

Evaluering af DÆMP- indsatsen i Region Midtjylland

BILAG



Oktober 2016

Bilag

- 1. Metode**
- 2. Spørgeskema**
- 3. Registreringsskema**
- 4. Ekstra tabeller**
- 5. Selvevalueringer**

1 Bilag: Metode

Evalueringen bygger på følgende datakilder. Spørgeskemaundersøgelse blandt patienterne, suppleret med telefoninterview, dataudtræk fra BI Portalen, udtræk af medicinforbrug fra regionens afregningssystem med apoteker og praksissektor og selvevalueringer fra klyngerne.

1.1 Spørgeskemaundersøgelsen

Spørgeskemaet er udformet i (fire) varianter, da hver klynge har haft mulighed for at vælge egne spørgsmål. Midt har ikke inkluderet spørgeskema til patienterne og Aarhus har ikke haft hospitalsspørgsmål med. Skemaet blev teste af på interviewpersoner, som havde været gennem en af de fem indsatser. På baggrund af testene blev der justeret i skemaet.

En del af designet for evalueringen har været tilrettelagt som en test af forskellige metoder til indsamling af data, da udfordringen har været, at det er en svær gruppe at få fat i.

Tabel 1. Antal modtagne spørgeskemaer, registreringskemaer og samtykkeerklæringer

	Spørgeskemaer	Samtykkeerklæringer	Registreringskemaer
Randers	15	22	-
Vest	23	12	21
Aarhus	8	5	18
Horsens	5	3	5
Midt	-	11	-
I alt	51	42	44

Test af udleveringsmetode

Det har været drøftet, om det var praktisk muligt og meningsfuldt at gennemføre en spørgeskemaundersøgelse blandt brugerne af DÆMP-koordinering. Flere fagpersoner har tilkendegivet, at de var kritiske overfor spørgeskema som indsamlingsmetode. DEFACTUM besluttede i samråd med projektledelsen at afprøve telefoninterview som supplement til spørgeskemaet, og lade de fagprofessionelle udfylde et registreringskema for patienterne, så de svageste også kunne indgå.

Et forbehold for dataindsamling blandt målgruppen er generelt at de er ældre sårbare svækkede patienter, hvor en del har demens, kognitivt udfordret eller fysisk/psykisk meget dårlige. Dette vilkår gælder uanset indsamlingsmetode. Det blev besluttet, at inkludere de pårørende, når muligt. I slut 2015 og start 2016 blev det afprøvet personligt at udlevere spørgeskema til borgeren.

I Vest, Aarhus og Horsens har sygeplejersken udfyldt et registreringskema, hvor der også var mulighed for at svare, at spørgeskemaet ikke blev udleveret og med hvilken begrundelse. Sammen med spørgeskemaet udleverede sygeplejersken en samtykkeerklæring og en frankeret svarkuvert.

I Aarhus har akutteamet fået 30 skemaer med 15 til kommunen og 15 til hospitalet, i marts er der igen udleveret 40 ekstra skemaer til kommunen. I alt er ca. 45 skemaer udleveret. 158 patienter har haft besøg af akutteamet, 8 spørgeskemaer er kommet retur.

I Vest har den kommunale hjemmesygeplejerske ved det opfølgende hjemmebesøg udleveret skemaerne. Også her udfyldte sygeplejersken et registreringskema.

Ca. 40 skemaer blev udleveret fordelt på:

Struer Kommune: 7

Herning Kommune: 8-10

Holstebro Kommune: 8

Ikast-Brande Kommune: 5-6

Lemvig Kommune: 6

Ringkøbing-Skjern kommune: 5

I Horsens blev spørgeskemaet udleveret af hospitalets geriatriteam. 5 samtykkeerklæringer er givet.

I Randers indhentede hospitalets personale gyldigt samtykke fra 23 patienter inden de blev udskrevet. Samtykkeerklæringerne blev sendt til DEFACTUM, der sendte spørgeskemaet ud. Der var 53 patienter indlagt med hoftefraktur i perioden, hvorved 43 % af patienterne har fået tilbudt og givet samtykke. Samtlige borgere der ikke selv havde sendt skemaet retur og som havde angivet et telefonnummer blev kontaktet telefonisk. Det lykkedes at gennemføre fire telefoninterview, hvor en medarbejder fra DEFACTUM udfyldte spørgeskemaet på vegne af borgeren.

I 10 ud af 44 registreringskemaer fremgår det, at spørgeskemaet ikke blev udleveret med den begrundelse at borgeren var for syg og/eller kognitivt ikke i stand til at svare. 14 skemaer blev udleveret til pårørende i stedet for til borgeren/patienten selv. Erfaringerne med at bruge spørgeskemaet er således, at spørgeskemaet kan anvendes i mange tilfælde, men at nogle patienter/borgere er for syge eller svækkede til at de kan udfylde det. I mange situationer er der en pårørende som kan svare på vegne af borgeren – eller hjælpe borgeren med at udfylde skemaet. men den pårørende kan også være i en så sårbar situation, at spørgeskemaet ikke skal udleveres.

I et enkelt tilfælde var der mulighed for at sammenligne et spørgeskema udfyldt af borgeren selv med et spørgeskema, hvor svarene var indsamlet via telefoninterview. En systematisk sammenligning af de to besvarelser viser overensstemmelse i 18 ud af 33 spørgsmål. Seks spørgsmål blev ikke besvaret i postspørgeskemaet. Borgeren benyttede sig ikke af muligheden for at skrive i spørgeskemaets kommentarfelt. Forskellen i besvarelserne handlede bl.a. om medicin, hvor borgeren i telefoninterviewet oplyste, at hun efter udskrivelsen havde været i tvivl om medicinen, hvorimod hun i det udfyldte spørgeskema to uger tidligere havde svaret "nej, slet ikke". I telefoninterviewet oplyste borgeren, at hun havde følt sig urolig, forvirret og i tvivl ved udskrivelsen, hvor hun spørgeskemaet havde oplyst, at hun følte sig urolig, afklaret og velinformeret. I telefoninterviewet uddybede borgeren, at der var lidt kaos ved hjemkomst, at hun alligevel ikke måtte støtte på den opererede hofte, og at hun var blevet indlagt igen. Alligevel er hendes budskab: "Personalet var meget hjælpsomme. Alle skal have ros."

Eksemplet illustrerer således, at..

- Nogle data om ældre medicinske patienter kan indsamles både via postspørgeskema og telefoninterview.
- Telefoninterview af ældre borgere kan indsamle vigtige data, som ikke altid bliver indsamlet via et post-spørgeskema. (30 respondenter har ikke skrevet kommentarer i spørgeskemaet)

- Der kan være en udfordring med reliabiliteten. Måske fordi borgerens situation og/eller opfattelse/erindring ændrer sig.

Tabel 2. Spørgeskemaer og samtykkeerklæringer for Randers

	Antal	Procent
Samtykke modtaget	23	100
Spørgeskema udsendt	23	100
Døde i perioden	2	9
Spørgeskema sendt ind	10	43
Telefoninterview gennemført	4	17
Ej mulig at opnå kontakt eller respons fra	6	26
Brugbare skemaer i alt	14	61

61 % af samtykkeerklæringerne har resulteret i et brugbart svar. Telefonkontakten giver fire ekstra svar, men er dog omkostningstung idet respondenterne ringes op mange gange på forskellige tidspunkter i perioden og dels kan respondenterne have svært ved at forstå svarskalaen, når den ikke er tilgængelig visuel.

I Midt blev det i første omgang besluttet ikke at deltage i spørgeskemaundersøgelsen, fordi projektet var afsluttet, og der ikke var nogle aktuelle deltagere, som det kunne udleveres til.

1.2 Adgang til data

Projektet har undersøgt en række metodiske problemstillinger i forhold til muligheder for data og tilgængeligheden af data. Juridiske udfordringer i forhold til at få adgang til borgernes data har især fyldt meget i designet og har foranlediget adskillige korrektioner undervejs og forsinket processen med dataindsamlingen.

Ud fra juridiske begrundelser har det derfor ikke været muligt at trække data på tværs af sektorerne uden at spørge hver enkelt borger først. I den forbindelse kan nævnes, at der generelt er sket en stramning og opmærksomhed på juridisk godkendelse af udtræk af data internt og på tværs af sektorgrænser. For at få adgang til borgernes data er der bedt om samtykke fra patienterne mens de er i et behandlingsforløb enten i kommunen eller på hospitalet. Borgere der modtager de klyngespecifikke indsatser og som evalueringen ønsker at inkludere i spørgeskemaundersøgelsen, er derfor blevet bedt om samtykke til tre aspekter; dels at modtage et spørgeskema, dels at DEFACTUM må modtage oplysninger i forhold til diagnose, indlæggelseslængde, afsnit, kommunale ydelser m.m. og dels om deres pårørende måtte kontaktes.

Dette har været en udfordring for spørgeskemaundersøgelsen, da det i praksis giver medarbejderne en arbejdsbyrde, dernæst en risiko for at ikke alle borgere spørges, og til sidst mangelfuld data, da en række samtykkeerklæringer viste sig at blive returneret uden at der var sat kryds i nogen af de tre typer af samtykker eller at cpr-nummer ikke var påført, hvorfor samtykkeerklæringen ikke har kunnet anvendes.

Borgerne har samtidig kunnet undlade at skrive under på en samtykkeerklæring og returnere spørgeskemaet alligevel.

Både Randers-, Aarhus- og Vestklyngen har anvendt auditmetoden. Det har i Vest givet en større kvalitativ viden om enkelte borgeres forløb, mens Aarhus har opnået en viden om en formentlig repræsentativ gruppe af borgere og dermed om brugerne af shared care ordningen.

1.3 Forebyggelige (gen)indlæggelse og økonomiske beregninger

Definitionen på forebyggelige indlæggelser, er baseret på standarden i BI-portalen, som er:

- Indlæggelsen finder sted tidligst otte timer og inden 30 dage efter forrige udskrivning.
- Indlæggelsen starter akut
- Indlæggelsen må ikke være som følge af en henvisning fra et andet sygehus eller sygehusafsnit
- Patienten må på indlæggelsen ikke have en kræft- eller ulykkesdiagnose.

Det sygehus, patienten har den første indlæggelse på (primær-indlæggelsen), tilskrives genindlæggelsen, uafhængigt af om genindlæggelsen finder sted på et andet sygehus.

Derudover er der defineret en række konkrete diagnose koder der er inkluderet og en række som ikke er.

Kun patienter med følgende aktions- eller bidiagnoser på den primære indlæggelse er omfattet: Hjerneblødning (DI61*, DI63*, DI64*), dehydrering (DE869), forstoppelse (DK590), lungebetændelse (DJ12*-DJ18*), blærebetændelse (DN30* dog ikke DN304), astma/bronkitis (DJ40*-DJ47*), hjertesvigt (DI20*-DJ25*), gastroenteritis (DA09*), brud - skulder, arm, hånd, ryg, hofte, ben, ankel (DS22*, DS32*, DS42*, DS52*, DS62*, DS72*, DS82*, DS92*), ernæringsbetinget anæmi (DD50*-DD53*), gigt (DM05*-DM07*, DM10*-DM13*, DM15*-DM19*), tryksår (DL89*) samt sociale forhold (DZ59*, DZ74*-DZ75*).

Hvis genindlæggelsen har en af følgende aktionsdiagnoser tæller den ikke med: Cancerdiagnoser (DC*, DD00*-DD09' og DD37*-DD48*), læsioner og forgiftninger (DS*-DT*, dog medtages DT36*-DT50* og DT80*-DT89*), vold, selvbeskadigelse og diverse uspecifikke undersøgelsesdiagnoser (DX*-DZ*, dog medtages DZ03*, DZ42*, DZ47*-DZ48*, DZ54* og DZ74*-DZ75*).

Patienter fra Randers har defineret en udskrivelsesdato, mens de resterende patienters dato for beregning af genindlæggelser og økonomiske ydelser er baseret på sidste indlæggelse som ligger umiddelbart forud for samtykkedatoen, men mindre der er tale om patienter fra Aarhus klyngen. Her er der ikke nødvendigvis en indlæggelse før akutbesøget, og startdatoen tæller fra samtykkedatoen.

Kommunale gennemsnitstakster

De kommunale ydelser er opgjort med inklusion af udgifter til sundhedsfaglige ydelser og pleje samt praktisk hjælp, medudgifter til ydelser i forbindelse med indsatsen fx hjælpemidler m.m., ydelser til hjemmesygeplejersker og SOSU assistenter samt andre relevante udgifter. Udgifter/timer dækker over praktisk og personlig pleje samt terapeuter i forbindelse med genoptræning. Hjælpemidler er defineret som gangstativ, bækkenstol, forhøjede klodser til seng, APV: Plejeseng, madras, sengebord og drejetårn, APV: Return, lift, spejl, plejeseng, badebænk, bækkenstol og rollator. I forbindelse med flergangs-hjælpemidlerne er evt. kørsel og udgifter til løn ifm. udbringning og afhentning ikke medregnet. Lønudgift og rengøringsmidler i forbindelse med rengøring af disse hjælpemidler er heller ikke medregnet. Kategorien andre relevante udgifter indeholder fx udgifter til genoptræningsplads/døgnplads.

I Aarhus er udgifter til hjælpemidler ikke medtaget (fx El-kørestole, rollator, korset, stokke, handicapkørsel, kørsels til læge/speciallæge, toiletstol, badebænk, snerydning mv.)

Tabel 3 viser takster opgjort som gennemsnitsberegninger. I timeprisen for hjemmesygepleje og SOSU assistenter kan der både indgå fysioterapitakster og sygeplejetakster. Medtaget er ydelser/timer leveret efter servicelovens § 83, nr. 1 og 2 og § 83a. Timesatser er baseret på 'frit valgs'-takster for personlig pleje og praktisk hjælp. For ydelser til hjemmesygeplejersker og SOSU er det ydelser/timer efter sundhedsloven § 138 og § 140. Flere kommuner har i udgangspunktet ikke defineret 'frit valgs'-takster for hjemmesygeplejeområdet på tilsvarende vis, men området har i stedet egne rammebudgetter. Taksten er derfor et estimat og ikke en direkte målbar takst. For nogle kommuner har der ikke været aktuelle ydelser for de pågældende patienter, hvorfor timetakst ikke er udregnet.

Tabel 3. Takster opgjort på timepris

Kommune	Timepris for sundhedsfaglige ydelser/pleje/praktisk hjælp	Timepris for Hj. sygepleje/SOSU
Holstebro	480	358
Ikast- Brande	435	500
Herning	590	Ingen aktuelle
Favrskov	410	Ingen aktuelle
Randers	357	Ikke opgjort
Norddjurs	471	370
Syddjurs	472	396
Odder	530	473
Skive	372	291
Aarhus	389	233

I Syddjurs indgår fx udgifter til døgnophold i rehabiliteringsafdelingen. I Aarhus er taksterne beregnet som ansigt til ansigt timer. I Herning er det "effektive timepriser" dvs. at alle udgifter for sygeplejen (lønninger, forsikringer, transport, osv.) er indregnet i de leverede timer hos borgerne. Udgifter til ledelse og administration er ikke indberegnet. I Randers er omkostninger på borgere, der bor i visiteret bolig er ikke opgjort og medregnet.

