2011).

Flere studier af geriatriske indsatser efter en indlæggelse har påvist, at den opfølgende indsats kan medføre en signifikant forbedring af funktionsniveauet, samt et fald i genindlæggelsesraten, hjemmeplejeindsatsen og dødeligheden (Caplan et al., 2004). Det er dog ikke alle studier, der kan dokumentere denne effekt og særligt langtidseffekten er tvivlsom.

De mange internationale studier af interventioner, der har til formål at forebygge et fald i det daglige funktionsniveau efter indlæggelse, kan ikke generaliseres eller overføres til danske forhold eller den pågældende indsats med modtagebesøg. Det er derfor nødvendigt at gennemføre en undersøgelse af effekterne af de kommunale modtagebesøg.

Formål

Formålet med studiet er at evaluere effekten af det kommunale modtagebesøg målt på borgernes funktionsevne (målt ved Barthel Index), ernæringstilstand (målt ved vægt i kg.) og genindlæggelser.

Hypoteserne er, at et kommunalt modtagebesøg (Jf. projektets kriterier og indhold i et modtagebesøg), forbedrer kvaliteten af den forudgående sygehusbehandling i en grad, så det kan aflæses ved:

- at borgerne fastholder - eller forbedrer deres funktionsniveau signifikant mere, end borgere, der ikke modtager et kommunalt modtagebesøg (kontrolgruppen)

- at borgerne fastholder deres vægt efter udskrivelsen - eller som minimum taber sig signifikant mindre, end borgere, der ikke modtager et kommunalt modtagebesøg (kontrolgruppen)
- at der er færre genindlæggelser blandt borgere i interventionsgruppen end i kontrolgruppen

Metode og materiale

I nærværende undersøgelse vil det kun blive vurderet, hvorvidt der kan spores en effekt af om forløb for sårbare ældre, som får et modtagebesøg af den kommunale hjemmepleje efter en indlæggelse, kan spores i vægten og funktionsevnen, sammenlignet med samme gruppe af borgere, der ikke får besøg. Det er således ikke muligt i dette studie, at vurdere effekten af de to andre sideløbende indsatser (videokonference og specialiseret rådgivning), da de tilbydes alle borgerne i målgruppen.

Intervention

Det kommunale modtagebesøg finder sted i vestklynge-kommunerne, men borgerne tilbydes modtagebesøget, inden de udskrives fra hospitalerne.

På hospitalet:

Hospitalssygeplejerskerne screener patienterne i henhold til følgende kriterier: 1) patienten er 65 år eller derover, 2) patienten scorer 31 eller derover ved screening til opfølgende hjemmebesøg. Hvis begge parametre er opfyldt tilbydes patienten et modtagebesøg. Hvis patienten takker ja, er det hospitalssygeplejerskens ansvar at kontakte patientens pårørende og spørge, om de vil deltage i modtagebesøget. Herudover har hospitalssygeplejersken til opgave at Barthel-score og veje patienten, inden han/hun udskrives. Barthel-scoren og vægten dokumenteres i udskrivningsrapporten.

I kommunen:

Modtagebesøg inden for 24 timer efter udskrivelse

Når patienten udskrives til kommunen (det kan være eget hjem, aflastning, rehabilitering, plejecenter eller botilbud), modtager kommunen information om, at borgeren udskrives til modtagebesøg. Kommunen koordinerer et tidspunkt for besøget med borgeren og dennes pårørende.

Modtagebesøget har en varighed af 1 time og faciliteres af en sygeplejerske. Sygeplejersken starter besøget ud med at ridse op, hvorfor mødet afholdes og hvad formålet er. Herefter gennemgår sygeplejersken borgerens udskrivningsrapport samt lægeepikrisen, hvis denne er medsendt. Formålet er at skabe overblik over indlæggelsen og borgerens sygdomsforløb. Sygeplejersken er derfor opmærksom på at bruge lægemandsprog, så både borger og pårørende opnår en fuld forståelse.

Dernæst udfylder sygeplejersken og borgeren i fælleskab, hvis muligt, borgerens plan for den fremtidige sundhedsindsats (bilag III). Denne udfyldes ved hjælp af tjeklisten, et lommekort, som stiller spørgsmål til de enkelte temaer (Bilag IIII). Lommekortet stiller spørgsmål, som sikrer, at sygeplejersken kommer hele vejen omkring borgeren

(medicin, hjælpemidler, indretning af hjemmet, psykologisk og socialstøtte, ernæring, genoptræning, undersøgelse og behandling, sygepleje, personlig og praktisk hjælp). Når planen er udfyldt gives denne til borgeren. Sygeplejersken noterer plan og aftaler i eget omsorgssystem.

Formålet med planen er at skabe overblik over den fremtidige sundhedsindsats, skabe tryghed for borger og pårørende samt sikre kvaliteten for borgeren.

30 dages besøg

30 dage efter, at borgeren er udskrevet fra hospitalet, får borgeren et besøg af sygeplejersken, som laver en barthel-scoring samt vejer borgeren. Barthel-scoren og vægten dokumenteres.

I de tilfælde, hvor borgeren ønsker det, følger sygeplejersken tilmed op på borgerens plan for den fremtidige sundhedsindsats.

Design

Et prospektivt randomiseret kontrolleret forsøgsdesign vil blive benyttet. Borgere, der er indlagt i perioden 1. februar til 1. maj 2019, vil blive opdelt i hhv. interventions- og kontrolgruppe ved udskrivelsen på baggrund af fødselsdagen (lige eller ulige). Kun interventionsgruppen modtager den indsats, som ønskes undersøgt (det kommunale modtagebesøg), mens kontrolgruppen modtager sammenligningsgrundlaget (normal praksis).

Måleredskaber

Barthel Index

Borgernes funktionsniveau måles ved Barthel Index i den udgave, hvor der evalueres på en 5-trins skala for hvert af de ti mål for daglige aktiviteter (Shah et al., 1989). Dette måleredskab er det mest benyttede til vurdering af ældres daglige funktionsniveau og er bedst egnet til nærværende studiepopulation (Hartigan, 2007; Martin-Sánchez et al., 2012). Derudover kan det, til forskel fra andre gode måleredskaber indenfor samme felt, måle selv små ændringer i funktionsniveauet (Palleschi et al., 2011). I Danmark er Barthel Index valgt som måleredskab til vurdering af funktionsevne i både Sundhedsvæsenets Klassifikationssystem (SKS)-registreringen og Diagnoserelaterede grupper (DRG). Barthel Index har desuden været anvendt klinisk i Danmark af flere faggrupper og indenfor flere specialer.

Barthel Index afspejler, hvor meget hjælp en borger behøver for at udføre en funktion. Indekset er udarbejdet, så det opdeler funktionsevnen i kategorier relateret til hhv. basale gøremål som personlig hygiejne, forflytninger og evnen til at spise. Den maksimale score er 100, hvilket indikerer, at borgeren er fuldstændig selvstændigt fungerende i de daglige aktiviteter. Laveste score er 0 og indikerer total afhængig af hjælp fra andre til de daglige aktiviteter.

Barthel scoren vurderes under indlæggelsen (BI-præ) og noteres i hospitalets elektroniske patientjournal (EPJ). I kommunerne måler hjemmesygeplejersken borgerens Barthel score 30 dage (± 5 dage) efter udskrivelsen (BI-post). Den absolutte funktionsforbedring (AFF) kan derefter beregnes ved (Mazzola P et al., 2018):

AFF = BI-post – BI-præ

Scoren på Barthel opdeles også i 5 kategorier: svært handicappet (BI=<55), moderat handicappet (BI=56-85), mildt handicappet (BI=86-95) og ingen handicap (BI=96-100) (Granger et al., 1979). Ved brug af disse kategorier kan man beregne hvorvidt andelen af borgere i de 5 kategorier ændrer sig signifikant forskelligt for hhv. kontrol- og interventionsgruppen. Dette er en anden måde at anskue en forbedring eller forværring af borgernes daglige funktionsniveau. Kan man med en indsats flytte en borger fra at tilhøre den dårligste kategori (svært handicappet) til at tilhøre den næstdårligste kategori (moderat handicappet), vil det illustrere ændringen i Barthel på en anden måde. Begge måder at anskue resultaterne på vil præsenteres i evalueringsrapporten.

Vægt

Borgernes vægt måles under indlæggelsen på den i afdelingen tilgængelige vægt og noteres som kilo med én decimal. I kommunerne vejes borgerne på egen vægt i hjemmet. Herved kan det beregnes, hvor meget en borger har tabt sig i kg på de 30 dage, der er gået efter udskrivelsen.

Generelt set er vægt et måleredskab med en vis usikkerhed, da vægt er en biologisk egenskab med høj inter-individuel og intra-individuel variation. At måle borgerne på deres egen vægt øger desuden risikoen for præcisionsbias. Denne usikkerhed vil præsenteres i evalueringsrapporten og indgå i en diskussion af resultaternes validitet. Værdien af at veje borgerne vil i sig selv være en gevinst i forhold til kvalitetsudviklingen, da det ikke hidtil har været en standardprocedure at være opmærksom på fejllærning efter en indlæggelse. Proteinmangel efter en indlæggelse har nemlig stor betydning for det daglige funktionsniveau, da det er direkte årsag til nedsat kraft i musklerne og dermed nedsat evne til at rejse sig, gå på trapper, holde balancen mv. (Lee Li-Chin et al., 2015).

