

Anbefalinger til tidlig opfølgning efter udskrivelse blandt sårbare borgere

Afrapportering på baggrund af DÆMP-workshop afholdt den 29. oktober 2021

INDLEDNING

Nærværende dokument beskriver anbefalinger til, hvordan vi sammen i kommuner, region og almen praksis i Midtjylland kan arbejde med tidlig opfølgning efter udskrivelse blandt sårbare/skrøbelige borgere. Formålet er at sikre trygge behandlings- og udskrivningsforløb for borgere og pårørende samt at forebygge u hensigtsmæssige akutte genindlæggelser.

Anbefalingerne er resultat af en workshop afholdt d. 29. oktober 2021. I workshoppen deltog medarbejdere og ledere med tæt tilknytning til tværsektorielle projekter om tidlig opfølgning efter udskrivelse – herunder også de tidligere satspuljeprojekter om Den Ældre Medicinske Patient (DÆMP).

Baggrund

Sundhedsstyregruppen behandlede i februar 2020 en sag om scenarier for tidlig opfølgning efter udskrivelse af de svageste ældre borgere. Med henblik på at sikre et solidt erfarings- og vidensgrundlag for de fremtidige scenarier blev det besluttet, at der skulle afholdes en workshop med fagpersoner med tilknytning til DÆMP- projekterne eller lignende indsatser.

Om anbefalingerne

Workshoppen resulterede i syv anbefalinger, hvoraf tre er beskrevet mere indgående. De tre anbefalinger er valgt, fordi der enten forligger evidens for, at de medvirker til at reducere antallet

af akutte genindlæggelser, eller fordi de vurderes at have potentiale til det. Samtidig handler de tre anbefalinger om indsatser, som vurderes realistisk at implementere mere bredt i klyngerne inden for en kort tidshorisont.

De tre anbefalinger er:

- 1) Screening med henblik på identifikation af sårbare/skrøbelige patienter
- 2) Tværsektoriel virtuel udskrivningskonference med borger og pårørende
- 3) Opfølgning i hjemmet inden for 24 timer efter udskrivelse

De tre anbefalinger udgør en kronologi i et godt udskrivningsforløb: først skal borgere, der har særligt gavn af tidlig opfølgning, identificeres. Herefter følger forberedelse og planlægning af overgangen fra hospital til eget hjem i dialog med borgere og pårørende, og til slut sikres, at borgerne bliver taget godt imod i eget hjem, og at der bliver fulgt op på den iværksatte behandling.

I det følgende beskrives de tre anbefalinger mere uddybende, mens de øvrige fire anbefalinger præsenteres i punktform som inspiration til klyngerne.

1. SCREENING MED HENBLIK PÅ IDENTIFIKATION AF SÅRBARE/SKRØBELIGE BORGERE

Anbefaling fra workshop

Der bør være et fælles screeningsredskab på udvalgte hospitalsafdelinger, der systematisk bidrager til at identificere sårbare/skrøbelige patienter, som er i målgruppe for tidlig opfølgning efter udskrivelse.

Screeningsredskabet bør enten være gennemgående i hele regionen eller vælges klyngevist.

Det anbefales ikke at lade målgruppen for tidlig opfølgning være aldersbetinget. Man bør i stedet have et bredere blik på, hvem der er særligt sårbar/skrøbelig med stor risiko for genindlæggelse.

Formål: Systematisk identifikation af sårbare/skrøbelige patienter, der er i målgruppe for tidlig opfølgning efter udskrivelse

Forslag til udmøntning

Feb. - juli 2022: Klyngerne beslutter hvilket screeningsredskab, man vil benytte, samt hvilke hospitalsafdelinger der skal bruge redskabet.

Aug. – dec. 2022: Klyngevis implementering af redskabet.