Samarbejde mellem kommune, hospital, lægevagt og egen læge om behandling, pleje og hjælp i eget hjem for at forebygge hospitalsindlæggelser

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
31. Oplever du, at der er blevet taget hånd om din behandling, pleje og genoptræning, så du kan være hjemme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Har du idéer til, hvordan du kunne have fået bedre støtte end du fik?

33. Har du andre kommentarer (Ros, kritik, forslag)

34. Dette spørgeskema er udfyldt af:

<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> Ægtefælle/partner
<input type="checkbox"/> Familien medlem	<input type="checkbox"/> Nær ven eller god nabo
<input type="checkbox"/> Professionel interviewer	<input type="checkbox"/> Anden:

Dato for udfyldelse:

Dato	Måned
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tak for din deltagelse

ID-nr.

Bilag 2: Spørgeskema

Spørgeskema til ældre borgere med kontakt til sundhedsvæsenet

Du har den

Dato	Måned
<input type="text"/>	<input type="text"/>

 haft besøg i hjemmet af:

<input type="checkbox"/> din egen læge	<input type="checkbox"/> hjemmesygeplejerske fra kommunen
<input type="checkbox"/> terapeut fra kommunen	<input type="checkbox"/> akutteam fra AUH
<input type="checkbox"/> geriatrisk team	<input type="checkbox"/> akutteam fra Aarhus Kommune
<input type="checkbox"/> sygeplejerske inden for 48 timer	

Besøget var:

<input type="checkbox"/> et opfølgende hjemmebesøg	<input type="checkbox"/> et besøg på grund af akut sygdom
--	---

1. Hvem deltog ellers i hjemmebesøget? Sæt gerne flere krydser

<input type="checkbox"/> Din ægtefælle eller partner	<input type="checkbox"/> Ingen
<input type="checkbox"/> Andet familiemedlem eller ven	<input type="checkbox"/> Andre:
<input type="checkbox"/> En af dine faste hjemmehjælpere	<input type="checkbox"/> Ved ikke/husker ikke

2. Talte I om noget af følgende? Sæt gerne flere krydser

<input type="checkbox"/> Hvordan du har det	<input type="checkbox"/> Din medicin
<input type="checkbox"/> Dit behov for støtte	<input type="checkbox"/> Dine smerter
<input type="checkbox"/> Hvad du drikker og spiser	<input type="checkbox"/> Ved ikke/husker ikke

3. Hvad var din egen rolle, da du havde besøg? Sæt gerne flere krydser

<input type="checkbox"/> Deltog aktivt i samtalen	<input type="checkbox"/> Stillede spørgsmål
<input type="checkbox"/> Blev undersøgt	<input type="checkbox"/> Blev inddraget i passende omfang
<input type="checkbox"/> Modtog behandling, pleje eller anden hjælp	<input type="checkbox"/> Ved ikke/husker ikke

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
4. Fik I talt om det, der var vigtigt for dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Fik du den støtte, som du havde brug for?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ved du hvem, der gør hvad efter besøget – for at hjælpe dig i den kommende tid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ID-nr.

Hvis du har været indlagt på hospitalet inden for de seneste 2 måneder besvares følgende spørgsmål – ellers gå næste side

Sæt ét kryds i hver række	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Ved ikke
7. Tog personalet hensyn til dine behov ved planlægningen af din udskrivelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Blev dine pårørende inddraget i samtaler om din pleje og behandling i det omfang, du ønskede det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Blev du informeret om den videre plan for dit forløb eksempelvis i forhold til opfølgning og genoptræning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Blev du informeret om, hvor du kunne henvende dig med spørgsmål om din sygdom og behandling efter din udskrivelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Fik du noget at vide om muligheden for at få et opfølgende hjemmebesøg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Har du efter du blev udskrevet været i tvivl om din medicin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Oplevede du at hospital, kommune og evt. egen læge har samarbejdet om din udskrivelse (fx udvekslet relevant information)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Hvordan havde du det, da du blev udskrevet fra hospitalet?

Sæt ring om det udsagn der passer bedst **i hver** række

	Føler du dig...	
15. tryk	eller	urolig
16. afklaret	eller	forvirret
17. velinformeret	eller	i tvivl
18. frisk nok til at skulle hjem	eller	så dårlig, at jeg ville foretrække at forblive indlagt på hospitalet

Lidt om dig, hverdagen og helbredet

19. Har du en (eller flere) kroniske sygdomme?

Ja - *Skriv antal*

Nej

20. Hvilket år er du født?

21. Er du mand? eller kvinde?

22. Er du til dagligt generet af følgende: *Sæt gerne flere krydser*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Smerter | <input type="checkbox"/> Svært ved at huske |
| <input type="checkbox"/> Svært ved at se eller høre | <input type="checkbox"/> Andre daglige gener: <i>Skriv hvilke</i> |
| <input type="checkbox"/> Svært ved at gå eller holde balancen | |

23. Hvor meget **forskellig slags** medicin tager du dagligt?

Fx astmamedicin, hjertemagnyl og kolesterolsænkende

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ingen daglig medicin | <input type="checkbox"/> 3-4 forskellige slags medicin |
| <input type="checkbox"/> 1-2 forskellige slags medicin | <input type="checkbox"/> 6 eller flere forskellige slags medicin |

24. Hvad har du brug for hjælp til?

(Sæt gerne flere krydser)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Komme op af sengen | <input type="checkbox"/> Spise |
| <input type="checkbox"/> Tage tøj på | <input type="checkbox"/> Tage min medicin |
| <input type="checkbox"/> Personlig hygiejne (<i>blive vasket/toiletbesøg</i>) | <input type="checkbox"/> Gå (<i>benytter rollator, kørestol eller gangstativ</i>) |

25. Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Fremragende | Vældig godt | Godt | Mindre godt | Dårligt |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

26. Hvordan har du det **lige nu**?

Sæt ring om det udsagn der passer bedst **i hver** række

	Føler du dig...	
27. tryk	eller	urolig
28. afklaret	eller	forvirret
29. velinformeret	eller	i tvivl
30. frisk nok til at være hjemme	eller	så dårlig, at jeg ville foretrække at blive indlagt på hospitalet

Bilag 3: Registreringsskema

Registreringsskema

id.nr.

udfyldes af den medarbejder, der (ikke) udleverer spørgeskemaet og samtykkeerklæringen

Spørgeskema og samtykkeerklæring er...

Dag		Måned	

udleveret til borgeren selv

ikke udleveret

udleveret til pårørende

udleveret til anden kontaktperson:

Spørgeskema og samtykke erklæring er IKKE udleveret, fordi...

borgeren er for syg til at deltage

borgeren ønskede ikke at deltage

anden begrundelse:

borgeren er kognitivt ikke i stand til at svare

borgerens pårørende ønskede ikke at deltage

Borgeren bor i _____ Kommune og har i dag haft besøg i hjemmet af...

egen læge

terapeut fra kommunen

geriatrisk team

sygeplejerske inden for 48 timer

hjemmesygeplejerske

akutteam fra AUH/hospitalet

akutteam fra kommune

SOSU-assistent fra kommunen

Besøget var...

et opfølgende hjemmebesøg

andet:

et besøg på grund af akut sygdom

Hvis muligt og relevant udfyldes dette:

Borgeren blev

Dag		Måned	

udskrevet fra hospitalet

Spørgsmålene på bagsiden kan udfyldes, hvis du har tid.

Det er relevant, hvis du ikke udleverer et spørgeskema, fordi borgeren er for syg og/eller kognitivt svækket til at forholde sig til det, og der ikke er en nær pårørende, der kan gøre det på vegne af borgeren.

Hvis borgeren – eller en pårørende – får og udfylder spørgeskemaet giver dine svar på bagsiden mulighed for at sammenholde din professionelle vurdering med borgerens svar

Det er vigtigt at alle registreringsskemaer kommer tilbage til DEFACTUM (tidligere CFK- Folkesundhed og Kvalitetsudvikling), Olof Palmes Alle 15, 8200 Aarhus N.

Benyt frankeret svarkuvert – eller send fra kontoret.

Supplerende spørgeskema

kan udfyldes af medarbejder, der deltog i besøg og (evt.) udleverede spørgeskemaet

1. Er borgeren

Mand?

Kvinde?

Hvilket år er borgeren født?

--	--	--	--

2. Er borgeren aktuelt generet af følgende: (Sæt gerne flere krydser)

Smerter

Svært ved at huske

Svært ved at gå eller holde balancen

Andre daglige gener: Skriv gerne hvilke

Svært ved at se eller høre

3. Hvor meget **forskellig slags** medicin skal borgeren aktuelt tage dagligt?

Fx astmamedicin, hjertemagnyl og kolesterolsænkende

Ingen daglig medicin

3-4 forskellige slags medicin

1-2 forskellige slags medicin

6 eller flere forskellige slags medicin

4. Hvad har borgeren aktuelt brug for hjælp til?

(Sæt gerne flere krydser)

Komme op af sengen

Spise

Tage tøj på

Tage medicin

Personlig hygiejne (*blive vasket/toiletbesøg*)

Gå (*benytter rollator, kørestol eller gangstativ*)

5. Hvordan er borgerens helbred alt i alt?

Frem-
ragende

Vældig
godt

Godt

Mindre
godt

Dårligt

6. Hvordan havde borgeren det ved afslutningen af hjemmebesøget?

*(Sæt et kryds **i hver** række ved de det, der passer bedst)*

a. Tryk

eller

Urolig

b. Afklaret

eller

Forvirret

c. Velinformeret

eller

i tvivl

d. Frisk nok til at være hjemme

eller

Så dårlig, at indlæggelse på hospitalet ville være bedst

e. Suppler gerne med dine egne ord:

7. Dette spørgeskema er udfyldt af:

Hjemmesygeplejerske

Social- og sundhedsassistent

Fysioterapeut

Akutsygeplejerske

Geriatrisk teammedlem

En anden (skriv hvem)

Bilag 4: Ekstra tabeller

Tabel 1. Hvem deltog i hjemmebesøget?

	Vest	Aarhus	Randers	Horsens
Din egen læge	1		2	
Terapeut fra kommunen			1	
Geriatrisk team		3		4
Sygeplejerske inden for 48 timer		1		
Hjemmesygeplejerske fra kommunen			1	
Akutteam fra AUH		3		
Egen læge & hjemmesygeplejerske	16		1	
Egen læge, sygeplejerske inden for 48 timer og hjemmesygeplejerske fra kommunen	1			
Egen læge, terapeut fra kommunen og hjemmesygeplejerske fra kommunen	2			
Terapeut fra kommunen og sygeplejerske inden for 48 timer	1			
I alt	21	7	5	4

Tabel 2. Svar fra både patient og personale

	Komme op af sengen	Tage tøj på	Personlig hygiejne	Spise	Tage medicin	Gå
Både personale og patient	7	10	13	2	6	9
Kun personale	0	0	0	3	4	3
Kun patient	4	5	7	3	8	8

Bilag 5: Selvevalueringer

Indhold

Aarhusklyngen.....	2
Horsensklyngen	13
Vestklyngen	19
Midtklyngen.....	30
Randersklyngen	38

Aarhusklyngen

Klynge: Aarhusklyngen

Hospital: Aarhus Universitetshospital

Kommuner: Aarhus Kommune

Udfyld venligst alle felterne.

1. Projektets/indsatsens navn
<i>Fælles akutteamet i Aarhus – et shared care tilbud målrettet den skrøbelige ældre medicinske patient i Aarhusklyngen</i>
Projektperiodens start og slutdato: <i>Medio januar 2014 – tilbuddet er gjort permanent per 1. januar 2016.</i>
2. Formål og mål
Definer projektets målgruppe (hvem er indsatsen rettet mod): <i>Borgere fra Aarhus Kommune kan henvises til Akutteamet, både unge og ældre. Der er ikke krav om, at borgerne skal være tilknyttet hjemmeplejen. Ligeledes er beboere i plejebolig omfattet af tilbuddet.</i>
Deltagere (hvem er de konkrete modtagere af indsatsen): Køn – <i>M/K</i> Alder – <i>ingen særlige kriterier</i> Særlige kendetegn – <i>se model nedenfor</i>
<p>The diagram consists of four overlapping circles. The top-left circle is labeled 'Geriatrik Afd. AUH'. The top-right circle is labeled 'Akutområdet Aarhus Kommune'. The bottom circle is labeled 'Samarbejde med almen praksis'. The central intersection of all three top circles is labeled 'Akutteamet' with sub-points '•Akutspil AAK' and '•Geriatrik Team'.</p>
<p>a. Er det alle "særligt svækkede ældre medicinske patienter" i hospitalets optageområde? (Hvem er fravalgt?) <i>Alle akut syge ældre medicinske patienter er inkluderet</i></p> <p>b. Er der særlige inklusions- og eksklusionskriterier fx alder? (beskriv) <i>Inklusion afhænger af den praktiserende læges kendskab til Akutteamet og tilbud om shared care, da det er ham eller hende, der skal initiere kontakten til Akutteamet. Den praktiserende læge kan kontakte Akutteamet på to måder.</i></p> <p><i>1. Praktiserende læge kan telefonisk kontakte kommunens akutsygeplejersker, som efter aftale med lægen leverer en afgrænset og akut ydelse. Ved denne form for kontakt er det fortsat patientens egen læge, som har det overordnede ansvar i</i></p>

forløbet.

2. I de mere komplekse situationer kan praktiserende læge telefonisk kontakte en geriater på AUH afdeling G. Ved denne form for kontakt overtager geriateren det lægelige ansvar og sikrer den rette indsats til patienten, hvilket kan være en akut/sub-akut indlæggelse, eller et forløb i eget hjem med besøg af akutteamet.

c. Hvor stor er målgruppen og populationen?

Potentielt alle borgere i Aarhus Kommune

Angiv antal borgere - borgere der bliver akut syge ud af kommunens 256.018 borgere

Målgruppen: Se tidligere beskrivelse af målgruppen – første punkt med dette navn

Deltagere

I 2015 har 1060 unikke borgere haft kontakt med det fælles akutteam. Aarhus Kommunes akutteam har været i kontakt med 906 unikke borgere, mens AUH afd. G har været i kontakt med 312 unikke borgere. Heraf var 158 unikke borgere i fælles forløb mellem afdeling G og Aarhus Kommune.

Formål: Hvorfor er projektet/indsatsen vigtigt og relevant?

(Hvad er problemet, som projektet skal løse?)

Akutteamet er et team med særlige kompetencer, der kan træde til i komplekse og akutte situationer, med det formål at understøtte følgende politiske/strategiske mål:

- Skabe et "sikkerhedsnet" i den akutte situation, så patienten frem for akut indlæggelse, kan udredes/behandles sub-akut den følgende dag f.eks. i Diagnostisk Ambulatorium.
- Bidrage til nedbringelse af antallet af akutte og forebyggelige (gen)indlæggelser.
- Medvirke til at sikre, at medarbejdere fra Aarhus Universitetshospital, Almen Praksis og kommunale tilbud i Aarhus Kommune samt eventuelt den øvrige praksissektor kan søge rådgivning, dialog og samarbejde hos hinanden og dele viden på de områder, som er omfattet af sundhedsaftalen.
- At videreudvikle en samarbejdsmodel (shared care), der understøtter forløbskoordinering i sektorovergangen i Aarhus klyngen og dermed udvide erfaringsgrundlaget til kommende shared care initiativer.

Er der lavet en indsnævring med fokus på bestemte indsatser?