Genindlæggelser

Hvorvidt kontrolgruppen har flere genindlæggelser end interventionsgruppen, og/eller genindlæggelses hurtigere efter en udskrivelse, vurderes på baggrund af dels det gennemsnitlige antal dage fra udskrivelse til genindlæggelse, dels genindlæggelsesfrekvensen for de to grupper. Genindlæggelserne vurderes individuelt ved en gennemgang af journalteksten i den elektroniske patient journal (EPJ). En konsulent med relevant sygeplejefaglig baggrund deltager i disse audit. Planlagte indlæggelser/ambulante kontroller som ikke skyldes komplikationer efter den seneste indlæggelse vil ikke tælle som genindlæggelse.

Dataindsamling

Ud over vægt, Barthel scoren og genindlæggelser trækkes der data på hhv. borgeren alder, køn, comorbiditet og udskrivelsesdato. Kommunerne leverer desuden data på dato og tidspunkt for hjemmebesøg. Herved kan det kontrolleres, at alle i interventionsgruppen har modtaget et besøg som foreskrevet. Skulle det af en eller anden grund ikke være sket, vil pågældende borger blive ekskluderet fra analyserne.

Der indhentes tilladelse fra Videnskabsetisk Komité og der udarbejdes en Databehandleraftale, for at sikre alle lovmæssigheder i forhold til indhentning og behandling af data til evalueringen.

Studiepopulation

Borgere, bosiddende i en af hospitalets optagekommuner, og som udskrives fra et af hospitalets sengeafsnit, bliver scoret på en psykometrisk skala inden udskrivelsen. Den benyttede skala er et allerede implementeret screeningsredskab i HEV, som benyttes til ældre borgere, der udskrives fra sygehuset for at vurdere, hvorvidt de skal have tilbudt et opfølgende hjemmebesøg.

Scorer en borger 31 eller derover, vil borgeren udtages til at deltage i det overordnede projekt "Kom godt hjem". Ud fra tidligere opgørelser vurderes det, at studiepopulationen vil udgøre omkring 100 borgere pr. måned (Jf. udtræk fra BI-data 13.08.18).

Et pilotstudie indikerer, at målgruppens gennemsnitlige Barthel 100-score stiger med 13 point og målgruppens gennemsnitlige væggtab er på -1,4 kg. i perioden fra udskrivelse til 30 dage efter udskrivelse.

En mindste meningsfuld forskel (MIREDF) i Barthel score sættes i dette studie til 10 point, på baggrund af dels et forudgående litteraturstudie af lignende undersøgelser, dels data fra pilotstudiet, som indikerer en stigning på 13 point. Med en standard afvigelse på ± 10 (Lee et al., 2014) og et konfidensinterval på 95 % ($\alpha = 0.05$), skal der ifølge styrkeberegninger for kvantitative studier være minimum 60 borgere i hver studiepopulation for at opnå en styrke på minimum 80 %. Litteraturstudiet viste imidlertid et frafald og en dødelighed langt større end ved andre undersøgelser grundet studiepopulationens alder og morbititet. Frafaldet sættes derfor til 40 % hvilket betyder, at der minimum skal være 100 individer i hhv. interventions- og kontrolgruppen.

Der forventes en vis eksklusion af borgere i både kontrol- og interventionsgruppe i forhold til analyserne af vægtændringer over tid. Det skyldes, at patienter med hhv. ascites, ødemer som følge af infektioner og visse hjertekar-sygdomme samt patienter i dialyse vil have en signifikant vægtøgning som følge af sygdommen og ikke som følge af interventionen. For at undgå bias af denne grund ekskluderes disse patienter i analyserne af vægtændringer.

Inklusionskriterier

- Udskrives fra relevante sengeafsnit i Hospitalsenheden Vest (Alle medicinske sengeafsnit (MSA, MM, M1, M2, M3), Hjertesengeafsnit, Ortopæd kirurgisk sengeafsnit, Øre-næse-hals sengeafsnit, akut sengeafsnit, de kirurgiske sengeafsnit (A1, A2), de neurologiske sengeafsnit (N1, N2 og N3), onkologisk sengeafsnit og urinvejskirurgisksengeafsnit).
- Udskrives i perioden 1. februar til 1. juli 2019
- Bosiddende i Vestklyngen i Region Midtjylland (Struer, Lemvig, Holstebro, Herning, Ringkøbing-Skjern eller Ikast-Brande Kommuner)
- Er 65 år eller derover
- Scorer 31 eller derover ved screening til opfølgende hjemmebesøg

Patienter med ascites, ødemer som følge af infektion eller hjertekar-sygdom samt patienter i dialyse ekskluderes fra de analyser, hvor vægt indgår. Dette skyldes, at netop disse sygdomme påvirker borgernes vægt signifikant qua væskeophobning i kroppen og derfor ikke kan fungere som et mål for deres ernæringstilstand. En eksklusion vurderes på baggrund af hhv. B-diagnoser og journaltekst i borgernes elektroniske pati-

entjournaler. Audit af journalerne gennemføres af to personer med relevant sundhedsfaglig baggrund med mulighed for faglig sparring hos en diætist fra sygehuset.

Frafaldsanalyse

Der vil blive udarbejdet en mindre frafaldsanalyse til brug i den samlede vurdering af resultaterne. Da det forventes, at en mindre andel af borgerne i målgruppen enten genindlægges eller afgår ved døden inden opfølgingsdata (30 dage efter udskrivelsen) er indsamlet, vil der løbende holdes øje med frafaldet under dataindsamlingen. Skulle der være et større frafald end ventet, vil populationsstørrelsen blive øget så der indsamles tilstrækkelig data til at opnå valide resultater.

Borgere, der ikke får noteret deres vægt under indlæggelsen, vil ikke indgå i de statistiske analyser i forhold til vægt. De vil dog fortsat indgå i analyserne omkring funktionsevnen, såfremt der inden udskrivelsen er foretaget målinger heraf. Det samme gør sig gældende for de borgere, som får noteret deres vægt, men ikke får noteret Barthel-score.

Opbevaring af data

Data fra de seks kommuner sendes til dataansvarlige i Kvalitet og Udvikling, HEV. Data fra EPJ sammenføres med kommunernes data og cpr nummer fjernes. Alle data gemmes i SBSYS journaliseringssystem.

Litteratur

- Apóstolo JLA et al., 2014. The Effect of Cognitive Stimulation on Nursing Home Elders: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Nursing Scholarship*; 46:3, 157-166
- Baztan JJ et al., 2003. Outcomes 6 months after rehabilitation of a proximal femur fracture in the oldest old. *Arch Phys Med Rehabil*, 84: 620-621
- Bschorer M et al., 2018. Early intensive rehabilitation after oral cancer treatment. *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery* 46: 1019-1026
- Caplan GA et al., 2004. A Randomized, Controlled Trial of Comprehensive Geriatric Assessment and Multidisciplinary Intervention After Discharge of Elderly from the Emergency Department – The DEED II Study. *J Am Geriatr Soc* 52: 1417-1423
- García-Fernández FP et al., 2014. Effect of hospital case-manager nurses on the level of dependence, satisfaction and caregiver burden in patients with complex chronic disease. *Journal of Clinical Nursing* 23: 2814-2821
- Granger CV et al., 1979. Stroke rehabilitation: analysis of repeated Barthel index measures. *Arch Phys Med Rehabil* 60: 14–17.
- Hartigan I & O'Mahony D, 2011. The Barthel Index: comparing inter-rater reliability between Nurses and Doctors in an older adult rehabilitation unit. *Applied Nursing Research* 24: e1-e7
- Higuchi S et al., 2016. Barthel Index as a Predictor of 1-Year Mortality in Very Elderly Patients Who Underwent Percutaneous Coronary Intervention for Acute Coronary Syndrome. *Clin. Cardiol*, 39, 2: 83-89
- Lee Li-Chin et al., 2015. Need-based nutritional intervention is effective in improving handgrip strength and Barthel Index scores of older people living in a nursing home: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 52: 904-912
- Li Z et al., 2018. Effects of Early Mobilization after Acute Stroke: A Meta-Analysis of Randomized Control Trials. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 27: 1326-1337