Eksempler på evidensbaserede screeningsredskaber

Aarhus Universitetshospital

- *Multidimensional Prognostic Index (MPI)* baseret på Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)** anvendes til ældre indlagte patienter på sengeafsnit*
- *Clinical Frailty Scale (CFS)*** anvendes til ældre patienter i akutafdeling/skadestue, da den hurtigt kan identificere skrøbelighed, men er dog ikke så grundig som MPI.*

Vest-klyngen

- *Anvender screeningskema til opfølgende hjemmebesøg som screeningsværktøj. Værktøjet er ikke evidensbaseret, men er tilpasset under udviklingen, så det "indfanger" de skrøbelige ældre patienter.*

**Gregersen et al. Frailty is associated with hospital readmission in geriatric patients: a prognostic study. 2020, I: European Geriatric Medicine. 11, 5, s. 783–792*

***Rasmussen et al. Impact of transitional care interventions on hospital readmissions in older medical patient. BMJ Open 2021; 11*

****Nissen et al. Cross-sectoral inter-rater reliability of the clinical frailty scale – a Danish translation and validation study. Geriatrics 2020. 20:443*

2. TVÆRSEKTORIEL VIRTUEL UDSKRIVNINGSKONFERENCE MED BORGER OG PÅRØRENDE

Anbefaling fra workshop

Der holdes en fælles udskrivningskonference for sårbare/skrøbelige patienter med deltagelse af borger og pårørende, kommune, hospital samt eventuelt almen praksis.

Formål: At skabe kvalitet og tryghed i overgangen mellem hospital og eget hjem gennem brugerinddragende tværsektoriel koordineringer.

Forslag til udmøntning

Feb. – juli 2022: Repræsentanter fra Vest-klyngen, Randers-klyngen og Sundhedsaftalesekretariatet samt en praksiskonsulent udarbejder en fælles procedure for virtuelle udskrivningskonferencer samt en kort implementeringsguide. Endvidere undersøges muligheder for evalueringsdesign mhp. vurdering af evidens.

Aug. – dec. 2022: Klyngevis implementering.

2023: Erfaringsopsamling og orientering af Sundhedsstyregruppen.

Eksempler

Vest-klyngen har i forbindelse med DÆMP-projektet "Kom god hjem" testet fælles udskrivningsmøder via video med deltagelse af patient, pårørende, kommune og udskrivende afdeling. Udskrivningsmødet har samme formål som tidlig opfølgning; at sikre kvalitet og tryghed i overgangen fra hospital til eget hjem.

Der foreligger ikke evidens for indsatsen, men en evaluering på baggrund af 63 udskrivningsmøder viser, at borgere, der har deltaget i et fælles udskrivningsmøde, har en genindlæggelsesprocent på 7,9 %, mens patienter uden særlig opfølgingsinterventioner har en genindlæggelsesprocent på 11,7 %. Resultaterne tyder på, at en brugerinddragende koordinering på tværs af sektorerne inden udskrivelse fra hospital kan have en effekt på andelen af genindlæggelser.

I Randers-klyngen afholder hospitalets sygeplejersker videokonferencer med borgere, pårørende og kommunale udskrivningskoordinatorer. Formålet er at skabe bedre samarbejdsflader omkring udskrivelsen for patienter og pårørende. Der foreligger ikke evidens for indsatsen, men en kvalitativ opgørelse viser, at konferencerne kan medvirke til, at patienten får en bedre forståelse for egen situation fx erkender et funktionstab, hvilket gør det lettere for borgeren at acceptere og tage imod kommunal støtte efter udskrivelsen.

3. OPFØLGNING I HJEMMET INDEN FOR 24 EFTER UDSKRIVELSE AF DEN SÅRBARE/SKRØBLIGE BORGER

Anbefaling fra workshop

At der er kommunal (i udvalgte tilfælde ved hospitalet) opfølgning i borgerens hjem inden for 24 timer efter udskrivelse.

Indsatsen kan differentieres efter indlæggelsestype og symptomer samt borgerens netværk og boligsituation. I nogle tilfælde handler opfølgning om at sikre, at borgeren er "landet godt i hjemmet", og at der eksempelvis er mad i køleskabet, samt at der bliver fulgt op på behandlingsplanen. I andre tilfælde handler opfølgning alene om at sikre, at der bliver fulgt op på behandlingsplanen og borgerens helbreds-mæssige tilstand.

Formål: At sikre at borgerne kommer trygt hjem, og at der bliver fulgt op på behandlingsplaner og borgernes helbreds-mæssige tilstand.

Forslag til udmøntning

Feb. – juli 2022: Det opfordres til, at de enkelte kommuner tager stilling til anbefalingen under hensyntagen til lokal praksis og serviceniveau, og at man i klyngerne drøfter, hvornår hospitalet eventuelt skal være del af opfølgningen.