Hvilke indsatser er der tale om:

Der er ikke lavet en indsnævring, vi ser på indsatsen bredt og indsatsen rummer mange og meget forskellige opgaver/tiltag.

Hvis projektet har flere indsatser bedes de efterfølgende spørgsmål besvare for hver indsats. (læs da "indsats" i stedet for "projektet")

Der vil i det efterfølgende blive evalueret på shared care indsatsen samlet set, da det er den enkelte situation og den enkelte borger, der er afgørende for hvilke opgaver/tiltag, der er behov for.

Resultatmål: Hvad vil I helt konkret opnå med projektet?

a. Sundhedstilstand (fx funktionsevne eller andel overlevede efter 30 dage, evt. andre mål)

Målet er nedbringelse af antallet af akutte og forebyggelige (gen)indlæggelser samt at afkorte evt. indlæggelser

b. Faglig kvalitet (hvilke mål er sat?)

Målet er at kompetencer og kapacitet i almen praksis, hjemmesygeplejen i Aarhus

<i>Kommune og Aarhus Universitetshospital udnyttes optimalt og med borgerens eget hjem som ramme</i>
c. Brugeroplevelse kvalitet (hvilke mål er sat?) <i>Målet er at borgeren oplever at være i trygge hænder og modtager en koordineret og kvalificeret indsats i den akutte situation</i>
d. Omkostninger og organisatorisk kvalitet i øvrigt <i>Sammenligningsgrundlaget er behandling af borgeren i eget hjem vs. en hospitalsindlæggelse</i>
Procesmål:
a. Hvad gør I for at opnå resultatmålene? <i>Der er nedsat en følgegruppe på tværs af AUH, Aarhus Kommune og AP, som løbende følger op på implementering, snitflader og effekt af akutteamet.</i> <i>Et udgangspunkt for projektet var, at det før opstart ikke var muligt at angive præcist hvilke opgaver, samt omfanget af samme, som skulle løses af Akutteamets medarbejdere – skinnerne er derfor blevet lagt mens toget kører. Denne fremgangsmåde har været mulig, fordi der allerede fra start af har været etableret gode samarbejdsrelationer på tværs af kommune og hospital på alle niveauer i organisationen, som er kendetegnet ved at være modig og uformel. Samtidig har Almen Praksis spillet en konstruktiv rolle i samarbejdet og de knaster, som uundgåeligt opstår, når noget nyt startes op, er blevet løst hurtigt, konstruktivt og effektivt.</i>
b. Hvor mange borgers forløb er det målet at koordinere i projektperioden og pr. uge/måned? <i>Det var, som beskrevet før opstart, ikke muligt at angive præcist, hvor mange borgere indsatsen ville kunne omfatte.</i>
Succeskriterier i øvrigt Redegør - gerne grafisk i form af et driverdiagram (skabelon vedlagt) - for projektets hypotese. Figuren skal gerne vise hvilke indsats (aktiviteter og ydelser) der fører til hvilke resultater på det konkrete niveau. (jf. jeres projektbeskrivelse og Triple Aim-skabelonen) punkt 3 uddyber denne del nærmere <i>Et væsentligt succeskriterium for Akutteamet har fra starten af været, at de praktiserende læger finder tilbuddet relevant og benytter sig af de nye muligheder, som akutteamet tilvejebringer. En målsætning har derfor været, at 50 % af alle ydernumre i Aarhus Kommune havde rekvireret Akutteamet 1. februar 2015 og 80 % den 1. februar 2016. En opgørelse af, hvilke læger der har rekvireret de kommunale akutsygeplejersker ultimo april 2015 viser, at alene den kommunale del af akutteamet har været rekvireret af over 80 % af lægerne i Aarhus kommune. Dertil kommer de henvendelser, som er sket direkte til geriatrisk afdeling, hvorfor det reelle tal må antages at være højere.</i>
3. Indsats, ydelser og aktiviteter
Beskriv den indsats overfor målgruppen, som projektet indebærer:
Hvilke tilbud eller ydelser til borgerne har projektet fokus på?
Beskriv ydelsernes nærmere indhold (hvad, hvem, hvornår og hvordan)

Selvevaluering. Forløbskoordination 2013-2016. Den Ældre Medicinske patient.
Region Midtjylland

Oplys om indsatsens omfang:

a. Antal borgere som modtager indsatsen (inkl. angivelse af borgere som indgår flere gange)

I 2015 har 158 borgere haft et eller flere besøg af Akutteamet - dvs. besøg af akutsygeplejersker fra både AUH og AAK i samme forløb

Aarhus Universitetshospitals teams (unikke cpr nr.)		Aarhus Kommunes Akutsygeplejersker (unikke cpr nr.)	Fælles (unikke cpr nr.) (% af AUH andel)
Akutteamet	312	906	158 (50,6%)
G-Apo	388	906	48 (12,4%)
GO	385	906	55 (14,3%)
G-Dis	256	906	71 (27,7%)
G-TOP	516	906	157 (30,4%)

Tabel 1

b. Antal ydelser de modtager (fx hjemmebesøg, IV-behandling osv.)

Aarhus Kommunes akutsygeplejersker har givet total 923 ydelser til de 158 fælles borgere. Det er dog ikke muligt at angive antal af ydelser, der er givet af akutsygeplejersker fra AUH.

Akutteamets sygeplejersker varetager en bred vifte af højt specialiserede opgaver så som:

- *Vurdering (TOKS) af borger for praktiserende læge og/eller hjemmesygeplejerske*
- *Faglig sparring med hjemmesygeplejerske og/eller praktiserende læge*
- *Tilsyn til borger med pludseligt opstået sygdom*
- *Måling af vitale værdier (BT, P, SAT, TP, RF, GCS)*
- *Måling af crp, leukocytter, hgb og bls (spotprøver)*
- *Blærescanning*
- *Genanlæggelse af suprapubis kateter og gastrostomisonder*

Efter ordination kan Akutteamet løse opgaver så som:

- *Anlæggelse af IV-adgang (PVK)*
- *Opstart af IV-behandling (isotone væsker og antibiotika)*
- *Anlæggelse af subcutan adgang, og opstart af væskebehandling*
- *Anlæggelse af blærekateter og nasalsonder*
- *Smertebehandling og observation af behandling*
- *Rekvirering af fast vagt*
- *Blodprøvetagning*
- *Opstart af iltbehandling, inhalationsbehandling med portaneb og C-pap behandling*

Opdel om muligt på måneder for at vise udviklingen over tid. Anvend gerne grafer/seriediagrammer

Oplys om projektaktiviteter i øvrigt

De 158 fælles forløb har været jævnt fordelt over året.

Det fælles shared care projekt omfatter kun en lille del af det samlede antal borgere AAK og AUH's udadgående funktioner har været i kontakt med. Fx havde Aarhus Kommune et eller flere forløb med 906 borgere i 2015, mens AUH's fem største udadgående funktioner havde forløb med 1857 borgere. (Se tabel 1 ovenfor)

4. Faglig kvalitet

NB: Dette afsnit er selvevalueringens hovedfokus.
Vurder om de deltagende borgere har fået den hjælp, som de havde brug for – i forhold til de opstillede mål og god professionel standard.

a. Beskriv datagrundlaget for efterfølgende besvarelse af den faglige kvalitet. (hvilken dokumentation ligger til grund)

En systematisk gennemgang af datatrækket for de 158 fælles borgere for Akutteamet i Aarhus Kommune og Aarhus Universitetshospital 2015 viste følgende - se tabel 2.

Tabel 2.

Køn	93 kvinder (59 %)
	65 mænd (41 %)
Alder	Gennemsnitsalder 83,2 år (64 år – 100 år)
Civilstand	54 gift (34 %)
	74 enke/enkemænd (47 %)
	21 fraskilt (13 %)
	9 ugift (6 %)
Levende/død	67 levende (42 %)
	91 døde ¹ (58 %)
Boligforhold	Det er ikke muligt at finde data for, hvor mange der bor i plejebolig, på korttidsplads eller i egen bolig.
	Ydelser leverede af Aarhus Kommunes akutsygeplejersker Borgere i plejebolig + korttidsplads (435 ydelser) Borgere i egen bolig (488 ydelser)
	Der er ikke tal for antal af ydelser leveret af Aarhus Universitetshospitals akutsygeplejersker
Bopælsområde og plejedistrikt	23: Område Midt
	26: Område Nord
	32: Område Syd
	12: Område Marselisborg
	24: Område Vest
	21: Område Viby/Højbjerg
	20: Område Christiansbjerg

¹ Datatrækket giver ingen tidsangivelse for, hvor lang tid efter kontakten med Akutteamet borgeren er død. Kun er registreret død, da datatrækket blev lavet i januar 2016.

b. På hvilke måder kan det sandsynliggøres, at indsatsen er udtryk for god faglig kvalitet?

Beskriv:

Der er lavet en tværsektoriel audit af 18 fælles forløb mellem AAK og AUH. Skaleret op til de 158 fællesforløb, ser resultaterne således ud:

Ud af de 18 udvalgte forløb var 3 forløb fejlregistreret eller var ikke forløb, der reelt var fælles (Akutsygeplejersker fra Aarhus Kommunen og Aarhus Universitetshospital var ikke

hos borgeren i samme forløb), dvs. 15 pct. Når der tages højde for dette, er det samlede antal fælles forløb 135.

Det vurderes, at indsatsen i samtlige af de 15 auditerede forløb forebyggede en akut indlæggelse, da de aktuelle indsatser ikke havde været mulig at levere i eget hjem uden det etablerede samarbejde. Det anslås derfor, at indsatsen har forebygget ca. 135 akutte indlæggelser i 2015.

Derudover kan den monosektorielle indsats som akutsygeplejersker fra enten Aarhus Kommune eller fra Aarhus Universitetshospital har ydet, ligeledes have haft indflydelse på antallet af akutte og forebyggelige (gen)indlæggelser.

Indsatsen anses for at have skabt et sikkerhedsnet i den akutte situation, så borgeren frem for akut indlæggelse, kunne udredes/behandles i hjemmet eller sub-akut, som de to borgere, der blev indlagt efterfølgende.

- c. Hvilke publicerede undersøgelser viser en positiv effekt af de afprøvede eller implementerede tiltag?

Der er udarbejdet en rapport i forbindelse med undersøgelse af shared care samarbejdet mellem Aarhus Kommune og Aarhus Universitetshospital i april 2016. Denne er offentliggjort på AUH og i Aarhus Kommune.

Der arbejdes i CAST – Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning, Torben Larsen, Syddansk Universitet med et projekt om "Hospital Hjemme" i forhold til indlæggelse på Geriatrisk Afdeling, OUH. Her er der udarbejdet en rapport vedr. relative forventede omkostninger per patient for "Hospital Hjemme" i forhold til indlæggelse på Geriatrisk Afdeling, OUH. Hovedresultatet af den comparative analyse der blev lavet viste, at de forventede enhedsomkostninger, med forbehold for uventede influerende faktorer, til HH (Hospital Hjemme) og UC (Usual Care) var henholdsvis 43.000 kr. og 40.000 kr.

- d. Hvordan er evidensen/dokumentationen overførbart til indsatsen i jeres klynge?

Beskriv: Dokumentationen vurderes at være overførbart, i forhold til det økonomiske aspekt. Dog er det vigtigt at pointere, at den samlede effekt af shared care indsatsen, ikke kan beskrives ved økonomi alene.

Derudover er Aarhus-klyngen kendetegnet ved én kommune og ét hospital, som har en geriatrisk afdeling. Aarhus-klyngen har dertil mange indbyggere samlet på et relativt afgrænset geografisk område.

Skal projektet overføres til de øvrige klynger, vil der skulle tages højde for organisatoriske og geografiske udfordringer.

Forløbskoordinationen:

Datagrundlaget kan være journaloplysninger, registerudtræk/statistik og sundhedspersonalets vurdering – herunder rapportering af utilsigtede hændelser. Vurderingen kan kvalificeres af tværsektoriel casebaseret audit af konkrete forløb

- a. Er fordelingen af ansvar for undersøgelse, diagnose, behovsvurdering, behandling (incl. medicinordination), træning og pleje tydeligt i det enkelte forløb?

Ja, der har været god kommunikation mellem privat praktiserende læge, akutsygeplejersker i kommunen, geriatere og akutsygeplejersker fra AUH.

- b. Hvor stor en andel af de involverede medarbejdere kender de relevante tilbud og aftaler?

Der er meget stort kendskab til tilbuddet fx havde hele 80 procent af de privat praktiserende henvendt sig til de kommunale akutsygeplejersker i foråret 2015 stigende til over 90 procent i 2016. Derudover kommer henvendelserne til geriatrisk afdeling, hvor det desværre ikke har været muligt at trække data for, hvilke ydernumre, som har

<i>taget kontakt.</i>
<p>c. Hvor ofte foregår samarbejdet som aftalt?</p> <p>Beskriv: <i>Med baggrund i tidligere nævnte audit, hvor der i 135 forløb vurderes at have været forebygget en indlæggelse, og med de 80 procent af de privat praktiserende læger, der allerede i 2015 havde benyttet sig af Akutteamet, vurderes samarbejdet at fungere som aftalt. Auditgennemgangen afslørede at to borgere (ud af 15) blev indlagt indenfor 14 dage efter indsatsen ved Akutteamet. De to indlæggelser vurderes dog ikke mulige at forebygge, da den ene borgers sygdom var så alvorlig, at det ikke var forsvarligt at behandle borgeren i hjemmet længere, mens den anden borger, blev indlagt pga. manglende respons på behandlingen i hjemmet. I de to tilfælde fungerede samarbejdet også som aftalt og to akutte indlæggelser blev konverteret til subakutte.</i></p>
<p>d. Har hele målgruppen rent faktisk fået tilbuddet? (hvis ikke: Hvor mange og hvem er blevet ekskluderet og hvorfor?)</p> <p><i>Ja, dette underbygges af den jævnt fordelte geografiske tilknytning til de syv plejedistrikter, blandt patienter som i 2015 fik indsats ved Akutteamet (se punkt 4a).</i></p>
Henvises borgerne til de relevante tilbud?
<p>e. Er forudsætningerne for relationel koordinering tilstede? (Fælles mål, fælles sprog, tillid og respekt)</p> <p><i>Ja, der blev ved projektets start nedsat en følgegruppe bestående af repræsentanter og ledelse fra almen praksis, kommune og hospital. Denne gruppe har løbende taget udfordringer ved samarbejdet op og været en vigtig medspiller i arbejdet med at sikre forudsætninger for relationel koordinering.</i></p>
<p>f. Hvad har fungeret godt?</p> <p><i>Der har på alle organisatoriske niveauer været en god tværsektoriel relation, som har dannet grund for hurtige og effektive beslutninger, både i det daglige omkring borgeren og på det strategiske niveau. Det har derfor været muligt at shared care indsatsen er blevet udviklet undervejs, og at det har været de elementer i indsatsen, der har fungeret godt, der har skabt retning for udvikling, samt at de elementer, der har været udfordrende, er blevet adresseret og handlet på så tidligt i forløbet som muligt.</i></p>
<p>g. Hvad har været de væsentligste udfordringer i indsatsen?</p> <p><i>Det har været en juridisk udfordring at sikre gensidig adgang til EPJ og Borgerjournalen i Aarhus Kommune for akutteamets medarbejdere. Samtidig har det været en grundlæggende præmis for at kunne levere en koordineret fælles indsats, at hele akutteamet har adgang til de samme oplysninger om borgeren/patienten. Dette for at kunne levere en hurtig og effektiv indsats til fordel for borgeren, samt for at opretholde den nødvendige patientsikkerhed, når der etableres et samarbejde på tværs af sektorer. Der blev fra hospitalsledelsens side givet dispensation til kommunens akutsygeplejersker, så de havde adgang til EPJ frem til den 18. maj 2015. Problematikken er desuden blevet rejst overfor Sundhedsministeriet og KL. Der arbejdes på en varig løsning, som kan danne grundlag for Akutteamet samt kommende shared care initiativer.</i></p>
<p>h. Hvad skal forbedres?</p> <p><i>Den ovenfor beskrevne under Forløbskoordination punkt g.</i></p>

Projektspecifikt

Hvordan har antallet af udskrivesrapporter udviklet sig? <i>Ikke relevant for projektet</i> <i>Fra projektstart til slut (2013-2016)</i>
Hvordan har kvaliteten af udskrivesrapporter udviklet sig? <i>Ikke relevant for projektet</i>

5. Brugeroplevet kvalitet

Beskriv hvordan indsatsen opleves og vurderes af borgere/brugere (patienter og pårørende)

- tryghed
- tilfredshed
- støtte i forløb
- selvrapporeret helbredstilstand

Vurder i hvor høj grad målgruppen (de deltagende borgere/patienter) fået den hjælp, som de forventede/ønskede/efterspurgte

Beskrivelse og vurdering kan baseres på resultaterne af CFK's spørgeskemaundersøgelse
Spørgeskemadata kan suppleres med interviews, fokusgrupper, borgernes direkte feedback til sundhedspersonale og eventuelle rapporteringer af utilsigtede hændelser fra borgerne.