- Lie KPY et al., 2007. Activities of daily living performance in dementia. *Acta Nerol Scand*; 116: 91-95
- Maeda K et al., 2017. Sarcopenia Is Highly Prevalent in Older Medical Patients With Mobility Limitation: Comparisons According to Ambulatory Status. *Nutrition in Clinical Practice*, Vol 32 number 1: 110-115
- Mahoney FI & Barthel DW, 1965. Functional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J*, 14: 61-65
- Martin-Sánchez FJ et al., 2012. Barthel Index – Enhanced Feedback for Effective Cardiac Treatment (BI-EFFECT) Study. *JAGS*, 60: 493-498
- Massola et al., 2018. Functional and clinical outcomes of patients aged younger and older than 85 years after rehabilitation post-hip fracture surgery in a co-managed orthogeriatric unit. *Geriatr Gerontol Int*: 1 – 6
- Pallechi L et al., 2011. Functional Recovery of Elderly Patients Hospitalized in Geriatric and General Medicine Units. The PROgetto Dimissioni in GERiatria Study. *The American Geriatrics Society*, 59: 193-199
- Pei Li et al., 2016. Factors associated with activities of daily living among the disabled elders with stroke. *International Journal of Nursing Sciences* 3: 29-34
- Shah S et al., 1989. Improving the sensitivity
- Strupeit S et al., 2014. Mobility and Quality of Life after Discharge from a Clinical Geriatric Setting Focused on Gender and Age. *Rehabilitation Nursing*, 39: 198-206
- Talarska D et al., 2016. Functional Assessment of the elderly with the use of EASY-Care Standard 2010 and Comprehensive Geriatric Assessment. *Scand J Caring Sci*, 30:419-426 of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol*, 42: 703-709
- Torres-Arreola LP et al., 2008. Effectiveness of two rehabilitation strategies provided by nurses for stroke patients in Mexico. *Journal of Clinical Nursing* 18: 2993-3002
- Wang A et al., 1998. Functional recovery and timing of hospital discharge after primary total hip arthroplasty. *Aust. N.Z.J. Surg*, 68:580-583
- Young MA et al., 2018. Improving nutritional discharge planning and follow up in older medical patients: Hospital to Home Outreach for Malnourished Elders. *Nutrition & Dietetics*. DOI: 10.1111/1747-0080.12408
- Zhang WW et al., 2014. Stroke rehabilitation in China: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Stroke* Vol 9: 494-502

Bilag 2 – Kvalitativ dataindsamling - metoder

Interview med borger og pårørende.

Forud for udvikling og implementering af indsatserne blev der gennemført fem interviews med borgere og pårørende om deres oplevelse af overgangen fra hospital til kommune efter udskrivelsen. Formålet var ud fra borgeren og de pårørendes oplevelse at undersøge, hvad fremmer en god og tryk udskrivelse efter en indlæggelse på hospitalet.

Antropologisk feltarbejde

For at indsamle borger og pårørendeperspektiver på henholdsvis modtagebesøg og udskrivningssamtaler via video, er der indsamlet kvalitative data gennem antropologisk feltarbejde i forskellige kommuner i Vestklyngen af to omgange; juni-august 2018 samt perioden juli-august 2019.

Det antropologiske feltarbejde indebærer 3 overordnede metoder:

Deltagerobservation, observation og interviews/uformelle samtaler. Feltarbejdet er udført af én af projektlederne for projek "Kom godt hjem", der har en baggrund som antropolog.

Deltagerobservation, observation og uformelle samtaler

Feltarbejdet er, i de tilfælde, hvor det har været muligt, påbegyndt under borgerens indlæggelse, hvor projektlederen har talt med borgeren og evt. dennes pårørende 1-2 dage før udskrivelse. På baggrund af borgerens samtykke, deltog projektlederen efterfølgende som observatør på enten borgerens "Udskrivningsmøde via video" eller "Modtagebesøg inden for 24 timer efter udskrivelse". I nogle tilfælde har projektlederen også deltaget på "Besøget efter 30 dage" og i ét tilfælde har projektlederen deltaget som observatør på borgerens "Opfølgende hjemmebesøg"¹². I forbindelse med deltagerobservationen har projektlederen løbende haft uformelle samtaler med borgeren, dennes pårørende og sundhedspersonalet på henholdsvis hospitalet og i kommunen.

Projektlederen har i alt været i dialog med 13 borgere og deres pårørende, samt deltaget på følgende:

- 5 "Udskrivningsmøder via video"
- 7 "Modtagebesøg inden for 24 timer"
- 3 "Besøg efter 30 dage"
- 1 "Opfølgende hjemmebesøg"

¹² "Opfølgende hjemmebesøg" indebærer, at borgeren får et besøg af egen læge samt hjemmesygeplejersken inden for 7 hverdage efter udskrivelse.

Kvalitative interviews

Efter deltagelsen på enten "Modtagebesøg inden for 24 timer" eller "Udskrivningsmøde via video" har projektlederen gennemført kvalitative interviews med borgerene og/eller i nogle tilfælde deres pårørende. De kvalitative interviews varierer i længde fra 15 – 60 min. To interviews er foretaget som telefoninterview, og herudover er interviewene foretaget i borgere/pårørendes eget hjem eller på deres opholdssted. Der er gennemført interview med:

- 8 borgere
- 6 pårørende

Fokusgruppeinterview

For at afdække de sundhedsfagliges erfaringer med Kom godt hjem er der afholdt to semistrukturerede fokusgruppeinterview af halvanden times varighed, med deltagelse af henholdsvis 3 og 6 kommunale sygeplejersker fra fem af projektets kommuner. Interviewene er gennemført i december 2019.

Fokus i interviewene var på de fagprofessionelles erfaringer med modtagebesøg og udskrivningsmøde via video.

Spørgeskemaundersøgelse

I forbindelse med afholdte udskrivningsmøder via video har henholdsvis kommuner og hospital udfyldt et spørgeskema om mødets afvikling og erfaringer. Der er indsamlet skemaer vedrørende 75 møder hvoraf de 63 var udskrivningsmøder vedrørende borgere i målgruppe for Kom godt hjem. De 12 evalueringer som omhandlede borgere under 65 år er ikke medtaget i evalueringsresultaterne.

Master projekt.

En af projektlederne har i sin afsluttende masterprojekt ved masteruddannelse i Offentlig Kvalitet og Ledelse (MPQM) ved SDU interviewet syv sundhedsprofessionelle (visitor, kommunale sygeplejersker og hospitalssygeplejerske), som har deltaget i udskrivningsmøder via video. Det blev gennemført som enkeltmandsinterview, og formålet var at opnå indsigt i fagpersoners erfaringer og deres perspektiver på afholdelse af udskrivningsamtaler via video i en klinisk praksis.

Bilag 3 – Dagsorden for Udskrivningsmøde via video



Dagsorden for "udskrivningsmøde via video"

Status	Noter
Status på forløbet. Læge/sygeplejerske gennemgår indlæggelsesforløbet	
Borgerens egne ønsker, forventninger og mål	
Status fra pårørende vedrørende optakt til indlæggelse	
Forventet plan/status fremadrettet	
Medicinstatus (dog ikke forventning at medicinlilpasningen er afsluttet)	
Status funktionsniveau	
Boligforhold samt hjælpemidler	
Restriktioner – ernæringsmæssigt, forflytningsmæssigt og andet	
Ernæring	
Socialt – herunder hvilket netværk, der er omkring borgeren	
Psykisk/kognitivt	
Aftaler for udskrivelse	
Udskrivelsessted (hjem/ophold)	
Medicin – afklaring med pårørende om hvordan (recept)	
Omfanget af hjælp efter udskrivning	
Boligindretning og hjælpemidler	
Leverandøervalg – hjemmehjælp og mad	
Mad og ernæring – herunder indkøb	
Bevilling af sygepleje	
Informere om modtagebesøg og evt. planlægning af besøg	
Afslut møde med fordeling af opgaver	

Bilag 4 – Drejebog for udskrivelsesmøder via video



Drejebog for udskrivningsmøder via video – version 5

1. Beslutning om udskrivningsmøde

Formål:

- At skabe tryghed for patient og pårørende samt skabe overblik og koordinering af forløbet.
- At nedbringe antallet af genindlæggelser og skabe større sammenhæng i overgang fra hospital til hjem for de svageste ældre patienter.

Målgruppe:

- 65 år eller derover
- Scorer 31 eller derover ved screening til opfølgende hjemmebesøg
- Borgere der har været genindlagt/indlagt flere gange over en kortere periode.
- Komplekst forløb (psykisk, fysisk, socialt)
- Mange aftaler skal "i hus" på tværs af sektorer
- Markante ændringer i borgerens funktionsniveau

Deltagere

Borgeren/Patienten (deltager på hospital)

Pårørende (Pårørende er den/de personer borgeren udpeger) – pårørende skal deltage sammen med sundhedspersonale enten på hospitalet eller i kommunen, da det ikke er tilladt at deltage fra privat PC/tablet på nuværende tidspunkt.

Hospital:

- Sygeplejerske
- Læge – efter behov (deltager i første del af mødet)
- Terapeut – efter behov
- Diætist – efter behov
- Andet relevant sundhedspersonale

Hospitalets aktører deltager efter behov koordineret af sygeplejersken.

Kommune:

- Visitator
- Hjemmesygepleje/plejecentre – efter behov
- Terapeuter (hjælpemidler, træning) – efter behov
- Hjemmepleje – efter behov
- Andet relevant sundhedspersonale

Kommunale aktører deltager efter behov koordineret af visitator.

Praktiserende læge

- Deltager i de tilfælde hvor det er relevant i forhold til sammenhæng i patientens videre forløb (ca. 15 min).