Evidens fra DÆMP-projekterne

Et randomiseret studie i Aarhus-klyngen påviste en reduktion på ca. 18 % i antallet af akutte genindlæggelser hos de svageste ældre borgere ved enten sygehusbaseret opfølgning eller kommunal opfølgning efter udskrivelse. Et studie har dog vist, at den sygehusbaserede opfølgning er mest effektiv. (Hansen et al. Effects of a new early municipality-based versus a geriatric team-based transitional care intervention on readmission and mortality among frail older patients – a randomised controlled trial 2021, I: Archives of Gerontology and Geriatrics. 97, 9 s., 104511)

I Horsens-klyngen fulgte en sygeplejerske fra Geriatrisk Afdeling patienterne hjem til egen bolig. Den egentlige forskel i indsatsen vurderes at være, at der er personale eller pårørende i hjemmet ved ankomst, mens det ikke er afgørende, at det er en sygeplejerske fra sygehuset. De øvrige resultater fra Horsens-klyngen viser, at en opfølgning dagen efter udskrivelsen kan være af væsentlig betydning. Der gennemføres et kvantitativt studie af indsatsen i regi af et ph.d.-studie, som forventes færdigt februar 2022.

24 timer eller 48 timer

Deltagere fra Vest-klyngens projekt har givet udtryk for, at et besøg inden for 24 timer efter udskrivelse kan virke overvældende for borgerne. Dette bakkes op af Aarhus-klyngen, som påpeger, at det i nogle tilfælde kan være en udfordring at gennemføre opfølgningen hos borgeren inden for 24 timer, hvis borgeren er udmattet og derfor ikke er i stand til at deltage i opfølgningen. En stikprøve i Aarhus-klyngens data ift. kommunal opfølgning i borgeren hjem viser, at det ikke har en effekt på antallet af genindlæggelser, om hjemmebesøget ligger 24 timer eller 48 timer efter udskrivelsen.

Inspiration

I Syddjurs Kommune har hjemmeplejen indlagt akuttider i den daglige kørsel, således at der altid er ledige tider ift. at besøge borgere, der er blevet udskrevet mhp. at sikre, at alt er, som det skal være i hjemmet.

ØVRIGE ANBEFALINGER – TIL INSPIRATION I KLYNGERNE

FOKUS PÅ FÆLLES VIDEN OG KOMMUNIKATION

- Behandlingsplan fra hospitalet bør videregives systematisk til den kommunale hjemmepleje. Udfordringen er, at Epikrisen ikke må sendes til kommunen, hvorfor den i dag printes ud og gives med borgeren hjem mhp. at borgeren giver den videre til det kommunale personale.
- Kommunerne bør have opmærksomhed på, at information om borgeren ved indlæggelsen er opdaterede ift. medicin, vanlig funktionsevne, hjælpemidler, netværk og boligforhold.

SYSTEMATIK I AFTALER OG OPFØLGNING

- Der bør være klare kriterier for, hvornår kommune og pårørende skal kontakte hospitalet efter udskrivelse .
- Systematik i udskrivelsen – gerne på få hænder fx i form af få sygeplejersker med ansvar for udskrivelserne.
- Systematik i modtagerbesøg og i de opfølgende besøg, således at personalet, der kommer i borgerens hjem, har en klar plan for, hvad der skal være opmærksomhed på – både ift. borgeren og ift. hjemmet.

FÆLLES ANSVAR OG KONTINUITET I LÆGEFAGLIGT BEHANDLINGSANSVARET

- Det skal være tydeligt for både kommune, almen praksis og hospital, hvad behandlingsplan/opfølgingsplanen er i forbindelse med udskrivelse herunder også stillingtagen til håndtering, hvis patientens forløb ikke går som planlagt.
- Ved udskrivelsen skal det være tydeligt, hvem der har det lægefaglige behandlingsansvar.
- Det skal være tydeligt for det kommunale personale, hvad opfølgingsopgaven består i, da det har stor betydning for, hvem der kommer til at stå for opfølgningen.

ADGANG TIL RÅDGIVNING PÅ HOSPITAL OG MULIGHED FOR GERIATRISK OPFØLGNING

At der er efter udskrivelsen er let adgang til at konsultere rådgivning fra hospitalet, samt at der ved den ældre geriatriske patient er mulighed for geriatrisk opfølgning.