Borgere/brugere:

- *Borgere der har modtaget indsats ved Akutteamet er svært akut syge med høj co-morbiditet. Det er derfor svært at få udtalelser fra borgere i situationen. Ligeledes er et meget stort antal af de patienter, der i 2015 fik indsats ved Akutteamet i dag døde. Følgende citater stammer fra et interview gennemført blandt borgere, der modtog hjælp ved forskellige sundhedsfaglige personer:*
"De er søde og rare derinde [på hospitalet] og man bliver behandlet ordentlig, men det er jo ikke det samme som at være herhjemme." (Borger 2)
"Akutteam og det var jeg meget godt tilfreds med. Det var selvfølgelig flere forskellige sygeplejersker, men de ved, hvad de skal lave."(Borger 1)
- Pårørende har uopfordret sendt tilfredsheds tilkendegivelser med indsatsen

6. Sundhedstilstand

Beskriv – i det omfang det er muligt - hvordan indsatsen har påvirket populationens sundhedstilstand.

Brug data – og kom med eksempler - fra auditerede forløb og kvantitative opgørelser af fx funktionsevne og (gen)indlæggelser

Vurder om indsatsen har forbedret tilstanden hos populationen:

a. populationens sundhedstilstand fx funktionsevne
Hvordan?

Funktionsevne er ikke et parameter der er målt på i forhold til shared care indsatsen ved Akutteamet.

b. forebygget genindlæggelser og uhensigtsmæssige indlæggelser'
Hvordan?

Det forventes at der i 2015 blev forebygget 135 akutte indlæggelser ved at tilbyde indsats i borgerens hjem som ellers kun tilbydes på hospitalet fx IV-medicinering.

7. Omkostninger

Anvend gerne graf (seriediagram) til at vise udviklingen i ydelser og omkostninger over tid.
Inkluder gerne egne beregninger som ikke indgår i CFK's tal, hvis sådanne foreligger.

Selvevaluering. Forløbskoordination 2013-2016. Den Ældre Medicinske patient. Region Midtjylland

<p>Redegør – i det omfang det er muligt - for omkostningerne ved at koordinere forløb på den afprøvede måde: <i>Som det fremgår i tabel 1 omfatter denne evaluering kun et mindre udsnit (158) af den samlede målgruppe, som er i kontakt med Aarhus Kommunes Akutteam i 2015 (906) og de udgående funktioner på AUH, afd. G (1.857)</i> <i>Det har desværre ikke været muligt at isolere og samkøre økonomiske data for udgifterne til de 158 unikke borgere, som har været i fælles forløb med kommunens og afd. G's akutteam. Ydermere har det været vanskeligt at skabe en kontrolgruppe, da ingen undtages fra at modtage indsatsen.</i></p>
<p>a. Hvad har indsatsen/sundhedsydelseerne kostet i arbejdstid og andre udgifter i projektperioden? - Pr. borger? <i>Sammenlignet med borgere i populationen som ikke modtager indsatsen kan ikke umiddelbart vurderes isoleret</i></p>
<p>b. Hvad vil indsatsen koste fremadrettet i daglig drift pr. år – med hvilke forudsætninger (antal borgere/forløb osv) <i>kan ikke umiddelbart vurderes isoleret</i></p>
<p>Beskriv hvordan og i hvor høj grad indsatsen har påvirket populationens samlede forbrug af sundhedsydelser</p>
<p>Hvor mange - og hvilke - andre eksisterende sundhedsydelser/udgifter er evt. forebygget/sparet:</p>
<p>a. Sygehusindlæggelser – incl. genindlæggelser? <i>135 i 2015</i></p>
<p>b. Ambulante ydelser? <i>Kan ikke vurderes</i></p>
<p>c. Medicin? <i>Kan ikke vurderes</i></p>
<p>d. Kommunale sundhedsydelser? <i>Kan ikke vurderes</i></p>
<p>e. Konsultation hos egen læge? <i>Kan ikke vurderes</i></p>
<p>f. Vagtlægekonsultationer? <i>Kan ikke vurderes</i></p>
<p>g. Andet?</p>
<h3>8. Samlet vurdering af resultater</h3>
<p>Er de opstillede mål nået?</p> <p>a. Har indsatsen forebygget uhensigtsmæssige genindlæggelser? <i>Ja</i></p> <p>b. Er de afprøvede tiltag omkostningseffektive? <i>Er ikke beregnet</i></p> <p>c. Hvilken virkning har indsatsen haft på sundhedstilstanden for målgruppen? <i>Kan ikke vurderes</i></p> <p>d. Hvor stor en andel af målgruppen er inkluderet? <i>Alle potentielt</i></p>
<h3>9. Organisering af indsats og projekt</h3>
<p>Beskriv klyngens samarbejde om den ældre medicinske patient mellem kommuner, hospital og almen praksis i det enkelte forløb og mere generelt. <i>Akutteamet i Aarhus blev etableret i 2014 og er et tilbud, hvor akutsygeplejersker i tæt samarbejde med privatpraktiserende læge og/eller geriater sikrer syge borgere samme høje kvalitet i undersøgelse, pleje og behandling i hjemmet, som på hospitalet. Akutteamet kan rykke ud til borgernes hjem, når der opstår situationer, som måske kan afhjælpes med en hurtig indsats i hjemmet i stedet for en indlæggelse på hospitalet. Det betyder, at borgeren kan blive hjemme i trygge omgivelser, og bruge sine kræfter på at komme sig. Akutteamet træder til i mere komplekse og akutte situationer, hvor borgerens privatpraktiserende læge har behov for faglig assistance fra geriater eller til varetagelse af opgaver, som ligger uden for kommunens hjemmesygeplejerskers kompetenceområde. Akutteamet varetager opgaver i den akutte fase og erstatter således ikke det vanlige samarbejde mellem hospital og lokalområde i forbindelse med udskrivelser jf. sundhedsaftalen. Akutteamet skal derimod ses som et supplement, der kan være afgørende for, om borgeren kan behandles i hjemmet. Aarhus Kommune og Aarhus Universitetshospital samarbejder om flere forløb end de beskrevne i Akutteamet. Aarhus Kommune og Aarhus Universitetshospital er organiseret forskelligt, hvor akutsygeplejersker i Aarhus Kommune varetager samtlige specialiserede funktioner, mens der på Aarhus Universitetshospital er oprettet udadgående teams for forskellige patientgrupper.</i></p>

Foruden samarbejdet i Akutteamet har Aarhus Kommunes og Aarhus Universitetshospitals kontaktflader ved de fire største udadgående teams fra AUH, G-TOP, G-Apo (appoplexia cerebri), GO (geronto-ortopædkirurgisk) og G-Dis (distrikteam). Kontaktfladen så således ud for 2015 - se nedenstående tabel.

Der er ligeledes fælles forløb mellem Aarhus Kommune og andre udadgående teams fra Aarhus Universitetshospital fx hjerteteamet, KOL sygeplejersken, iltsygeplejersken, urinvejskirurgisk afdeling og børneafdelingen. Data for dette samarbejde er ikke tilgængelige for indeværende evalueringsrapport.

Aarhus Universitetshospitals teams (unikke cpr nr.)		Aarhus Kommunes Akutsygeplejersker (unikke cpr nr.)	Fælles (unikke cpr nr.) (% af AUH andel)
Akutteamet	312	906	158 (50,6%)
G-Apo	388	906	48 (12,4%)
GO	385	906	55 (14,3%)
G-Dis	256	906	71 (27,7%)
G-TOP	516	906	157 (30,4%)

10. Andre erfaringer

Beskriv fordele og ulemper, styrker og svagheder ved indsatsen (de afprøvede tiltag).

11. Planer for den videre indsats i klyngen

Hvad er besluttet i klyngen?

Skal indsatsen fortsætte, udbredes, ændres, droppes? *Indsatsen er gjort permanent.*

12. Potentiale for udbredelse til andre klynger og regioner

Jeres vurdering af om det I har afprøvet med fordel kan udbredes til andre klynger og regioner. Husk begrundelse/argumenter og præmisser:

a. Fordele?

- At skabe et "sikkerhedsnet" i den akutte situation, så patienten frem for akut indlæggelse, kan udredes/behandles i hjemmet eller sub-akut
- At forbygge et antal akutte indlæggelser
- At medarbejdere fra hospital, Almen Praksis og kommune kan søge rådgivning, dialog og samarbejde hos hinanden og dele viden på de områder, som er omfattet af sundhedsaftalen
- At udvikle en samarbejdsmodel (shared care), der understøtter forløbskoordination i sektorovertagningen i klyngen

b. Forudsætninger? - At der allerede fra start af projektet etableres gode samarbejdsrelationer på tværs af kommune og hospital på alle niveauer i organisationen, som skal kendetegnes ved at være modig og uformel. Samtidig skal Almen Praksis spille en konstruktiv rolle i samarbejdet og de knaster, som uundgåeligt opstår, skal løses hurtigt, konstruktivt og effektivt.

- At der findes et geriatrisk tilbud - adgang til geriatriske kompetencer
- At der findes/kan etableres en udadgående funktion fra hospitalet

c. Forbehold? Ingen

Oplys gerne - hvis I ved det - hvor en tilsvarende indsats allerede er indført.
Odense

13. Konklusion og anbefalinger til det videre arbejde

Hvilke resultater kan projektet dokumentere? *Der er skabt et "sikkerhedsnet" i den akutte situation, så patienten frem for akut indlæggelse, kunne udredes/behandles i hjemmet eller sub-akut*

Indsatsen har bidraget til nedbringelse af antallet af akutte og forebyggelige (gen)indlæggelser. Endvidere medvirke til at sikre, at medarbejdere fra Aarhus Universitetshospital, Almen Praksis og kommunale tilbud i Aarhus Kommune samt eventuelt den øvrige praksissektor har søgt rådgivning, dialog og samarbejde hos hinanden og delt viden på de områder, som er omfattet af sundhedsaftalen.

Hvad har I lært? (vigtigste erfaringer)Vigtigheden af gode samarbejdsrelationer på tværs af kommune og hospital på alle niveauer i organisationen, som skal kendetegnes ved at være modig og uformel.

Var jeres "virkningsteori"/hypotese korrekt – eller hvordan er den nu? Ja

Hvad er jeres anbefalinger om det videre forløb? Det var ikke før opstart muligt at angive præcist hvilke opgaver, samt omfanget af samme, som skulle løses ved indsatsen – og skinnerne er blevet lagt mens toget kører. Denne tilgang til indsatsen er forsat vigtig, idet sundhedsvæsenet og de rammer hvorunder indsatsen skal fungere hele tiden forandre sig. En fremtidssikring af indsatsen kræver at denne kan ændres og tilpasses de aktuelle rammer og behov i organisationen.

Denne selvevalueringsrapport er:

Udarbejdet af

Navn(e): Karin Bundgaard
Titel: Sygeplejerske, Cand. cur, Ph.d.
Telefonnummer: 7846 1643
Mailadresse: karinmik@rm.dk

Navn(e): Jacob Møller Jørgensen
Titel: Strategisk konsulent
Telefonnummer: 4185 5660
Mailadresse: jamoj@aarhus.dk

Dato: 22.06.2016

Godkendt af *Bliver først sendt til godkendelse på ledelsesniveau, når den endelige tilrettede version skal indsendes.*

Navn(e):
Titel:
Organisatorisk placering på ansvarlig leder:

Bilag

Som bilag kan vedlægges:

- Anvendte redskaber, fx registreringsskemaer og skærmbilleder
- De anvendte dataindsamlingsmetoder og tabeller med datagrundlaget.
- Referencer og kilder, som projektet/indsatsen og denne selvevaluering bygger på.
- Omtale i medier (fx avisartikler).
- Pjecer og informationsmateriale til borgere og professionelle
- Tekster, rapporter, notater, referater, som er skrevet som en del af projektet.
- Eventuel anden dokumentation

Horsensklyngen

Klynge: Horsens

Hospital: Hospitalsenheden Horsens

Kommuner: _____

Udfyld venligst alle felterne.

1. Projektets/indsatsens navn	
Oplys klynge- <u>Forløbskoordination for den ældre medicinske patient, i forløb ved geriatrisk team/sygeplejerske, efter indlæggelse på HEH.</u> (Den forstærkede indsats overfor ældre medicinske patienter Forløbskoordination for særligt svækkede ældre medicinske patienter osv.).og "det daglige navn" (kort form).	
Projektperiodens start og slutdato:	
Start: <u>01.01 2014</u>	Slut: <u>22.09 2016</u>
2. Formål og mål	
Definer projektets målgruppe (hvem er indsatsen rettet mod):	
Den ældre, +65 årige borger i Odder Kommune, hvor hjemmesygeplejersken bliver involveret i tidlig opsporing via social- og sundhedsassistenten (TOBS, ændringsskemaet og TRIAGE).	<p>Målgruppe</p>
Den ældre, +65 årige borger i Odder Kommune, hvor Geriatrisk team har været tilknyttet borgeren.	
Deltagere , hvem er de konkrete modtagere af indsatsen, se eksemplet til højre hvor de konkrete modtagere ses i den grønne cirkel	
Borger som gennemgår Flow1 – dvs. hvor der er sendt en henvisning til geriatrisk team (har været telefonkontakt eller hjemmebesøg af Geriatrisk team og/eller sygeplejersker)	
Patienter som udskrives til Odder Kommune Flow2 – dvs. de udskrives til et geriatrisk efterforløb	
Deltagere udgør <u>31</u> antal borgere, som har haft første besøg af Geriatrisk team i perioden <u>01.12.2015</u> og frem til den <u>28.09.2016</u> .	