(Praktiserende læger kobles på når muligt i forhold til aflønning og teknisk løsning)

2. Indkaldelse og booking

- Beslutning om afholdelse af udskrivningsmøder via video ligger hos enten **visitator (og sygeplejerske i kommunen)** eller hos **sygeplejerske på hospitalet**

- o Hospitalssygeplejerske sender ønske om "udskrivningsmøde via video" via plejeforløbsplanen i feltet "Udskrivningssamtale" samt afkrydset "Via video"
 - Terapeut kontakter hospitalssygeplejerske ved ønske om videomøde
- o Kommunal visitator ringer til hospitalsafdelingen, hvor borgeren er indlagt ved ønske om videomøde
 - Kommunalt sundhedspersonale kan kontakte kommunens visitation ved ønske om videomøde eller kontakte hospitalet direkte via manuel indlæggelsesrapport (hvis den kommunale sygeplejerske allerede ser behov, når patient indlægges)
- Sygeplejerske og visitator fastlægger mødetidspunktet sammen.
- Møder tilstræbes planlagt i tidsrummet i dagvagt - naturligvis under hensynstagen til mulighederne hos de enkelte aktører.
- Hospitalssygeplejersken inviterer pårørende efter aftale med borgeren (det er muligt at deltage sammen med kommunalt sundhedspersonale, hvis dette foretrækkes).
- Hospitalssygeplejersken er ansvarlig for koordinering af mødedeltagere fra hospitalet.
- Visitatoren er ansvarlig for koordinering af mødedeltagere i kommunen.
- Plejeforløbsplan er sendt til kommunen forud for udskrivningsmødet.
- Behovet for hjemmebesøg skal være afdækket.



3. Organisering

Mødefacilitator – sygeplejerske på hospitalet, der kender patienten (*hvis den sygeplejerske, som skal afholde mødet, ikke selv har aftalt "Udskrivningsmødet via video", så skal der ligge en beskrivelse af årsagen til, at der gennemføres et udskrivningsmøde via video, da dette ikke nødvendigvis fremgår af udskrivningsrapport.*)

Varighed: Max 30 min.

Hvis der ved mødet opstår tekniske udfordringer med videoudstyr, afholdes mødet med konferencekald over telefonen.

4. Indhold i udskrivningsmødet

Status

- Status på forløbet. Indlæggelsesforløbet gennemgås af hospitalslæge, hvis lægen deltager – hvis ikke, gennemgås indlæggelsesforløbet af hospitalssygeplejersken.
- Status fra pårørende vedrørende optakt til indlæggelse.
- Forventet plan/status fremadrettet
- Status funktionsniveau
- Restriktioner – ernæringsmæssigt, forflytningsmæssigt og andet.
- Ernæring
- Boligforhold samt hjælpemidler
- Socialt – herunder hvilket netværk der er omkring borgeren.
- Psykisk/kognitivt
- Medicinstatus (dog ikke forventning at medicintilpasningen er afsluttet)
- Borgerens egne ønsker, forventninger og mål

Aftaler for udskrivelse

- Udskrivelsessted (hjem/ophold)
- Omfanget af hjælp efter udskrivning
- Ernæring – herunder indkøb, leverandør valg af ernæringspræparater og remedier

- Medicin – afklaring med pårørende om hvordan
- Boligindretning
- Leverandørvalg – hjemmehjælp og mad
- Omfang af hjælp, evt. behov for nødkald
- Bevilling af sygepleje
- Informere om modtagebesøg og evt. planlægning.

Uddelegering af opgaver.

Udskrivningsmødet afsluttes med en gennemgang af indgåede aftaler og ansvarsfordeling.

5. Dokumentation

I udgangspunktet dokumenterer hver deltager efter egne behov og krav i egne systemer.

- Hospitalets sygeplejerske dokumenter i EPJ i SFI'en "Udskrivelse tjekliste". Der skal ifølge retningslinjen for afholdelse af videokonferencesamtale noteres navne på deltagere i mødet.
- Hospitalets sygeplejerske tilføjer patienten til patientlisten "HEV Kom godt hjem – Stab - HEV" (skal anvendes til den nationale evaluering)
- Kommunale aktører dokumenterer samtalen og aftaler i EOJ.
- Hospitalets øvrige aktører dokumenterer samtalen i EPJ.

Hvordan får borgeren et referat? Hvad skal udleveres til patient/pårørende – evt. aftalekort (prøvehandling Herning kommune).

6. Virtuelle møderum Pexip.

Der anvendes faste virtuelle møderum med pinkode til videokonferencemøder via video. Det er muligt at koble sig på fra flere enheder via videokonferenceudstyr, PC, Iphone/Ipad eller Android Smartphone/tablet. Det skal bemærkes, at kommunen eller regionens udstyr altid skal anvendes samt at deltagelse sker fra et rum, hvor der er ro samt sikkert i forhold til personhenførbare data.

Vejledning til sikkerhedsmæssige opmærksomheder ved anvendelse af videokonferencesystemer i møder m. personhenførbare data skal følges (se vejledning).

Faste virtuelle møderum og pinkode anvendes ved videokonference til respektive afdelinger i HEV. Det anbefales at Vestklynge-kommunerne indtaster møderummene til HEV som "Favoritter" på videoudstyret.



Bilag 5 – Modtagebesøg – Lommekort kommune

MODTAGEBESØG 1 & 2

1	Planlægge modtagebesøg 1	Det fremgår af udskrivningsrapport under feltet 'Indlæggelsesforløb' om borgeren skal have Modtagebesøg indenfor 24 timer
		Det fremgår af udskrivningsrapport hvilke(n) pårørende der ønsker at deltage – kontakt dem og planlæg tidspunkt
		Opret ydelse i omsorgsjournal (se evt. vejledning vedr. Modtagebesøg)
2	Forberede modtagebesøg 1	Orienter dig i borgerjournalen, FMK, udskrivningsrapport, plejeforløbsplan, evt. genoptræning og øvrig korrespondance.
		Udskrive og medbringe skabelon til borgerens plan for sundhedsindsats
		Efter behov involvere andre fagpersoner for sparring/ afklaring/ deltagelse i modtagebesøget.
3	Gennemføre modtagebesøg 1	Præsentation, formål og ramme for besøget (varighed af 1 time)
		Afklaring af borgerens tilstand og samlede situation i hjemmet (12 sygeplejefaglige områder)
		Afklaring af forventede helbreds- og funktionstilstande + borgerens mål
		Vurdere Planlagte sundhedsindsatser ud fra lommekortet - notér løbende i borgerens plan
		Lave en opsummering og udlevere borgerens personlige plan til borger
4	Opsamling på modtagebesøg 1	Overlevere viden og opgaver til de relevante fagpersoner
		Dokumentere den vægt og Barthel-score, som er medsendt fra hospitalet (se udskrivningsrapport) i omsorgsjournalen (se evt. vejledning vedr. Modtagebesøg)
		Øvrige planer mv. dokumenteres som vanligt
5	Planlægge modtagebesøg 2	30 dage (+/- 5 dage) efter udskrivelsen skal Modtagebesøg 2 afholdes. Herunder vejning (ved ernæringsmæssig risiko) og Barthel-scoring. Planlæg besøg i omsorgsjournal/kalender.
		OBS ved hjemmesvøpleie: Det skal sikres, at borger kan vejes i eget hjem efter 30 dage.
6	Gennemføre modtagebesøg 2	Opfølgning på borgerens nuværende sundhedstilstand og borgerens plan
		Veje borgeren, hvis i ernæringsmæssig risiko
		Score borgeren i Barthel 100 - scoringsskemaet ud fra Barthel 100-scoringnøglen
7	Opsamling på modtagebesøg 2	Overlevere viden og opgaver til de relevante fagpersoner
		Dokumentere borgerens vægt og Barthel-score i omsorgsjournalen (se evt. vejledning)
		Øvrig dokumentation som vanligt

Bilag 6 – Modtagebesøg – Lommekort Hospital

MODTAGEBESØG

Indenfor 24 timer efter udskrivelse

1	Inklusion af patienten	Vestklynge-borger (kommunerne: Holstebro, Lemvig, Struer, Ikast-Brande, Herning & Ringkøbing-Skjern)
		65+ årige Scorer 31 og derover ved screening til opfølgende hjemmebesøg
2	Dialog med pårørende	Tilbyde patienten Modtagebesøg (informere om besøget + udlevere folder)
		Foreslå at nærmeste pårørende deltager
		Kontakt pårørende og afklare deltagelse samt notere pårørendes mobilnummer, hvis ikke noteret under kontaktoplysninger
		Trække navn + nummer ind i udskrivningsrapporten under fanebladet 'Kontaktoplysninger'. I feltet 'Bemærkning' skrives: "[Navn på pårørende] vil deltage i Modtagebesøg og kan kontaktes på mobil."

3	Udskrift af læge-epikrise	Det tilstræbes at patienten får en udskrift af læge-epikrisen med ved udskrivelse
		Informere læge om, at læge-epikrisen skal markeres som 'haste'
4	Barthel-scoring + Dokumentation af Modtagebesøg	Lægge læge-epikrise ved øvrige dokumenter til patienten
		Barthel 100-scoring af patienten ud fra Barthel 100-scoringsskemaet
		Oprette standardplanen 'Barthel'
		Dokumentere patientens score i SFI'en.
5	Ernæring	Herunder i feltet 'Konklusion' skrives følgende: "MODTAGEBESØG indenfor 24 timer" + "Patienten har fået epikrisen med hjem" (Indsæt evt. standardtekst via genvejstaster: "mo" + Ctrl + Space & "ep" + Ctrl + Space)
		Trække 'Barthel index, Barthel 100 (Shahs version)' ind i udskrivningsrapporten under fanebladet 'Aktuel indlæggelse' i feltet 'Indlæggelsesforløb'
5	Ernæring	'Måling af patientvægt' trækkes ind i udskrivningsrapporten under fanebladet 'Sygepleje' i feltet 'Ernæring'
		Ved ernæringsmæssig risiko tjek at plan fremgår. Øvrig dokumentation af planer foregår som vanligt.

Bilag 7 – Modtagebesøg – Plan for borgeren

Plan for sundhedsindsats efter udskrivelse

Borgerens navn: _____

Undersøgelse og behandling

--

Medicin

--

Ernæring

Vægt ved udskrivelse (se udskrivningsrapport) , kg
--

Sygepleje

--

Hjælpemidler, behandlingsredskaber og indretning af hjemmet

--

Personlig pleje og praktisk hjælp

--

Psykologisk og social støtte

--

Genoptræning

--

Forebyggelse

--

Kontaktsygeplejerske

Navn:	Telefon:
-------	----------

Modtagebesøget gennemført af sygeplejerske:

, dato:

Bilag 8 – Modtagebesøg – Drejebog



Drejebog for modtagebesøg

Ramme, arbejdsgange og indhold

Som et led i projekt 'Kom godt hjem' skal svageste, ældre borgere tilbydes et Modtagebesøg ved en kommunal sygeplejerske indenfor 24 timer efter udskrivelse fra hospitalet.

Besøget tilbydes alle svageste ældre, uanset om de bor i eget hjem, på et plejecenter eller er på et midlertidigt ophold (fx akut-, rehabiliterings- eller aflastningsenhed).

Svageste, ældre borgere er i projektet defineret som ~~vestklyngeborgere~~ på 65 år og derover, som ved [screening til opfølgende hjemmebesøg](#) ved udskrivelse fra Hospitalsenheden Vest får score 31 eller derover.

Ved Modtagebesøget skabes der i overensstemmelse med metoden i FSIII sammen med borgeren og primær pårørende overblik over borgerens samlede situation, forventede tilstande og mål samt plan og aftaler for det videre forløb.

Formålet er at sikre, at borgeren og pårørende har overblik over det samlede forløb og oplever overskuelighed og tryghed. Desuden er formålet at sikre sammenhæng i den samlede behandling, pleje, træning, forebyggelse og rehabilitering ved udskrivelsen.

I det følgende beskrives rammen, arbejdsgange og indhold i modtagebesøget. Beskrivelsen er opdelt i en række delprocesser før, under og efter modtagebesøget:

1. Hospitalet screener til modtagebesøg og Barthel-scorer patienten
2. Hospitalet tilbyder patient og pårørende modtagebesøget
3. Hospitalet sender information til kommunen
4. Kommunen koordinerer modtagebesøget (med evt. pårørende)
5. Den kommunale sygeplejerske forbereder modtagebesøget
6. Den kommunale sygeplejerske gennemfører modtagebesøget og udleverer en skriftlig plan til borgeren for det videre forløb
7. Der samles op på modtagebesøget
8. Den kommunale hjemmesygepleje følger op efter 30 dage

1. Hospitalet screener til modtagebesøg og Barthel-scorer

Screening til modtagebesøg

Ved [screening til opfølgende hjemmebesøg](#) afgøres det, om patienten supplerende skal tilbydes et Modtagebesøg ved en kommunal sygeplejerske indenfor 24 timer efter udskrivelsen.

Følgende patienter skal tilbydes et modtagebesøg:

Patienter på **65 år og derover**, som ved screening til opfølgende hjemmebesøg har **scoren 31 og derover**, OG som udskrives til Vestklynge-kommunerne (Herning, Holstebro, Ikast-Brande, Lemvig, Ringkøbing-Skjern, Struer).

Barthel 100:

Mhp, evaluering og vurdering af funktionsniveau skal de patienter, der skal have et modtagebesøg, funktionsevnevurderes med '**Barthel 100**' ved udskrivelsen. Derudover medsendes **målingen af patientens vægt**, som bruges til evaluering samt ernæringsmæssig vurdering i kommunen.

2. Hospitalet er i dialog med patient og pårørende

Tilbyd patienten et modtagebesøg og fortæl, hvad det går ud på: Komme godt og trygt hjem fra hospitalet samt sikre, at der er overblik over indsatsen efter udskrivelse. Udlever folderen 'Modtagebesøg – kom godt hjem'.

Tilbyd de(n) nærmeste pårørende at deltage i Modtagebesøget – afklar hvem. Læg vægt på, at vi (hospitalet) har erfaring med, at det især for denne målgruppe, giver stor værdi, at pårørende deltager.

Hvis pårørende ikke er tilstede, ring og afklar om han/hun kan deltage. Hvis ja: hvilket nummer kan den kommunale sygeplejerske træffe de(n) pårørende på de næste 24 timer?

3. Hospitalet sender information til kommunen

For at den kommunale sygeplejerske kan gennemføre en helhedsopfølgning af patientens samlede situation, planer og aftaler, er det afgørende, at hun får den nødvendige information fra udskrivende afsnit.

Som vanligt formidles dette via plejeforløbsplan, udskrivningsrapport, korrespondancemeddelelse om opfølgende hjemmebesøg og evt. genoptræningsplan (se [Trin for trin guide til hjemmepleje-sygehusmeddelelser](#)).

Patienten får en udskrift af epikrisen med hjem

Mhp, at give den kommunale sygeplejerske et overblik over den lægefaglige indsats tilstræbes det, at epikrisen skrives inden patienten forlader afsnittet, og patienten får en udskrift af epikrisen med hjem sammen med udskrivningsrapporten.

Skriftlig plan for planlagt indsats ved udskrivelsen

Tjek at nødvendig information fremgår, og at planer og aftaler fremgår tydeligt og overskueligt. Udskrivningsrapporten gennemgås som

vanligt sammen med patienten og så vidt muligt pårørende, og der udleveres en kopi til patienten.

4. Kommunen organiserer Modtagebesøget

Så hurtigt som muligt aftaler kommunen et Modtagebesøg med den svageste, ældre borger og de(n) primære pårørende (se navn og telefonnummer i udskrivningsrapporten).

Modtagebesøget skal gennemføres så hurtigt som muligt og tilstræbes gennemført senest indenfor 24 timer efter udskrivelsen.

Modtagebesøg i weekenderne/helligdage:

- Plejecentre, hvor ingen eller få sygeplejersker er i vagt i weekender og på helligdage, rykkes Modtagebesøget til næstkommende hverdag
- Akutafdelinger/aflastning/MTO/Rehabiliteringscentre, hvor få sygeplejersker er i vagt i weekender og på helligdage tilstræbes at gennemføre Modtagebesøget, hvis ikke muligt rykkes Modtagebesøget til næstkommende hverdag
- Hjemmesygeplejen, hvor der fast er sygeplejersker i vagt i weekender og på helligdage tilstræbes at gennemføre Modtagebesøget, hvis ikke muligt rykkes Modtagebesøget til næstkommende hverdag

Modtagebesøget foregår i borgerens hjem/ på borgerens opholdssted, og der afsættes 1 time til besøget.

Modtagebesøget gennemføres af en kommunal sygeplejerske (fx primær sygeplejerske, sygeplejerske i rehabiliteringsenhed, sygeplejerske i plejecenter). Det skal så vidt muligt være en sygeplejerske, der kender borgeren – fx kontaktsygeplejersken.

5. Den kommunale sygeplejerske forbereder modtagebesøget

Sygeplejersken forbereder sig til modtagebesøget:

- orienterer sig i borgerens journal, herunder FMK, læser udskrivningsrapport, plejeforløbsplan, evt. genoptræningsplan og øvrige korrespondancer i forbindelse med udskrivelsen.
- involverer efter behov andre fagpersoner for sparring/ afklaring/ deltagelse i modtagebesøget. Fx
 - o kommunal akutsygeplejerske
 - o kommunal diætist eller regional klinisk diætist fra Ernæringsenheden¹
 - o kommunale hjælpemiddeltherapeut
 - o kommunal rehabiliteringsterapeut
 - o kommunal træningsterapeut eller hospitalets fysio- eller ergoterapeut
 - o kommunal visitator

¹ Såfremt klinisk diætist fra Ernæringsenheden har været involveret i indlæggelsesforløbet, kan enheden kontaktes. Hvis ernæringsenheden ikke har været involveret, kan egen læge ved behov henvise til Ernæringsenheden.



- o kommunal demensnøgleperson
- o kommunal socialpsykiatrisk medarbejder
- o egen læge
- o sygeplejerske fra udskrivende afsnit

6. Den kommunale sygeplejerske gennemfører modtagebesøget og udleverer en skriftlig plan

Modtagebesøget er en **helhedsopfølgning sammen med borgeren og så vidt muligt primær pårørende** på borgerens helbreds- og funktionsevnetilstande, forventede tilstande og borgerens mål samt planlagte indsatser – på tværs af fagligheder og sektorer.