Selvevaluering. Forløbskoordination 2013-2016. Den Ældre Medicinske patient.
Region Midtjylland

Særlige kendetegn Alder +65 år Kompleksitet: Ældre sårbare borger der er henvis fra egen læge og hospitalsafdelinger.
a. Er det alle "særligt svækkede ældre medicinske patienter" i hospitalets optageområde? (Hvem er fravalgt?) ingen b. Er der særlige inklusions- og eksklusionskriterier fx alder? (beskriv) nej
c. Hvor stor er målgruppen og populationen? Angiv antal borgere I 3 kvartal 2016 var der 4846 Odderborger over 65 år. Målgruppen: 31 Odderborger der havde første besøg af geriatrisk team Deltagere: Der er 6 Odderborger der har fået udleveret samtykkeerklæring
Formål: Hvorfor er projektet/indsatsen vigtigt og relevant? (Hvad er problemet, som projektet skal løse?) Forebyggelse af indlæggelse/genindlæggelse Er der lavet en indsnævring med fokus på bestemte indsatser? Hvilke indsatser er der tale om: Hvis projektet har flere indsatser bedes de efterfølgende spørgsmål besvare for hver indsats. (læs da "indsats" i stedet for "projektet")
Resultatmål: Hvad vil I helt konkret opnå med projektet?
A: Skal måles på genindlæggelser indenfor 30 dag. Dette er ikke muligt, da vi ikke må gå ind i journalerne. B: Der skal udarbejdes en interviewguide, hvor kvalitetsspørgsmål indgår. Dette har heller ikke været muligt, da der ikke er nogen samarbejdspartner fra kommunerne i Horsensklyngen, og dermed ikke ressourcer til at fuldføre projektet.
a. Faglig kvalitet (hvilke mål er sat?) Forebygget indlæggelse er udtryk for borgerens sundhedstilstand og forebygger de risikofaktorer, der er ved indlæggelse, for denne målgruppe Kvalitet i forløbskoordination og relationel koordinering. Praktiserende læger henviser til Geriatrisk team og indgår i samarbejdet omkring geriatrisk patienter.
b. Brugeroplevelse kvalitet (hvilke mål er sat?) Borgere og pårørende udtrykker sammenhæng og tryghed via interview Forebyggede indlæggelser - Det er de rigtige der indlægges (det forebyggelige forebygges)
c. Omkostninger og organisatorisk kvalitet i øvrigt Reducere omkostninger for kommunen på medfinansiering Reducere omkostninger på sengepladser
Procesmål:
a. Hvad gør I for at opnå resultatmålene? Ingenting lige nu, mangler samarbejdspartnere ude i kommunen/kommunerne
b. Hvor mange borgeres forløb er det målet at koordinere i projektperioden og pr. uge/måned? 1 pr. måned gennemsnitlig

Succeskriterier i øvrigt Redegør - gerne grafisk i form af et driverdiagram (skabelon vedlagt) - for projektets hypotese. Figuren skal gerne vise hvilke indsatser (aktiviteter og ydelser) der fører til hvilke resultater på det konkrete niveau. (jf. jeres projektbeskrivelse og Triple Aim-skabelonen) punkt 3 uddyber denne del nærmere Vedhæftet mail
3. Indsats, ydelser og aktiviteter
Beskriv den indsats overfor målgruppen, som projektet indebærer:
Hvilke tilbud eller ydelser til borgerne har projektet fokus på? Forebyggelse af genindlæggelse indenfor 30 efter udskrivelse Opfølgning, udredning i ambulant regi, gode råd til hjemmeplejen, hjemmesygeplejesker og egen læge ved geriatrisk team.
Beskriv ydelsernes nærmere indhold (hvad, hvem, hvornår og hvordan) Geriatriske sygeplejersker og læger kan kontaktes i hverdagene imellem 08.00 og 15.00.
Oplys om indsatsens omfang:
a. Antal borgere som modtager indsatsen (inkl. angivelse af borgere som indgår flere gange) b. Antal ydelser de modtager (fx hjemmebesøg, IV-behandling osv.)
Opdel om muligt på måneder for at vise udviklingen over tid. Anvend gerne grafer/seriediagrammer Oplys om projektaktiviteter i øvrigt

4. Faglig kvalitet
NB: Dette afsnit er selvevalueringens hovedfokus. Vurder om de deltagende borgere har fået den hjælp, som de havde brug for - i forhold til de opstillede mål og god professionel standard.
a. Beskriv datagrundlaget for efterfølgende besvarelse af den faglige kvalitet. (hvilken dokumentation ligger til grund)
b. På hvilke måder kan det sandsynliggøres, at indsatsen er udtryk for god faglig kvalitet? Beskriv:
c. Hvilke publicerede undersøgelser viser en positiv effekt af de afprøvede eller implementerede tiltag?
d. Hvordan er evidensen/dokumentationen overførbart til indsatsen i jeres klynge?

Beskriv:
Forløbskoordinationen: Datagrundlaget kan være journaloplysninger, registerudtræk/statistik og sundhedspersonalets vurdering – herunder rapportering af utilsigtede hændelser. Vurderingen kan kvalificeres af tværsektoriel casebaseret audit af konkrete forløb
a. Er fordelingen af ansvar for undersøgelse, diagnose, behovsvurdering, behandling (incl. medicinordination), træning og pleje tydeligt i det enkelte forløb?
b. Hvor stor en andel af de involverede medarbejdere kender de relevante tilbud og aftaler?
c. Hvor ofte foregår samarbejdet som aftalt? Beskriv:
d. Har hele målgruppen rent faktisk fået tilbuddet? (hvis ikke: Hvor mange og hvem er blevet ekskluderet og hvorfor?)
Henvises borgerne til de relevante tilbud?
e. Er forudsætningerne for relationel koordinering tilstede? (Fælles mål, fælles sprog, tillid og respekt)
f. Hvad har fungeret godt?
g. Hvad har været de væsentligste udfordringer i indsatsen?
h. Hvad skal forbedres?

Projektspecifikt

Hvordan har antallet af udskrivelsesrapporter udviklet sig? Fra projektstart til slut (2013-2016)
Hvordan har kvaliteten af udskrivelsesrapporter udviklet sig?

5. Brugeroplevet kvalitet
Beskriv hvordan indsatsen opleves og vurderes af borgere/brugere (patienter og pårørende) <ul style="list-style-type: none">- tryghed- tilfredshed- støtte i forløb- selvrapporteret helbredstilstand Vurder i hvor høj grad målgruppen (de deltagende borgere/patienter) fået den hjælp, som de forventede/ønskede/efterspurgte
Beskrivelse og vurdering kan baseres på resultaterne af CFK's spørgeskemaundersøgelse Spørgeskemadata kan suppleres med interviews, fokusgrupper, borgernes direkte feedback til sundhedspersonale og eventuelle rapporteringer af utilsigtede hændelser fra borgerne.

6. Sundhedstilstand
Beskriv – i det omfang det er muligt - hvordan indsatsen har påvirket populationens sundhedstilstand. Brug data – og kom med eksempler - fra auditerede forløb og kvantitative opgørelser af fx funktionsevne og (gen)indlæggelser
Vurder om indsatsen har forbedret tilstanden hos populationen:
a. populationens sundhedstilstand fx funktionsevne Hvordan?
b. forebygget genindlæggelser og uhensigtsmæssige indlæggelser' Hvordan?
7. Omkostninger
Anvend gerne graf (seriediagram) til at vise udviklingen i ydelser og omkostninger over tid. Inkluder gerne egne beregninger som ikke indgår i CFK's tal, hvis sådanne foreligger.
Redegør – i det omfang det er muligt - for omkostningerne ved at koordinere forløb på den afprøvede måde:
a. Hvad har indsatsen/sundhedsydelserne kostet i arbejdstid og andre udgifter i projektperioden? - Pr. borger? Sammenlignet med borgere i populationen som ikke modtager indsatsen
b. Hvad vil indsatsen koste fremadrettet i daglig drift pr. år – med hvilke forudsætninger (antal borgere/forløb osv)
Beskriv hvordan og i hvor høj grad indsatsen har påvirket populationens samlede forbrug af sundhedsydelser
Hvor mange - og hvilke - andre eksisterende sundhedsydelser/udgifter er evt. forebygget/sparet:
a. Sygehusindlæggelser – incl. genindlæggelser?
b. Ambulante ydelser?
c. Medicin?
d. Kommunale sundhedsydelser?
e. Konsultation hos egen læge?
f. Vagtlægekonsultationer?
g. Andet?
8. Samlet vurdering af resultater
Er de opstillede mål nået? a. Har indsatsen forebygget uhensigtsmæssige genindlæggelser? b. Er de afprøvede tiltag omkostningseffektive? c. Hvilken virkning har indsatsen haft på sundhedstilstanden for målgruppen? d. Hvor stor en andel af målgruppen er inkluderet?
9. Organisering af indsats og projekt
Beskriv klyngens samarbejde om den ældre medicinske patient mellem kommuner, hospital og almen praksis i det enkelte forløb og mere generelt.
10. Andre erfaringer
Beskriv fordele og ulemper, styrker og svagheder ved indsatsen (de afprøvede tiltag).
11. Planer for den videre indsats i klyngen

Hvad er besluttet i klyngen? Skal indsatsen fortsætte, udbredes, ændres, droppes?
12. Potentiale for udbredelse til andre klynger og regioner
Jeres vurdering af om det I har afprøvet med fordel kan udbredes til andre klynger og regioner. Husk begrundelse/argumenter og præmisser:
a. Fordele?
b. Forudsætninger?
c. Forbehold?
Oplys gerne – hvis I ved det – hvor en tilsvarende indsats allerede er indført.
13. Konklusion og anbefalinger til det videre arbejde
Hvilke resultater kan projektet dokumentere? Hvad har I lært? (vigtigste erfaringer) Var jeres "virkningsteori"/hypotese korrekt – eller hvordan er den nu? Hvad er jeres anbefalinger om det videre forløb?
Denne selvevalueringsrapport er:
Udarbejdet af Navn(e): Titel: Telefonnummer: Mailadresse: Dato:
Godkendt af Navn(e): Titel: Organisatorisk placering på ansvarlig leder:

Bilag
Som bilag kan vedlægges: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Anvendte redskaber, fx registreringskemaer og skærbilleder<input type="checkbox"/> De anvendte dataindsamlingsmetoder og tabeller med datagrundlaget.<input type="checkbox"/> Referencer og kilder, som projektet/indsatsen og denne selvevaluering bygger på.<input type="checkbox"/> Omtale i medier (fx avisartikler).<input type="checkbox"/> Pjecer og informationsmateriale til borgere og professionelle<input type="checkbox"/> Tekster, rapporter, notater, referater, som er skrevet som en del af projektet.<input type="checkbox"/> Eventuel anden dokumentation

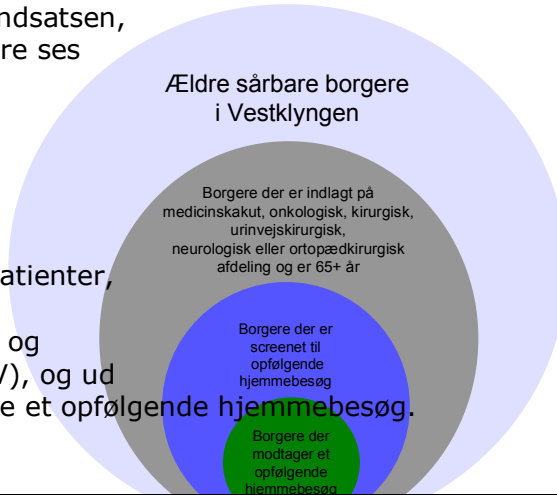
Vestklyngen

Klynge: Vestklyngen

Hospital: Hospitalsenheden Vest

Kommuner: Herning, Holstebro, Ikast-Brande, Lemvig, Ringkøbing-Skjern og Struer

Udfyld venligst alle felterne.

1. Projektets/indsatsens navn
Oplys klynge-projektets officielle navn: Den forstærkede indsats overfor ældre medicinske patienter Forløbskoordination for særligt svækkede ældre medicinske patienter osv.) "Det daglige navn" (kort form). Opfølgende hjemmebesøg -Vestklyngen
Projektperiodens start og slutdato: Start: 1/1-15 Slut: 31/12-15
2. Formål og mål
Definer projektets målgruppe (hvem er indsatsen rettet mod): Målgruppe Deltagere , hvem er de konkrete modtagere af indsatsen, se eksemplet til højre hvor de konkrete modtagere ses i den grønne cirkel Deltagere udgør ____ antal borgere, som
Særlige kendetegn Ældre, svækkede og sårbare patienter, som er indlagt på medicinsk, akut, kirurgisk, ortopæd kirurgisk, urinvejskirurgisk, neurologisk og onkologisk afdeling i Hospitalsenheden Vest (HEV), og ud fra et fagligt skøn vurderes relevant til at modtage et opfølgende hjemmebesøg. Alder. + 65 årig Kompleksitet: Multimorbi, polyfarmaci

d. Er det alle "særligt svækkede ældre medicinske patienter" i hospitalets optageområde? (Hvem er fravalgt?): Ja
e. Er der særlige inklusions- og eksklusionskriterier fx alder? (beskriv): Patienter som ud fra screeningskemaet for opfølgende hjemmebesøg opnår 23 point eller derover tilbydes opfølgende hjemmebesøg
f. Hvor stor er målgruppen og populationen? Angiv antal borgere: Antallet udskrevne over 65 år i HEV: 29482 i 2015 Målgruppen: Screenet til opfølgende hjemmebesøg: 2676 i 2015 Deltagere: Borgere, der har modtager et opfølgende hjemmebesøg: 785 i 2015 (163 borgere har modtaget 163 prøvehandling 1, der foreligger ikke tal for prøvehandling 2)
Formål: Hvorfor er projektet/indsatsen vigtigt og relevant? (Hvad er problemet, som projektet skal løse?) Formålet med projektet er, at sikre kvalitet og forløbskoordination i forbindelse med udskrivelse fra hospital til kommune og praktiserende læge. Er der lavet en indsnævring med fokus på bestemte indsatser? Indsatsen er rettet mod • At øge antallet af screenede patienter til opfølgende hjemmebesøg i alle relevante afdelinger/afsnit i Hospitalsenheden Vest.

- at gennemføre flere opfølgende hjemmebesøg
- at fremrykke tidspunktet for gennemførelsen af det opfølgende hjemmebesøg
- at styrke koordinering efter udskrivelsen

Hvilke indsatser er der tale om: Forløbskoordination ved opfølgende hjemmebesøg

Hvis projektet har flere indsatser bedes de efterfølgende spørgsmål besvare for hver indsats. (læs da "indsats" i stedet for "projektet")

Resultatmål: Hvad vil I helt konkret opnå med projektet

e. Sundhedstilstand (fx funktionsevne eller andel overlevede efter 30 dage, evt. andre mål):

Projektets fokus har været forløbskoordinering, og ikke vurdering af borgerens funktionsevne. Ambitionen har været at trække tværsektorielle data på 30 dages mortalitet efter udskrivelse, men det har ikke været muligt grundet juridiske restriktioner ved anvendelse af data på tværs af sektorer.

f. Faglig kvalitet (hvilke mål er sat?)