Sygeplejersken skaber sammen med borgeren og den pårørende overblik over borgerens samlede situation, mål og plan for det videre samlede forløb.

Formålet er at skabe overblik, overskuelighed og tryghed samt sikre, at der er sammenhæng i behandlings-, trænings-, rehabiliterings- og forebyggelsesindsatsen på tværs af fagligheder og sektorer.

Det er en grundlæggende værdi for modtagebesøget, at borgeren uanset funktionsevne og helbredstilstand støttes i at bestemme over sit eget liv og i at være så selvhjulpne som muligt.

Indhold i modtagebesøget

Præsentation, formål og ramme

- Præsenter deltagerne.
- Fortæl, at der er sat op til 1 time af til besøget.
- Fortæl, hvad formålet med besøget er; at vi sammen skaber et overblik over din situation og plan for det fortsatte forløb, og hvordan vi bedst hjælper dig efter din indlæggelse på hospitalet.
- Afklar sammen med borgeren og pårørende, hvad der er sket op til og under indlæggelsen – og om der er noget der kunne være gjort for at forebygge indlæggelsen.
- Spørg om du må se epikrisen (hvis medsendt) og det øvrige materiale, som hospitalet har sendt med borgeren hjem. Gennemgå det sammen.

Borgerens tilstand og samlede situation

- Afklar borgerens *helbredstilstande*, dvs. om der er potentielle og/eller aktuelle problemer inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder.
- Afklar om de dokumenterede *funktionsevnetilstande* kan genkendes i de nuværende rammer



-
- Afklar hvordan borgeren oplever sin samlede situation.

Forventede tilstande og borgerens mål

- Afklar de forventede helbredstilstande.
- Afklar de forventede funktionsevnetilstande.
- Afklar og afstem med borgerens mål.

Planlagte indsatser

- Skab sammen med borgeren et overblik over alle de planlagte indsatser - på tværs af fagligheder og sektorer, jf. bilag x.
- Vurder om de planlagte indsatser er dækkende for at opnå de forventede helbreds- og funktionsevnetilstande samt borgerens mål.
- Vurder om der er behov for opfølgning/ ændringer. Overvej i den forbindelse, om der skal involveres andre fagpersoner, fx akutsygeplejerske, egen læge, visitator, diætist eller terapeut.

Opsummering og udlevering af plan

- Opsummer planer og aftaler for det fortsatte forløb, noter dem i skabelonen. Og giv planen til borgeren (skal ikke dokumenteres direkte i kommunens systemer).
- Spørg om borgeren/ pårørende har mere, de gerne vil tale om? Noget de er i tvivl om? Om de føler, at de har overblik over og føler sig trygge ved det, der skal ske nu?

7. Der samles op på modtagebesøget

Overlevering af viden og opgaver

Under/ efter modtagebesøget overleveres relevant viden og opgaver til relevante fagpersoner, fx SOSU personale, ergoterapeut, fysioterapeut, diætist, visitator, demensnøgleperson mv.

Herudover dokumenteres relevante informationer i kommunens omsorgsjournal.

Opfølgning på modtagebesøget ved opfølgende hjemmebesøg

Der følges systematisk op på modtagebesøget ved det opfølgende hjemmebesøg. Modtagebesøget kan også være en anledning til at planlægge det opfølgende hjemmebesøg i samarbejde med borger og pårørende.

8. Den kommunale hjemmesygepleje følger op efter 30 dage

Mhp, evaluering samt systematisk opfølgning af borgerens ernæringstilstand og funktionsevne skal patienten 30 dage (+/- 5



dage) efter udskrivelsen **Barthel-scores og vejes (hvis patienten er vurderet i ernæringsmæssig risiko).**

Det er den kommunale sygeplejerskers opgave, at veje og Barthel-score borgeren. Hvis besøget foregår i borgerens eget hjem, er det således hjemmesygeplejerskens opgave, at sikre sig, at borgeren kan vejes i eget hjem.

Herudover følger hjemmesygeplejersken som vanligt op med borgeren (borgerens plan, aftaler, funktionstilstand, psykiske/sociale tilstand mv.).



Bilag 9 – Barthel 100-Scoringsnøgle

Barthel 100-Scoringsnøgle

Personlig hygiejne	
0	Patienten er ikke i stand til at deltage aktivt i den personlige hygiejne og er afhængig af hjælp i alle henseender.
1	Hjælp er nødvendig ved alle delaktiviteter i den personlige hygiejne.
3	Nogen hjælp er nødvendig på et eller flere trin i den personlige hygiejne.
4	Patienten er i stand til selv at udføre den personlige hygiejne, men behøver mindre hjælp før og/eller efter aktiviteten.
5	Patienten kan selv vaske hænder og ansigt, rede hår, børste tænder og barbere sig (selv finde barbermaskine/skraber, sætte den til strøm og skifte barberblad). Den kvindelige patient skal selv kunne lægge make-up, men skal ikke selv kunne sætte sit hår.
Tagning af bad	
0	Patienten er ude af stand til at deltage aktivt ved badning.
1	Hjælp er nødvendig ved alle delaktiviteter af badning.
3	Hjælp er nødvendig enten ved forflytning til bad/bruser eller til at vaske eller tørre sig; herunder manglende evne til at færdiggøre en enkelt del på grund af patientens lidelse.
4	Opsyn er af sikkerhedsmæssige grunde nødvendig ved tilpasning af vandtemperatur eller ved forflytning.
5	Patienten kan tage kar- eller brusebad eller foretage etagevask. Patienten skal selv kunne foretage alle trin ved den valgte badeform, uden at der er andre personer til stede.
Spisning	
0	Patienten er afhængig i alle henseender og må mades.
2	Patienten kan bruge et spiseredskab, sædvanligvis en ske, men behøver aktiv hjælp under måltidet.
5	Patienten kan selv spise under supervision. Hjælp er påkrævet ved tilknyttede opgaver, som f.eks. at komme mælk/sukker i teen, komme salt og peber på maden, komme smør på brødet, dreje tallerkenen eller andre tilrettelæggende opgaver.
8	Patienten kan uden hjælp spise et anrettet måltid med undtagelse af at udskære kød, åbne en mælkekarton, et låg osv. En anden persons tilstedeværelse er ikke nødvendig under spisningen.
10	Patienten kan selv spise fra en bakke eller et bord, hvis maden er indenfor rækkevidde. Patienten kan gøre brug af hjælpemidler, hvis nødvendigt. Kan udskære mad, smøre brød og tilsætte salt og peber osv.
Toiletbesøg	
0	Patienten er fuldstændig afhængig af hjælp ved toiletbesøg.
2	Hjælp er nødvendig i alle henseender ved toiletbesøg.
5	Hjælp kan være nødvendig ved af- og påklædning, forflytninger eller til at vaske hænder.
8	Opsyn er nødvendig af sikkerhedsmæssige grunde ved almindeligt toilet. Om natten kan en toiletstol, kolbe eller bækken benyttes, men hjælp er nødvendig til tømning og rengøring.
10	Patienten kan uden hjælp gå på toilettet, løsne og lukke tøjet, undgå tilnavnsning af tøjet samt bruge toiletpapir. Hvis nødvendigt kan patienten bruge et bækken, toiletstol eller kolbe om natten, men må selv kunne tømme og rengøre det.
Trappegang	
0	Patienten kan ikke gå på trapper.
2	Hjælp er nødvendig i alle henseender ved gang på trapper, herunder hjælp ved brug af ganghjælpemidler.
5	Patienten kan selv gå op og ned, men kan ikke bære ganghjælpemidler og behøver opsyn og hjælp.
8	I almindelighed er hjælp unødvendig. Til tider er opsyn nødvendig af sikkerhedsmæssige grunde pga. morgenstivhed, åndenød etc.
10	Patienten kan selv gå sikkert op og ned ad et trappeløb uden hjælp eller opsyn. Patienten er i stand til hvis nødvendigt at bruge gelænder, stok eller albuestokke, og kan selv bringe disse med op og ned ad trapperne.
Påklædning	
0	Patienten er afhængig af hjælp i alle henseender i forbindelse med påklædning og er ikke i stand til at deltage ved denne aktivitet.
2	Patienten kan deltage i nogen grad, men er afhængig i alle henseender ved påklædning.
5	Hjælp er nødvendig ved af- og/eller påklædning.
8	Kun minimal hjælp er nødvendig til lukning af tøj f.eks. knapper, lynlåse, BH, sko osv.
10	Patienten er i stand til at klæde sig af og på, binde snørebånd eller påføre sig, fastgøre eller afføre sig korset eller skinne i følge instruktionen.