- Forøge antallet af patienter fra Hospitalsenheden Vest, som screenes og henvises til opfølgende hjemmebesøg til 3000 om året
- 800 – 1000 som opfylder kriterier og ønsker at tage imod tilbuddet om opfølgende hjemmebesøg, modtager det
- 75 % modtager det opfølgende hjemmebesøg indenfor 8 dage efter udskrivelsen.
- Reduktion i antallet af forebyggelige genindlæggelser indenfor 30 dage.

g. Brugeroplevet kvalitet (hvilke mål er sat?)

Øget patienttilfredshed

h. Omkostninger og organisatorisk kvalitet i øvrigt

En reduktion af omkostninger pr. capita

Procesmål:

c. Hvad gør I for at opnå resultatmålene?

Implementering af screening til opfølgende hjemmebesøg på alle relevante afdelinger i Hospitalsenheden Vest.

Sygeplejekoordinator som planlægger det opfølgende hjemmebesøg

Terapeut deltager i det opfølgende hjemmesøg, hvor det er relevant.

Praktiserende læge og hjemmesygeplejerske afsætter dagligt et tidspunkt til afholdelse af det opfølgende hjemmebesøg – sept 2015.

d. Hvor mange borgeres forløb er det målet at koordinere i projektperioden og pr. uge/måned?

150 patienter/måned henvises til opfølgende hjemmebesøg, hvor kun en del af disse er direkte relateret til indsatserne i projektet.

Succeskriterier i øvrigt

Redegør - gerne grafisk i form af et driverdiagram (skabelon vedlagt) - for projektets hypotese. Figuren skal gerne vise hvilke indsatser (aktiviteter og ydelser) der fører til hvilke resultater på det konkrete niveau.

(jf. jeres projektbeskrivelse og Triple Aim-skabelonen) punkt 3 uddyber denne del nærmere

3. Indsats, ydelser og aktiviteter
Beskriv den indsats overfor målgruppen, som projektet indebærer:
Hvilke tilbud eller ydelser til borgerne har projektet fokus på? Opfølgende hjemmebesøg
Beskriv ydelsernes nærmere indhold (hvad, hvem, hvornår og hvordan) <ul style="list-style-type: none">• Implementering af screening for opfølgende hjemmebesøg på alle relevante afdelinger/afsnit i Hospitalsenheden Vest. Prøvehandling i kommunen: <ul style="list-style-type: none">• Sygeplejekoordinator i kommunen fik til opgave at aftale besøg for alle de opfølgende hjemmebesøg (Ikast-Brande Kommune og Struer Kommune)• Terapeutdeltagelse ved de opfølgende hjemmebesøg (Holstebro og Lemvig Kommuner)• Praktiserende læge og hjemmesygeplejersken afsætter fast tidspunkt for opfølgende hjemmebesøg i september måned 2015 i en lægepraksis i Herning kommune.
Oplys om indsatsens omfang:
c. Antal borgere som modtager indsatsen (inkl. angivelse af borgere som indgår flere gange): Se opgivet data under punkt 2 d. Antal ydelser de modtager (fx hjemmebesøg, IV-behandling osv.): Et opfølgende hjemmebesøg relateret til udskrivelse fra hospital.
Opdel om muligt på måneder for at vise udviklingen over tid. Anvend gerne grafer/seriediagrammer <p>Af tabel 1 og 2 fra Tabel og figur oversigt - Vestklyngen fremgår det, at antallet af screenede patienter til opfølgende hjemmebesøg er faldet fra 2014-2015, men der er sket i øgning i antallet af patienter der skal tilbydes et opfølgende hjemmebesøg. Forklaringen på dette kan være, at der undervejs i forløbet er ændret screeningskriterierne for opfølgende hjemmebesøg, således at de sundhedsprofessionelle ud fra et faglig skøn kan fravælge screeningen til opfølgende hjemmebesøg, i de tilfælde, hvor det vurderes, at patienten ikke vil opfylde kriterierne for tilbud om opfølgende hjemmebesøg.</p>
Oplys om projektaktiviteter i øvrigt

4. Faglig kvalitet
NB: Dette afsnit er selvevalueringens hovedfokus. Vurder om de deltagende borgere har fået den hjælp, som de havde brug for – i forhold til de opstillede mål og god professionel standard.
e. Beskriv datagrundlaget for efterfølgende besvarelse af den faglige kvalitet. (hvilken dokumentation ligger til grund) <p>Vestklyngen har gennemført en tværsektoriel, casebaseret audit og interviewundersøgelse af sundhedsprofessionelle. Fokus er lagt på prøvehandling 1 og 2, prøvehandling 3 er fravalgt grundet for få deltagere og en meget kort tidsperiode.</p> <p>1. En sygeplejekoordinator i kommunen fik til opgave at aftale besøg for alle de opfølgende hjemmebesøg (Ikast-Brande Kommune og Struer Kommune)</p>

2. Terapeutdeltagelse ved de opfølgende hjemmebesøg (Holstebro Kommune og Lemvig Kommune)

3. Praktiserende læge afsætter fast tidspunkt for opfølgende hjemmebesøg (Herning Kommune).

Tværasektoriel audit.

Der er foretaget en tværasektoriel audit med det formål at vurdere den faglige kvalitet af forløbskoordinationen i de gennemgåede patientforløb (cases), herunder om prøvehandlingerne i Vestklyngen ser ud til at bidrage til god forløbskoordination for den ældre medicinske patient.

Auditpanelets medlemmer har gennemgået materiale om fire cases (patientforløb). De tre cases blev drøftet på auditmødet i januar, mens den fjerde case indgik som baggrundsviden. De tre cases, der blev auditeret repræsenterede de to forskellige prøvehandling - brug af sygeplejekoordinator i planlægningen og deltagelse af terapeut i det opfølgende hjemmebesøg. Auditten er gennemført i januar 2016, og der er afholdt et opfølgende møde til kvalitetssikring af audit af opfølgende hjemmebesøg i februar 2016. To konsulenter fra DEFACTUM (Tidligere CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling) har gennemført audit og udarbejdet auditrapport, hvor der gives anbefalinger til klyngen. Auditpanelet fra Vestklyngen har tilsluttet sig konklusioner i rapporten.

Forløbskoordination af opfølgende hjemmebesøg i Vestklyngen (Interviewundersøgelse af sundhedsprofessionelle)

En medarbejder fra Kvalitet og Udvikling, Hospitalsenheden Vest har foretaget individuelle/fokusgruppe interview af sundhedsprofessionelle i Holstebro, Ikast-Brande og Struer kommune i efteråret 2015. Interviewdeltagere har tilsluttet sig konklusionerne i rapporten.

f. På hvilke måder kan det sandsynliggøres, at indsatsen er udtryk for god faglig kvalitet?

Beskriv:

Se beskrivelserne nedenfor under forløbskoordination punkt a.

g. Hvilke publicerede undersøgelser viser en positiv effekt af de afprøvede eller implementerede tiltag?

Der foreligger ingen undersøgelser

h. Hvordan er evidensen/dokumentationen overførbar til indsatsen i jeres klynge?

Beskriv:

Forløbskoordinationen:

Datagrundlaget kan være journaloplysninger, registerudtræk/statistik og sundhedspersonalets vurdering – herunder rapportering af utilsigtede hændelser. Vurderingen kan kvalificeres af tværasektoriel casebaseret audit af konkrete forløb

i. Er fordelingen af ansvar for undersøgelse, diagnose, behovsvurdering, behandling (incl. medicinordination), træning og pleje tydeligt i det enkelte forløb?

Fra den tværasektorielle audit kan der konkluderes at

1. En sygeplejekoordinator, der arrangerer de opfølgende hjemmebesøg i kommunen, kan ved at kontakte borgerens egen læge på udskrivningsdagen sikre sig, at de relevante

oplysninger foreligger og bidrage til at besøget bliver afholdt få dage efter borgeren udskrives samt koordinere besøget, så både pårørende og relevante fagpersoner deltager.

2. Terapeuten kan ved at deltage i de opfølgende hjemmebesøg fremme det tværfaglige samarbejde og bidrage til at borgere, der har reduceret funktionsevne, kommer i gang med rehabilitering, inklusiv hurtig iværksættelse af genoptræning understøttet af pårørende og relevante fagpersoner og sundhedstiltag (fx smertebehandling) I audit om opfølgende hjemmebesøg i Vestklyngen er der udarbejdet en række anbefalinger til sikring af god forløbskoordination af den ældre medicinske patient. (Audit om opfølgende hjemmebesøg).

Fra interview af sundhedsprofessionelle, kan der konkluderes: Sygeplejekoordinator foretager en ensartet planlægning for afholdelse af det opfølgende hjemmebesøg, hvilket medfører tidligere afholdelse af det opfølgende hjemmebesøg. Terapeuters deltagelse i det opfølgende hjemmebesøg medfører, at den tværfaglige indsats styrkes og tiltag sættes hurtigere i gang efterfølgende.

De sundhedsprofessionelle oplever, at det giver borgeren tryghed, at alle tre faggrupper deltager i besøget. (Forløbskoordination af opfølgende hjemmebesøg i Vestklyngen)

j. Hvor stor en andel af de involverede medarbejdere kender de relevante tilbud og aftaler?

De involverede samarbejdspartner kender ordningen, da det er en del af Sundhedsaftalen.

k. Hvor ofte foregår samarbejdet som aftalt?

Beskriv: Beskriv: Se punkt d.

l. Har hele målgruppen rent faktisk fået tilbuddet? (hvis ikke: Hvor mange og hvem er blevet ekskluderet og hvorfor?)

Ikke alle patienter, der er henvist til opfølgende hjemmebesøg har modtaget det efter udskrivelsen flere borgere takker nej efter udskrivelsen, borger dør, bliver indlagt på aflastning eller genindlagt. Endvidere er der tilfælde, hvor den praktiserende læge vurderer, at det ikke er relevant og ikke afsætter tid til besøget. (figur 5 i Tabel og figuroversigt – Vestklyngen).

Almen praksis er positiv indstillet, men de lægefaglige ressourcer kan være begrænsede.

Data for dokumentation for gennemførelsen af opfølgende hjemmebesøg i kommunerne er en udfordring grundet komplicerede arbejdsgange og ekstra dokumentation, hvorfor de indsamlede data fra kommunerne ikke er fyldestgørende.

Henvises borgerne til de relevante tilbud?

m. Er forudsætningerne for relationel koordinering tilstede? (Fælles mål, fælles sprog, tillid og respekt)

Samarbejdet mellem læge, hjemmesygeplejerske og terapeuter beskrives positivt og udbytterigt. Der opleves en sammenhæng i observationer, handlinger og faglige input fra alle tre faggrupper, hvilket giver mulighed for, at alle arbejder i samme retning. (Forløbskoordination af opfølgende hjemmebesøg i Vestklyngen)

n. Hvad har fungeret godt?

Den tværsektorielle audit viser, at et argument for at sygeplejekoordinatoren gør en forskel er, at hun har det som en vigtig opgave at arrangere opfølgende hjemmebesøg, og derfor bedre kan afsætte tid til at løse opgaven.

Hun kender opgaven, og det er klart defineret, hvad hun skal. Samtidig kan det være en fordel, at ansvaret ikke er spredt for meget ud, og rammer handleparatheden, da tiden er et vigtigt parameter for en forholdsvis sårbar patientgruppe. Ensartethed i planlægningen er et relevant parameter i forhold til at samle funktionen et sted.

Interviewundersøgelse med sundhedsprofessionelle viser at terapeuternes deltagelse i

det opfølgende hjemmebesøg opleves udbytterigt for den koordinerende indsats. Det opleves, at tiltag sættes hurtigere i gang, og den tværfaglige indsats styrkes. Borgerens aktuelle status og individuelle ønsker og behov bliver afgørende for kommende tiltag, da de tre faggrupper ser det samlede billede af borgeren (Forløbskoordination af opfølgende hjemmebesøg i Vestklyngen).

o. Hvad har været de væsentligste udfordringer i indsatsen?

Den væsentligste udfordring i at koordinere og gennemføre de opfølgende hjemmebesøg er primært, at det er vanskeligt at finde en ledig tid i lægens aftalekalenderen. Det har sammenhæng med lægernes store arbejdspress. Lægerne har desuden 3 dages svarfrist på korrespondancemeddelelser fra og til kommunen, hvilket forsinker tidspunktet for afholdelsen af det opfølgende hjemmebesøg. Endvidere er Vestklyngen udfordret af store geografiske afstande, hvorfor der kan være langt fra f.eks. almen praksis til et midlertidigt opholdssted.

p. Hvad skal forbedres?

Antallet af gennemførte opfølgende besøg skal forøges yderligere samt tidspunktet for besøget skal rykkes endnu længere frem.

Projektspecifikt

Hvordan har antallet af udskrivesrapporter udviklet sig?

Der følger altid en udskrivesrapport med patienter, der er screenet til opfølgende hjemmebesøg, hvorfor det ikke er relevant at måle på antal udskrivningsrapporter.

Fra projektstart til slut (2013-2016)

Hvordan har kvaliteten af udskrivesrapporter udviklet sig?

Jvf. den tværsektorielle audit er udskrivesrapporter fyldestgørende i det, de indeholder god beskrivelse af indlæggelsesforløbet, hvor der er gjort status på opgaverne. Der er udarbejdet beskrivelse af funktionsevnevurdering og sygeplejehandlinger herunder ernæring, mobilisering, tryksår, cerebral nedsat funktion m.m.

5. Brugeroplevet kvalitet

Beskriv hvordan indsatsen opleves og vurderes af borgere/brugere (patienter og pårørende)

- tryghed
- tilfredshed
- støtte i forløb
- selvrapporteret helbredstilstand

Vurder i hvor høj grad målgruppen (de deltagende borgere/patienter) fået den hjælp, som de forventede/ønskede/efterspurgte

Beskrivelse og vurdering kan baseres på resultaterne af CFK's spørgeskemaundersøgelse Spørgeskemadata kan suppleres med interviews, fokusgrupper, borgernes direkte feedback til sundhedspersonale og eventuelle rapporter af utilsigtede hændelser fra borgerne.

Der henvises til spørgeskemaundersøgelsen foretaget af DEFACTUM.