Tarmkontrol	
0	Patienten er fækal inkontinent.
2	Patienten har behov for hjælp til at indtage passende stilling og til teknikker til fremme af tarmbevægelser.
5	Patienten kan indtage passende stilling, men kan ikke anvende teknikker til fremme af tarmbevægelser, eller rengøre sig selv uden hjælp. Har ofte uheld. Hjælp er nødvendig ved inkontinens-hjælpemidler såsom bind m.m.
8	Patienten kan behøve opsyn ved brug af stikpiller, lavement og har af og til uheld.
10	Patienten har tarmkontrol og har ingen uheld. Kan bruge stikpiller eller tage et lavement, når det er nødvendigt.
Blærekontrol	
0	Patienten er afhængig af hjælp til blærekontrol, er inkontinent eller har indsat kateter.
2	Patienten er inkontinent, men er i stand til at hjælpe til ved brug af et inkontinens-hjælpemiddel.
5	Generelt er patienten tør om dagen, men ikke om natten og behøver nogen hjælp med hjælpemidlerne.
8	Generelt er patienten tør dag og nat, men kan lejlighedsvis have uheld eller behøver minimal hjælp med et inkontinens-hjælpemiddel.
10	Patienten kan kontrollere blæren dag og nat og/eller er uafhængig af hjælp til et inkontinens-hjælpemiddel.
Gangfunktion (ikke hvis kørestolsbruger)	
0	Patienten er afhængig af hjælp ved mobilitet.
3	Konstant tilstedeværelse af en eller flere hjælpere er nødvendig under gang.
8	Hjælp er nødvendig for at nå hjælpemidler og/eller betjene dem. En person er nødvendig for at kunne hjælpe.
12	Patienten er uafhængig ved gang, men kan ikke gå 50 meter uden hjælp, eller opsyn er nødvendig af hensyn til tryghed eller sikkerhed i farlige situationer.
15	Patienten må, hvis det er nødvendigt, kunne bære skinner, åbne og lukke disse skinner, rejse sig op, sætte sig ned og placere de nødvendige hjælpemidler i position til brug. Patienten skal være i stand til at gå 50 meter uden hjælp eller opsyn og kan eventuelt benytte albuestokke, stokke eller gangstativ.
Kørestol (Kun hvis kørestolsbruger)	
0	Patienten er fuldstændig afhængig af hjælp ved brug af kørestol.
1	Patienten kan selv køre korte afstande på flads underlag, men hjælp er nødvendig ved alle andre faser af kørestolsbrug.
3	Tilstedeværelse af en person og konstant hjælp er nødvendig ved placering af kørestol ved bord, seng osv.
4	Patient kan selv køre over normalt forekommende terræn indenfor et rimeligt tidsrum. Minimal assistance kan dog stadig være nødvendig ved smalle passager.
5	For at køre kørestolen uafhængigt skal patienten være i stand til at køre om hjørner, vende, køre stolen hen til bord, seng, toilet etc. Patienten skal være i stand til at køre stolen mindst 50 meter.
Forflytninger ved stol/seng	
0	Patienten er ude af stand til at deltage i en forflytning. To medhjælpere er påkrævet for at flytte patienten med eller uden et mekanisk hjælpemiddel.
3	Patienten er i stand til selv at deltage aktivt, men maximal hjælp fra en person er nødvendig i hele forløbet.
8	Forflytningen kræver hjælp fra en anden person. Hjælpen kan gælde hvilken som helst del af forflytningen.
12	En anden persons tilstedeværelse er påkrævet enten for at skabe tryghed eller for at holde sikkerhedsmæssigt opsyn.
15	Patienten klarer selv alle forflytninger fra stol til seng uanset hjælpemiddel. Hvis kørestol anvendes: Patienten kan køre hen til sengen i kørestol, låse bremserne, løfte fodstøtter, komme sikkert hen på seng, lægge sig ned, komme op og sidde på kanten af sengen, flytte kørestolen og sikkert flytte sig tilbage i kørestolen uden sikkerhedsmæssig risiko. Patienten skal være uafhængig i alle faser af denne aktivitet.

Bilag 10 – Udskrivningsmøde - patientpjece



Udskrivningsmøde på video



Hvad er et Udskrivningsmøde på video?

Et udskrivningsmøde via video foregår på hospitalet, inden du bliver udskrevet.



Du og evt. dine pårørende sidder sammen med hospitalspersonalet i et mødelokale eller på din patientstue foran en videoskærm. På den anden side af skærmen sidder kommunalt sundhedspersonale. Alt afhængigt af din situation kan mødet være med en visitator, kommunal sygeplejerske, terapeut, eller en helt anden faglighed.

På udskrivningsmødet skal I sammen tale om det, der er vigtigt for dig, dit indlæggelsesforløb og din udskrivelse.

Tag en pårørende med

Vi anbefaler, at din nærmeste pårørende også deltager i Udskrivningsmødet.



Ønsker du, at din pårørende deltager, så vil hospitalspersonalet kontakte den pårørende med henblik på at aftale et tidspunkt for udskrivningsmødet på video.

Kom godt hjem til kommunen

Formålet med udskrivningsmødet er at sikre, at du kommer trygt og godt hjem til kommunen efter udskrivelse fra hospitalet.



Formålet er også at sikre, at du og dine pårørende har overblik over planerne for den fortsatte sundhedsindsats efter udskrivelse, og at I får svar på de spørgsmål, I måtte have.

Projekt Kom godt hjem
Hospitalsenheden Vest
Kvalitet og Udvikling
Lægårdvej 12
7500 Holstebro

Dato og klokkeslæt for mødet: _____

Varighed af mødet: Max 30 min. _____

Deltagere:

- På hospitalet:
- I kommunen:

Formål med dit møde: _____

Eventuelle emner:

- Dine ønsker og mål for fremtiden
- Hvis du og dine pårørende har bekymringer/spørgsmål
- En status på dit forløb og den fremadrettede plan
- Boligforhold og hjælpemidler
- Mad – herunder indkøb og tilberedning
- Omfang af hjælp og besøg i hjemmet
- Omfang af personlig pleje og sygepleje
- Medicin
- Genoptræning efter indlæggelse på hospitalet
- Hvis du skal på et midlertidigt ophold – hvad indebærer det?

Forberedelse til udskrivningsmødet på video

Du og din pårørende opfordres til at forberede jer til mødet. Skriv ned, hvad du ønsker at drøfte under videomødet.

Det kan evt. være spørgsmål, bekymringer og forventninger. Som inspiration kan du læse de oplistede emner på forrige side.

Noter

Projekt Kom godt hjem

Juni 2019

Bilag 11 – Evalueringsskema Kommune - Udskrivningsmøder via video

NB: Når skema er udfyldt sendes det til projektleder; Natasja Steffensen på natste@rm.dk

Evalueringsskema "Udskrivningsmøder via video" – Kommunale sundhedspersoner

Sengeafsnit borger udskrives fra: _____ Borgers alder: ____ Mødets længde: ____

Kommune borger udskrives til: _____ Enhed (sæt X) Eget hjem ____
 Plejecenter__ MTO-plads på plejecenter ____ Akutafsnit____ Rehabiliteringscenter ____

Deltagere på mødet (sæt X)

Hospitalssygeplejerske__ Hospitalslæge__ Borger__ Pårørende__ Kommunal visitator__
 Hjemmesygeplejerske__ Borgers egen læge__ Fys__ Ergo__ Ernæringsvejleder__ Andre__

Skema udfyldes af: Sygeplejerske__ Visitator__ Terapeut__

Var det enkelt at koordinere udskrivelsessamtalen i samarbejde med hospitalet? Begrund hvorfor/hvorfor ikke:	Ja	Nej
Vurderer du, at det er relevant for denne borger at få en udskrivelsessamtale? Begrund hvorfor/hvorfor ikke:	Ja	Nej
Vurderer du, at udskrivelsessamtale gav borger bedre overblik og større tryghed? Begrund hvorfor/hvorfor ikke:	Ja	Nej
Var udskrivelsessamtalen gavnlig for koordineringen af kommunens indsats/dit samarbejde med borgeren? Begrund hvorfor/hvorfor ikke:	Ja	Nej
Vurderer du, at borgeren havde gavn af at pårørende deltog i samtalen? (hvis de gjorde) Begrund hvorfor/hvorfor ikke:	Ja	Nej
Fungerer den praktiske arbejdsgang (inklusive det tekniske og kommunikation)? Begrund hvorfor/hvorfor ikke:	Ja	Nej
Er der behov for udd. af medarbejdere ift. udskrivelsessamtaler over video? Begrund hvorfor/hvorfor ikke:	Ja	Nej
Andre input (stort som småt)		



Bilag 12 - Evalueringsskema hospital - Udskrivningsmøder via video

Version 2



Evalueringsskema "Udskrivningsmøder via video"

- udfyldes af sundhedspersonale (hospital)

Sengeafsnit: _____ **Kommune patient udskrives til:** _____
Alder på patient: _____ **Score ved screening til opfølgende hj. besøg** _____
Mødets længde: _____ **min.**

Deltagere på mødet (sæt X)
 Hospitalssygeplejerske__ Hospitalslæge__ Borger__ Pårørende__ Kommunal visitator__
 Hjemmesygeplejerske__ Borgers egen læge__ Fys__ Ergo__ Ernæringsvejleder__ Andre__
Skema udfyldes af: Sygeplejerske__ Terapeut__ Andet: _____