6. Sundhedstilstand
Beskriv – i det omfang det er muligt - hvordan indsatsen har påvirket populationens sundhedstilstand. Brug data – og kom med eksempler - fra auditerede forløb og kvantitative opgørelser af fx funktionsevne og (gen)indlæggelser: Der henvises til spørgeskemaundersøgelsen foretaget af DEFACTUM.
Vurder om indsatsen har forbedret tilstanden hos populationen:
c. populationens sundhedstilstand fx funktionsevne Hvordan?
d. forebygget genindlæggelser og uhensigtsmæssige indlæggelser' Hvordan? Formålet med projektet har været at reducere antallet af forebyggelige genindlæggelser. Intentionen har været, at måle på antallet af forebyggelige genindlæggelser for de borgere som har modtaget et opfølgende hjemmebesøg, hvilket ikke har været muligt grundet de skærpede krav om anvendelse af data tværsektorielt.
7. Omkostninger
Anvend gerne graf (seriediagram) til at vise udviklingen i ydelser og omkostninger over tid. Inkluder gerne egne beregninger som ikke indgår i CFK's tal, hvis sådanne foreligger.
Redegør – i det omfang det er muligt - for omkostningerne ved at koordinere forløb på den afprøvede måde: Ved prøvehandling 1 – sygeplejekoordinator i kommunen: Det vurderes at arbejdstiden til planlægning af det opfølgende hjemmebesøg, som foretages af sygeplejekoordinator i kommunen, er uændret i forhold til tidligere. Ved prøvehandling 2 – terapeuters deltagelse i opfølgende hjemmebesøg: Der vurderes at terapeuten bruger 1,5 time pr opfølgende hjemmebesøg, og for hjemmesygeplejersken er tidsforbruget uændret.
c. Hvad har indsatsen/sundhedsydelseerne kostet i arbejdstid og andre udgifter i projektperioden? - Pr. borger? Sammenlignet med borgere i populationen som ikke modtager indsatsen Se besvarelse ovenfor.
d. Hvad vil indsatsen koste fremadrettet i daglig drift pr. år – med hvilke forudsætninger (antal borgere/forløb osv)
Beskriv hvordan og i hvor høj grad indsatsen har påvirket populationens samlede forbrug af sundhedsydelser Grundet de juridiske restriktioner om deling af tværsektorielle data, er det ikke muligt at beregne på forbruget af sundhedsydelser.
Hvor mange - og hvilke - andre eksisterende sundhedsydelser/udgifter er evt. forebygget/sparet: Data trukket af DEFACTUM på 5 borgere, som har givet samtykke til brug af data.
h. Sygehusindlæggelser – incl. genindlæggelser?
i. Ambulante ydelser?
j. Medicin?
k. Kommunale sundhedsydelser?
l. Konsultation hos egen læge?

m. Vagtlægekonsultationer?

n. Andet?

8. Samlet vurdering af resultater

Er de opstillede mål nået?

a. Har indsatsen forebygget uhensigtsmæssige genindlæggelser?

Grundet de juridiske restriktioner om deling af tværsektorielle data, er det ikke muligt at beregne på forebyggelse af uhensigtsmæssige genindlæggelser.

b. Er de afprøvede tiltag omkostningseffektive?

Do

c. Hvilken virkning har indsatsen haft på sundhedstilstanden for målgruppen?

Ikke aktuelt

d. Hvor stor en andel af målgruppen er inkluderet?

Nedenstående figur viser en generel stigning i andelen af gennemførte opfølgende hjemmebesøg. Størst er stigningen for Struer kommune med 17 %.

Andelen af gennemførte opfølgende hjemmebesøg i forhold til af andelen af borgere, der er et tilbudt et opfølgende hjemmebesøg angivet i procent

	2014	2015
Vestklyngen ialt	32.6	43.8
Ikast-Brande kommune	39.8	42.7
Struer kommune	33.6	50.9

* data trukket fra Sundhedsaftalen.rm.dk

For kommunerne har der været store udfordringer i at indrapportere data i forhold til tidspunkt for afholdelse af opfølgende hjemmebesøg. Udfordringerne kan forklares i, at mange fagpersoner er involveret, komplekse arbejdsgange og it tekniske udfordringer. Derfor er den kommunale kvantitative afdækning ikke fyldestgørende, og viser ikke det reelle billede. Data er efter al sandsynlighed underrapporteret og dækker ikke alle 6 kommuner i Vestklyngen.

Andelen af gennemførte opfølgende hjemmebesøg fordelt på dage efter udskrivelsen angivet i procent.

	2014	2015
0 -8 dage efter udskrivelsen	36.8	32.6
9-12 dage efter udskrivelsen	20.8	27.1
13 dage efter udskrivelsen	42.4	40.3

*Data fra kommunal indbetningskema i google.drive

Udfordringer med indrapportering af data fra kommunerne har betydet, at praksis er blevet ændret pr. 1. jan 2016, således at der afprøves en mere enkel metode til indberetning af data. Nedenstående er et eksempel for 2016 for Struer kommune.

Andelen af gennemførte opfølgende hjemmebesøg fordelt på dage efter udskrivelsen angivet i procent	
Struer	Jan - april 2016
0 - 5 dage efter udskrivelsen	83
6 - 8 dage efter udskrivelsen	11
9 - 12 dage efter udskrivelsen	6
*Data fra kommunal indbetningskema i google.drive	

9. Organisering af indsats og projekt

Beskriv klyngens samarbejde om den ældre medicinske patient mellem kommuner, hospital og almen praksis i det enkelte forløb og mere generelt.

Samarbejdet er forankret i de organisatoriske fora i Vestklyngen. Her kan nævnes klyngestyregruppe, implementeringsgruppe for behandling, pleje, træning og rehabilitering samt faglige arbejdsgruppe med specifik fokus på opfølgende hjemmebesøg.

10. Andre erfaringer

Beskriv fordele og ulemper, styrker og svagheder ved indsatsen (de afprøvede tiltag). Se tidligere beskrivelserne under afsnittet Forløbskoordination punkt f og d.

11. Planer for den videre indsats i klyngen

Hvad er besluttet i klyngen?

Klyngestyregruppen er løbende orienteret om DÆMP projektet.

Skal indsatsen fortsætte, udvides, ændres, droppes?

Prøvehandling 1 sygeplejekoordinator i kommunen overvejes implementeret i en af de øvrige kommuner. For andre kommuner arbejdes der videre med, hvordan de gode erfaringer med en mere koordineret indsats i planlægningen af opfølgende hjemmebesøg kan tænkes ind i de eksisterende rammer.

Prøvehandling 2 - terapeutdeltagelse i opfølgende hjemmebesøg er igangsat eller igangsættes i flere af kommunerne.

12. Potentiale for udbredelse til andre klynger og regioner

Jeres vurdering af om det I har afprøvet med fordel kan udbredes til andre klynger og regioner. Husk begrundelse/argumenter og præmisser:

Der vurderes, at der er et stort potentiale i, at arbejde med en mere koordineret indsats i forhold til planlægningen af opfølgende hjemmebesøg. Det kan være i form af en enkelt person, som f.eks.

sygeplejekoordinator eller som en del af en fast arbejdsgruppe, hvor der sikres, at der handles.

Det vurderes, at der er et stort potentiale i, at terapeut deltager i opfølgende hjemmebesøg, hvor det er relevant. Gevinsten er, at de forskellige fagligheder bringes i spil, der bliver lagt en plan sammen og den koordinerede kommunale indsats styrkes. Et forbehold for dette initiativ er, at det er mere krævende at få planlagt det opfølgende hjemmebesøg.

a. Fordele?

b. Forudsætninger?

c. Forbehold?

Oplys gerne – hvis I ved det – hvor en tilsvarende indsats allerede er indført.

13. Konklusion og anbefalinger til det videre arbejde

Hvilke resultater kan projektet dokumentere? Hvad har I lært? (vigtigste erfaringer)

Ud fra den faglige vurdering i den tværsektorielle audit og interview af sundhedsprofessionelle kan der konkluderes:

Prøvehandling 1 – sygeplejekoordinator i kommunen, som arrangerer de opfølgende hjemmebesøg kan bidrage til god forløbskoordination, i det planlægning af opfølgende hjemmebesøg foregår mere ensartet, og der er større sandsynlighed for at besøgene afholdes. Desuden formodes det, at kunne rykke tidspunktet frem for afholdelse af det opfølgende hjemmebesøg.

Prøvehandling 2- terapeut deltagelse i opfølgende hjemmebesøg kan bidrage til styrkelse af den tværfaglige koordinerede indsats og bidrage til at borgere med reduceret funktionsevne kommer i gang med rehabilitering.

Konklusion på spørgeskemaundersøgelse og resultater af kvantitative data sættes ind.

De juridiske restriktioner vedrørende anvendelse af data på tværs af sektorer har medført at dokumentation af prøvehandlingernes effekt er vanskeliggjort.

Var jeres "virkningsteori"/hypotese korrekt – eller hvordan er den nu?

Intentionen med opfølgende hjemmebesøg, hvor egen læge og hjemmesygeplejerske ved komplekse, ældre borgere mødes i borgerens eget hjem, er ved tidligere undersøgelse (Antropologisk studie 2014 – Samtalen i hjemmet og den hjemlige samtale) dokumenteret god. Udfordringen er fortsat, at det organisatorisk er svært at få planlagt og gennemført besøgene.

Hvad er jeres anbefalinger om det videre forløb?

Med udgangspunkt i de gode erfaringer med afholdelsen af de opfølgende hjemmebesøg kan der overvejes at videreudvikle på besøgene, så de tilpasses udviklingen i sundhedsvæsenet med tidlig udskrivning og behov for hurtig opfølgning.

Denne selvevalueringsrapport er:

Udarbejdet af
Navn(e): Gunna Andersen
Titel: Konsulent for tværsektorielt samarbejde
Telefonnummer: 78438712
Dato:

Godkendt af
Navn(e): Gitte Nørgaard
Titel: Chef for sygeplejen i Herning Kommune
Organisatorisk placering på ansvarlig leder:

Bilag

Audit om opfølgende hjemmebesøg i Vestklyngen: DEFACTUM 2016
Forløbskoordination af opfølgende hjemmebesøg i Vestklyngen: Kvalitet og Udvikling 2016
Tabel og figur oversigt – Vestklyngen
Samtalen i hjemmet og den hjemlige samtale – antropologisk studie 2014.
Screening DÆMP_Doknr37427-15_v1

Midtklyngen

Klynge: **Midt**

Hospital: **RH Viborg**

Kommuner: **Viborg og Skive**

Udfyld venligst alle felterne.

14. Projektets/indsatsens navn	
<p>Oplys klynge-projektets officielle navn (Den forstærkede indsats overfor ældre medicinske patienter Forløbskoordination for særligt svækkede ældre medicinske patienter osv.) og "det daglige navn" (kort form). Projektets officielle navn: Det gode forløb for den ældre medicinske patient – et fælles ansvar I daglig tale: DÆMP</p>	
<p>Projektperiodens start og slutdato:</p> <p>Viborg Kommune: 1/2/2015-31/5-2015 Skive Kommune: Start: 2014 (På et møde den 07.03.2014 traf Kontaktgruppen for indlæggelser og utilsigtede hændelser beslutning om valg af fokusområde og udpegnings af arbejdsgruppe til at forestå det videre arbejde med DÆMP – den ældre medicinske patient i Midtklyngen. Nærværende kommissorium tager udgangspunkt i kontraktgruppens beslutning samt det allerede udarbejdede materiale. Slut: 15.7 2016</p>	
15. Formål og mål	
<p>Definer projektets målgruppe (hvem er indsatsen rettet mod): Målgruppe Den ældre svækkede medicinske patient</p>	
<p>Deltagere, hvem er de konkrete modtagere af indsatsen, se eksemplet til højre hvor de konkrete modtagere ses i den grønne cirkel: Den ældre medicinske patient i betydningen en patient med svær sygdom, komorbiditet, svært nedsat funktionsniveau, begrænset egenomsorgskapacitet, multimedicinering og et stort behov for kommunal hjælp eller indlæggelse.</p>	<p>Ældre sårbare borgere i Vestklyngen</p> <p>Borgere der er indlagt på medicinsk akut, onkologisk, kirurgisk, urinvejskirurgisk, neurologisk eller ortopædkirurgisk afdeling og er 65+ år</p> <p>Borgere der er screenet til opfølgende hjemmebesøg</p> <p>Borgere der modtager et opfølgende hjemmebesøg</p>
<p>Deltagerne udgør 51 borgere, som enten har været kortvarigt indlagt i Akutafdelingen (<24 timer) eller længerevarende i sengeafsnittet på Lungemedicinsk Afdeling i den tre-måneders periode, der var afsat til prøvehandling i hver af afdelingerne. Interventionsgruppen er karakteriseret ved, at de aldersmæssigt spænder fra... til..., sygdomsbillede... (følges op med data)</p>	
<p>g. Er det alle "særligt svækkede ældre medicinske patienter" i hospitalets optageområde? (Hvem er fravalgt?) I forbindelse med det indledende projektarbejde blev det klart, at der var en speciel udfordring med patientforløb under 24 timer i forhold til forløbskoordination imellem sektorerne. Derfor blev det besluttet, at interventionen skulle afprøves både på et medicinsk sengeafsnit og i et akutafsnit med henblik på at afdække eventuelle forskelle (Jf. ovenstående afgrænsning). Projektet blev således gennemført som to separate indsatser for: 1. Medicinske patienter fra Lungemedicinsk Afdeling på RH Viborg, som udskrives direkte til Skive Kommune</p>	

<p>2. Medicinske patienter indlagt på HE Midts Akutafdeling i Viborg i mindre end 24 timer, som udskrives til Viborg Kommune</p> <p>h. Er der særlige inklusions- og eksklusionskriterier fx alder? (beskriv) Projektet lagde ud med en nedre aldersgrænse på 65, men denne blev undervejs fjernet, da den ikke i sig selv var meningsgivende. Interventionen blev tilbudt på baggrund af screeningsresultat for opfølgende hjemmebesøg.</p>
<p>i. Hvor stor er målgruppen og populationen? Angiv antal borgere Målgruppen: Deltagere</p>
<p>Formål: Hvorfor er projektet/indsatsen vigtigt og relevant? (Hvad er problemet, som projektet skal løse?) Indsatsen for den ældre medicinske patient skal særligt føre til,</p> <ul style="list-style-type: none">• at reducere antallet af uheldsmæssige gen(indlæggelser)• at styrke sammenhængen i og koordinationen af patientforløbet• at skabe tryghed i overgangen fra hospital til eget hjem• at identificere borgere med behov for hjemmepleje som ikke allerede er i det kommunale system <p>Er der lavet en indsnævring med fokus på bestemte indsatser? Hvilke indsatser er der tale om? I Midtklyngen har vi særligt haft fokus på betydningen af den tidlige indsats som udviklingsmål i forhold til det ordinære opfølgende hjemmebesøg. Derudover er der blevet iværksat forskellige tiltag med henblik på tværfaglig videndeling på tværs af sektorer, herunder særligt markedsdage, hvor kommunerne viser tilbud frem på hospitalet.</p> <ul style="list-style-type: none">• Planlagt markedsdag, den 24.09.2014 på Regionshospitalet Viborg. Tilsvarende "mini" markedsdag på Regionshospitalet Silkeborg den 30.9.2014.• Målgruppen for markedsdagene var meget bred, idet de henvendte sig til tværfagligt personale på hospitalerne, tværfaglige kommunale sundhedsprofessionelle og de praktiserende læger. De primære deltagerfaggrupper var sygeplejersker, terapeuter, andre sundhedsprofessionelle, udviklingsmedarbejdere og ledere m.fl. Der var meget få hospitalslæger, der deltog i markedsdagene ligesom der ikke var deltagelse fra de praktiserende læger. Praksiskoordinatoren for Hospitalsenhed Midt deltog ved markedsdagen på Regionshospitalet Viborg.• Formålet med de tværsektorielle markedsdage i Midtklyngen var at styrke den tværsektorielle videndeling samt yderligere at øge almen praksis, Midtklyngens kommuner og Hospitalsenhed Midts gensidige kendskab til hinandens tiltag og initiativer samt behandlings-, pleje- og rehabiliteringstilbud særligt i forhold til sektorovergange. <p>Hvis projektet har flere indsatser bedes de efterfølgende spørgsmål besvare for hver indsats. (læs da "indsats" i stedet for "projektet")</p>
<p>Resultatmål: Hvad vil I helt konkret opnå med projektet?</p>
<p>i. Sundhedstilstand (fx funktionsevne eller andel overlevede efter 30 dage, evt. andre mål) (Datatræk)</p>
<p>j. Faglig kvalitet (hvilke mål er sat?) De mål, der blev sat for den faglige kvalitet, kunne der ikke monitoreres på som tiltænkt, da det ikke var muligt at få tilladelse til at lave tværsektorielle audits. Derfor beror evalueringen af den faglige kvalitet primært på sundhedspersonalets vurdering af tilbuddet. Fra hospitalspersonalets side blev der særligt givet udtryk for, at man, når man skulle tage stilling til udskrivelse, fandt det betryggende at vide, at en</p>