Vurderer du, at udskrivelsessamtale er relevant for denne patient?	Ja	Nej
Begrund hvorfor/hvorfor ikke		
Var det enkelt at planlægge udskrivelsessamtale med visitator?	Ja	Nej
Begrund hvorfor/hvorfor ikke		
Gav det mening, at hospitalslægen deltog i udskrivelsessamtalen?	Ja	Nej
Begrund hvorfor/hvorfor ikke		
Gav det mening, at have øvrige fagpersoner med (ergo/fys/ernæringsvejleder osv.)	Ja	Nej
Begrund hvorfor/hvorfor ikke		
Tog patient og evt. pårørende godt imod tilbuddet om udskrivelsessamtale over video?	Ja	Nej
Begrund hvorfor/hvorfor ikke		
Fungerer den praktiske arbejdsgang (inklusive det tekniske og kommunikation over video)	Ja	Nej
Begrund hvorfor/hvorfor ikke		
Vurderer du, at hospitalspersonale har behov for kompetenceudvikling for at gennemføre udskrivelsessamtaler?	Ja	Nej
Begrund hvorfor/hvorfor ikke		
Andre input (stort som småt)		

Kom godt hjem – udskrivelse af de svageste ældre

Bilag 13 – Screeningskema – opfølgende hjemmebesøg

Jan. 2020

Opfølgende hjemmebesøg, screeningskema

4

Nuværende indlæggelse
Patienten er indlagt og udskrives: efter 2-5 døgn indlæggelse (1)
 efter mere end 5 døgn indlæggelse (2)
 inden for 48 timer efter indlæggelse (3)

Tidligere indlæggelser
Patienten har været indlagt: 0-1 gang det seneste år (0)
 2-4 gange det seneste år (4)
 mere end 4 gange det seneste år (8)

Helbred og funktionstab
Har patienten haft et funktionstab i forhold til før indlæggelsen/kronisk nedsat funktionsniveau: Nej (0)
 Lettere funktionstab og/eller lettere kronisk nedsat funktionsniveau (4)
 Væsentlig funktionstab og/eller kronisk nedsat funktionsniveau (8)

Ernæring
Ernæringens betydning for patientens helbred: Ingen eller ringe betydning (fx BMI > 24) (0)
 Moderat (fx BMI 20,5 - 24) (4)
 Væsentlig (fx BMI < 20,5 eller utilsigtet vægttab >2 kg de sidste 3 mdr) (8)

Sygdom
Indlæggelsens årsag/diagnoser: Pt. har ikke andre diagnoser end indlæggelsesdiagnosen (0)
 Pt. har flere diagnoser, men ingen af flg.: hjertesvigt, KOL m opblussen, cystit, pneumoni, faldtendens (4)
 Pt. har mindst én af flg.: hjertesvigt, KOL m opblussen, cystit, pneumoni, faldtendens (8)

Medicinering
Antal medicinske præparater/medicinændring uanset antal og art: 7 eller færre uden medicinændring (0)
 8 eller flere præparater (4)
 Medicinændring uanset antal og art (8)

Kognition
Har patienten kognitiv forstyrrelse/problemer?: Nej (0)
 Moderat (fx konfus, hukommelsessvigt, manglende sygdomserkendelse) (4)
 Væsentlig (fx konfus, hukommelsessvigt, manglende sygdomserkendelse) (8)

Misbrug
Har patienten et misbrug?: Nej (0)
 Moderat (4)
 Væsentlig (8)

Psykatri
Har patienten en psykiatrisk lidelse og har det betydning for patientens situation?: Ingen psykiatrisk lidelse eller uden betydning (0)
 Moderat (4)
 Væsentlig (8)

Mestring
Mestrer patienten sin tilværelse?: Ja, patienten kan overskue og koordinere sin tilværelse (0)
 Patienten har moderate problemer med at overskue eller koordinere sin tilværelse (4)
 Nej, patienten har væsentlige problemer med at overskue eller koordinere sin tilværelse eller er nyligt blevet alene (8)

Samlet score:

Score < eller = 22: Der SKAL IKKE tilbydes opfølgende hjemmebesøg. Score = eller > 23: Der SKAL tilbydes opfølgende hjemmebesøg.

Patienten opfylder kriterierne og ønsker at tage imod tilbuddet om opfølgende hjemmebesøg Patienten opfylder kriterierne, men ønsker ikke at tage imod tilbuddet om opfølgende hjemmebesøg

Patientens telefonnummer:

Udført: 26.05.2014 08:24 af Sygeplejerske Gunna Estrid Andersen, Medicinsk sengeafsnit Herning - HEV ...

Speciale(r):* HEV - Intern medicin Indtast/Vælg speciale

Kladde

Bilag 14 – Specialrådgivning via video, vejledning i brug af mobil/tablet ved videosamtaler

Kom godt hjem - Specialrådgivning via video

Prøvehandling: 18. februar – 1. juli 2019

- 1 Foreslå Kirurgisk Sengeafsnit (A1/A2) et videomøde, hvis det giver god mening (fx hvis du har brug for at vise hospitalssygeplejersken borgerens sår eller lign.). Det kan også være hospitalssygeplejersken som foreslår mødet.
 - 2 Vælg appen "Infinity connect"
 - 3 NB: Det er vigtigt at kameraet vender mod dig og borgeren, så I har mulighed for at sige 'hej' til hospitalssygeplejersken. Hvis ikke så tast på de 3 prikker (og gå til punkt 8 for valg af kamera)
 - 4 Tast herefter på den grønne knap.
 - 5 Under 'Favorites' vælger du 'Kirurgisk Sengeafsnit'
 - 6 Tast koden til møderummet og vælg 'join'.
 - 7 Nu ankommer du i det virtuelle møderum. Du kan **forstørre skærmen** ved at vende telefonen om på siden.
- 
- The screenshots show the app's interface: a home screen with a green 'Join' button, a 'Favorites' list with 'Kirurgisk Sengeafsnit' selected, a numeric keypad for entering a meeting ID, and a 'Join' button. A red box highlights the meeting ID field. A small inset shows the 'midt' logo and contact information: 'Kirurgisk Sengeafsnit tlf.: +45 7843 5300'.

- 8 **VEND KAMERA**
Når du er klar til at vise hospitalssygeplejersken borgerens sår (eller lign.) skal du **bruge det kamera som sidder bag på mobilen**.
 - 1) Vend telefonen på højkant igen og tryk på de tre prikker
 - 2) Vælg "Select media devices"
 - 3) Vælg "Front kamera" (hvis kameraet vender om hedder den "Back kamera")
 - 4) Vælg "Back camera"
 - 5) Dit kamera er nu vendt. Tryk på kryds for at vende tilbage til mødet.
 - 9 **AFSLUT VIDEOMØDET** ved at trykke på den røde knap (hvis knappen forsvinder, så tryk midt på skærmen, så kommer den tilbage). Tryk herefter på "Disconnect".
- 
- The screenshots show the 'Control' menu with 'Select media devices' circled in red. Subsequent screenshots show the 'Select camera' and 'Select media devices' menus with 'Back Camera' and 'Front Camera' circled in red. A red power button icon is also shown.

Bilag 15 – Specialrådgivning via video – hjemmeside

På Hospitalsenhed Vests hjemmeside er de standardiserede vejledninger samlet:

<https://www.vest.rm.dk/fagpersoner/tvarsektorielt-samarbejde/kom-godt-hjem/>

The screenshot shows the homepage for 'Kom godt hjem' on the Hospital Vest website. The header includes the 'midt regionmidtjylland' logo and the title 'Hospitalsenheden Vest'. A navigation menu contains links for 'Hjem', 'Patienter og pårørende', 'Afdelinger', 'Om os', 'Job', 'Uddannelse', 'Fagpersoner', 'Forskning', and 'Presse'. The breadcrumb trail reads 'Du er her: Fagpersoner > Tværasektorielt samarbejde > Kom godt hjem'. The main content area features a sidebar with a list of topics: 'Fagpersoner', 'Tværasektorielt samarbejde', 'Kom godt hjem' (highlighted), 'Tracheostomi, vejledning', 'Løs armslynge: Collar'n'Cuff, vejledning', and 'Aspen 3-punkts korset, vejledning'. The main article title is 'Kom godt hjem - et samarbejde mellem hospital og kommune'. There are 'Lyt' and 'Udskriv' icons in the top right corner.

The screenshot shows the 'Tracheostomi, vejledning' page. The breadcrumb trail is 'Du er her: Fagpersoner > Tværasektorielt samarbejde > Kom godt hjem > Tracheostomi, vejledning'. The page title is 'Tracheostomi, vejledning'. The main text reads: 'Her er en vejledning i, hvordan du passer en tracheostomi-kanyle. Du kan blandt andet læse om rensning af kanylen, hudpleje, og hvordan du skifter nakkebindet.' Below the text are several expandable sections: 'Om yderkanylen og hudpleje', 'Huden skal holdes ren for at undgå infektioner', 'Sådan renser du yderkanylen og plejer huden', 'Disse ting skal du bruge', 'Video: Sådan renser du yderkanylen og plejer huden', and 'Tekst: Sådan renser du yderkanylen og plejer huden'. A yellow 'Kontakt' box on the right provides contact information: 'Hvis du har spørgsmål til tracheostomien, kan du kontakte afdelingen. TEL: 7943 XXXXX. Telefonbånd: Mandag - Fredag kl. 8.00 - 14.00.' There are 'Lyt' and 'Udskriv' icons in the top right corner.