<p>kollega i det kommunale ville følge op inden for kort tid. Tilsvarende tilkendegav de kommunale sygeplejersker, at der var en faglig tilfredsstillelse i selv at tilse den ældre borger, hvilket man nogle steder allerede praktiserede, (selvom det ikke er standard), netop fordi man havde erkendt betydningen heraf.</p>
<p>k. Brugeroplevelse kvalitet (hvilke mål er sat?) I relation til indsatsen blev der indsamlet kvalitative data igennem samtaler og interviews med borgere i interventionsgruppen, og heraf fremgår det, at det tidlige besøg har bidraget til at skabe tryghed for den enkelte i overgangen fra hospital til eget hjem. Det er imidlertid svært for nogle af de ældre medicinske patienter at skelne imellem de forskellige indsatser, som iværksættes sideløbende. Der synes at være et behov for en større grad af koordination imellem de forskellige grupper af sundhedspersonale, som hver især bidrager med delelementer til patientforløbet. Den planlagte spørgeskemaundersøgelse, som var regionalt initieret, var vi nødsaget til at undvære, da interventionen i vores klynge havde fundet sted ½ år tidligere end spørgeskemaundersøgelsen blev gennemført, og det ville være umuligt for respondenterne at svare fyldestgørende på noget, der lå så langt tilbage.</p>
<p>l. Omkostninger og organisatorisk kvalitet i øvrigt Defactum laver træk på samlede ydelser (kombineret med de kommunale registreringer, som indleveres sammen med samtykkeerklæringer 1/7) og på forebyggelige genindlæggelser</p>
<p>Procesmål:</p>
<p>e. Hvad gør I for at opnå resultatmålene? I gennem indsatsen har der været et særligt fokus på at reagere hurtigt på korrespondancer imellem hospital og kommune med henblik på at lykkes med at kunne gennemføre den tidlige opfølgning inden for 24-48 timer.</p>
<p>f. Hvor mange borgeres forløb er det målet at koordinere i projektperioden og pr. uge/måned? Ikke estimeret.</p>
<p>Succeskriterier i øvrigt Redegør - gerne grafisk i form af et driverdiagram (skabelon vedlagt) - for projektets hypotese. Figuren skal gerne vise hvilke indsatser (aktiviteter og ydelser) der fører til hvilke resultater på det konkrete niveau. (jf. jeres projektbeskrivelse og Triple Aim-skabelonen) punkt 3 uddyber denne del nærmere</p>
<p>16. Indsats, ydelser og aktiviteter</p>
<p>Beskriv den indsats overfor målgruppen, som projektet indebærer:</p>
<p>Hvilke tilbud eller ydelser til borgerne har projektet fokus på? Projektet har haft fokus på den tidlige indsats i forhold til medicinering og sygeplejefaglig indsats efter udskrivelse fra hospitalet, hvor hjemmesygeplejen (Skive) / personalet fra Akutteamet (Viborg) danner sig et overblik over borgerens behov og sørger for, at nødvendige tiltag iværksættes.</p>
<p>Beskriv ydelsernes nærmere indhold (hvad, hvem, hvornår og hvordan) 1. Lungemedicinsk Afdeling med udskrivelse til Skive Kommune: På hospitalet: Screening til DÆMP ud fra samme kriterier som til det opfølgende hjemmebesøg, hvorefter der sendes en korrespondance til kommunen. I kommunen: Besøg af hjemmesygeplejerske inden for 24-48 timer efter udskrivelse. Samtidig sikres, at nødvendige tiltag iværksættes. 2. Akutafdelingen med udskrivelse til Viborg Kommune: På hospitalet: Det sygeplejefaglige personale henviser til DÆMP på baggrund af fagligt skøn.</p>

Akutteamet i kommunen: Gennemfører screening på de henviste borgere direkte fulgt op af intervention, hvis borgeren screenes positiv til indsatsen (afveg kun med én enkelt fra den gruppe, der var identificeret på baggrund af det faglige skøn).
Oplys om indsatsens omfang:
e. Antal borgere som modtager indsatsen (inkl. angivelse af borgere som indgår flere gange) 51 f. Antal ydelser de modtager (fx hjemmebesøg, IV-behandling osv.) 1 hjemmebesøg af en sygeplejerske fra enten hjemmesygepleje eller akutteam i kommunen. Besøget kan evt. indgå i en sekventiel indsats for målgruppen, hvor opfølgende hjemmebesøg er næste trin.
Opdel om muligt på måneder for at vise udviklingen over tid. Anvend gerne grafer/seriediagrammer Den ramme, indsatsen var forankret i, var rammen for prøvehandlinger. Dermed var indsatsen tidsmæssigt afgrænset, og det er derfor vanskeligt at sige noget overordnet om udviklingen over tid. Dog erfarde vi, at interventionen særligt i sengeafsnittet havde brug for at etablere sig. I starten blev der ikke lavet så mange DÆMP-markeringer, men i takt med en øget bevidsthed blandt personalet og rutine i arbejdsgangen, blev der også identificeret flere patienter, som kunne profitere af indsatsen. Oplys om projektaktiviteter i øvrigt

17. Faglig kvalitet
NB: Dette afsnit er selvevalueringens hovedfokus. Vurder om de deltagende borgere har fået den hjælp, som de havde brug for – i forhold til de opstillede mål og god professionel standard.
i. Beskriv datagrundlaget for efterfølgende besvarelse af den faglige kvalitet. (hvilken dokumentation ligger til grund) Interventionsgruppen har fået den ydelse, der var lagt op til. Der henvises i øvrigt til 2b.
j. På hvilke måder kan det sandsynliggøres, at indsatsen er udtryk for god faglig kvalitet? Beskriv: Indsatsen blev rettet imod en gruppe, der er udvalgt på baggrund af veldefinerede kriterier (opfølgende hjemmebesøg) samt det sygeplejefaglige skøn. Interventionen var endvidere baseret på de sygeplejefaglige fortegnelser, som det kommunale dokumentationssystem er bygget op omkring. Det sikrer, at interventionen i kommunen dækker alle de sygeplejefaglige indsatsområder. Indsatsen demonstrerede en øget dialog og tættere samarbejde hen over sektorgrænsen imellem hospital og kommune.
k. Hvilke publicerede undersøgelser viser en positiv effekt af de afprøvede eller implementerede tiltag? Litteratur om betydningen af tidlig opfølgning, sammenhæng, overlevering...?
l. Hvordan er evidensen/dokumentationen overførbart til indsatsen i jeres klynge? Beskriv: Indsatsen vil med fordel kunne afprøves i andre klynger, idet kerneydelsen er overførbart. Hvordan man organiserer sig lokalt kan variere, og der vil derfor naturligt

<p>finde en kontekstualisering sted, men grundtanken med en tidlig kommunal opfølgning efter hospitalsindlæggelse i relation til målgruppen er ikke klyngespecifik.</p>
<p>Forløbskoordinationen: Datagrundlaget kan være journaloplysninger, registerudtræk/statistik og sundhedspersonalets vurdering – herunder rapportering af utilsigtede hændelser. Vurderingen kan kvalificeres af tværsektoriel casebaseret audit af konkrete forløb</p>
<p>q. Er fordelingen af ansvar for undersøgelse, diagnose, behovsvurdering, behandling (incl. medicinordination), træning og pleje tydeligt i det enkelte forløb? Ansvarsfordelingen blev tydeliggjort gennem direkte dialog.</p>
<p>r. Hvor stor en andel af de involverede medarbejdere kender de relevante tilbud og aftaler? Akutteamet i Viborg kommune blev introduceret til interventionen, herunder særligt den ydelse de skulle levere. Tilsvarende tog udviklingssygeplejersken rundt til distrikterne i Skive Kommune. På hospitalsafdelingerne var der løbende statusmøder.</p>
<p>s. Hvor ofte foregår samarbejdet som aftalt? Beskriv: Afgrænset til prøvehandlingsperioden.</p>
<p>t. Har hele målgruppen rent faktisk fået tilbuddet? (hvis ikke: Hvor mange og hvem er blevet ekskluderet og hvorfor?) Ja, måske med en enkelt undtagelse, hvor der blev takket nej</p>
<p>Henvises borgerne til de relevante tilbud?</p>
<p>u. Er forudsætningerne for relationel koordinering tilstede? (Fælles mål, fælles sprog, tillid og respekt) Vi er kommet langt med samarbejdet imellem hospital og kommune, men der er stadig et forbedringspotentiale i forhold til at skabe en fælles platform for den relationelle koordinering, som et sammenhængende patientforløb fordrer. Det er også i denne henseende, at Midtklyngen nu arbejder målrettet henimod etableringen af en fælles visitationsenhed, hvor hospitalsvisitationen, Call Centeret¹ og sygeplejersker fra kommunernes akutberedskab kommer til at indgå i et integreret samarbejde. Der etableres hermed et mere forpligtende tværsektorielt samarbejde, som vil kunne understøtte det tætte samarbejde imellem lægevagt, Akutafdeling og kommunalt personale.</p> <p>1. Videnscenter i Midtklyngen, hvor praktiserende læger kan få rådgivning om kommunale tilbud og alternativer til indlæggelse, hvor det er hensigtsmæssigt.</p>
<p>v. Hvad har fungeret godt? Systematik med tidlig opfølgning og fast defineret indsats.</p>
<p>w. Hvad har været de væsentligste udfordringer i indsatsen? DÆMP markering i IT-systemet både på tværs og internt.</p>
<p>x. Hvad skal forbedres? Øget videndeling og præcisering af indsatsen dér, hvor den skal leveres, så der opnåes en større ensartethed i tilbuddet.</p>

Projektspecifikt

Hvordan har antallet af udskrivesrapporter udviklet sig? Fra projektstart til slut (2013-2016) Ikke opgjort, men der henvises i øvrigt til punkt 3.
Hvordan har kvaliteten af udskrivesrapporter udviklet sig?

18. Brugeroplevelset kvalitet

Beskriv hvordan indsatsen opleves og vurderes af borgere/brugere (patienter og pårørende)

- tryghed
- tilfredshed
- støtte i forløb
- selvrapporteret helbredstilstand

Vurder i hvor høj grad målgruppen (de deltagende borgere/patienter) fået den hjælp, som de forventede/ønskede/efterspurgte

Henvisning til 2c. (Kan udbygges)

Beskrivelse og vurdering kan baseres på resultaterne af CFK's spørgeskemaundersøgelse
Spørgeskemadata kan suppleres med interviews, fokusgrupper, borgernes direkte feedback til sundhedspersonale og eventuelle rapporteringer af utilsigtede hændelser fra borgerne.

19. Sundhedstilstand

Beskriv – i det omfang det er muligt - hvordan indsatsen har påvirket populationens sundhedstilstand.

Brug data – og kom med eksempler - fra auditerede forløb og kvantitative opgørelser af fx funktionsevne og (gen)indlæggelser

Vurder om indsatsen har forbedret tilstanden hos populationen:

- e. populationens sundhedstilstand fx funktionsevne
Hvordan?

Da vi ikke har haft en baseline for borgernes funktionsniveau (man kan ikke forudse, hvem der bliver indlagt), beror evalueringen på en selv vurderet sundhedstilstand.

- f. forebygget genindlæggelser og uhensigtsmæssige indlæggelser'
Hvordan?

Opfølgende hjemmebesøg som baggrundspopulation?

20. Omkostninger

Anvend gerne graf (seriediagram) til at vise udviklingen i ydelser og omkostninger over tid.
Inkluder gerne egne beregninger som ikke indgår i CFK's tal, hvis sådanne foreligger.

Redegør – i det omfang det er muligt - for omkostningerne ved at koordinere forløb på den afprøvede måde:

- e. Hvad har indsatsen/sundhedsydelserne kostet i arbejdstid og andre udgifter i projektperioden? - Pr. borger? Sammenlignet med borgere i populationen som ikke modtager indsatsen **I kommunen har interventionen kostet 1,5 sygeplejetime pr borger samt opfølgende besøg med spørgeskema.**

- f. Hvad vil indsatsen koste fremadrettet i daglig drift pr. år – med hvilke forudsætninger (antal borgere/forløb osv)

Eksempel fra Skive kommune: Her har man estimeret, at det vil kræve en opnormering med 3 sygeplejersker, hvis man skal drifte tilbuddet fremadrettet.

Beskriv hvordan og i hvor høj grad indsatsen har påvirket populationens samlede forbrug af sundhedsydelser
Hvor mange - og hvilke - andre eksisterende sundhedsydelser/udgifter er evt. forebygget/sparet:
o. Sygehusindlæggelser – incl. genindlæggelser?
p. Ambulante ydelser?
q. Medicin?
r. Kommunale sundhedsydelser?
s. Konsultation hos egen læge?
t. Vagtlægekonsultationer?
u. Andet?
21. Samlet vurdering af resultater
Er de opstillede mål nået? a. Har indsatsen forebygget u hensigtsmæssige genindlæggelser? På nuværende tidspunkt kan vi ikke sige noget entydigt omkring genindlæggelsesfaktoren (forebyggelige), som er meget vanskelig at monitorere på, men vi kan se et behov for den type af samarbejde, som DÆMP er et eksempel på. DÆMP-projektet har vist potentiale i forhold til at forbedre overgangen fra sygehus til eget hjem og bekræftet, at det fortsat er nødvendigt at sætte ind med et øget fokus på videndeling og samarbejde sektorerne imellem. b. Er de afprøvede tiltag omkostningseffektive? Har de reduceret andre ydelser? De samlede udgifter for region, kommune og praksis er endnu ikke gjort op. Vi kan på nuværende tidspunkt derfor kun identificere nogle mønstre og tendenser i antallet af sygehuskontakter. Fra Lungemedicinsk Afdeling ser tallene ud som følger. På aggregeret niveau havde de 7 patienter, der er opgjort data på, 3 kontakter før indsatsen, 21 under og 9 efter. Da projektet er gennemført på prøvehandlingens præmisser har der ikke været en kontrolgruppe, og det er derfor vanskeligt at sige, om de 9 kontakter efter indsatsen er en faktisk reduktion i forhold til, hvordan kontaktmønsteret havde været uden DÆMP. Til gengæld ser vi på Akutafdelingen et markant fald i antallet af kontakter, idet den samlede population på 42 patienter før indsatsen havde 32 kontakter, i projektperioden 84 kontakter, men de efterfølgende tre måneder kun 17 kontakter, som her omfatter indlæggelse og ambulant kontakt. c. Hvilken virkning har indsatsen haft på sundhedstilstanden for målgruppen? Indsatsen er svær at adskille fra andre indsats, og det er derfor ikke muligt at lave en direkte årsag-virkningsanalyse. Det, vi imidlertid kan sige, er, at den tidlige indsats gør det muligt at komme mere systematisk ud i borgerens hjem med henblik på at hjælpe borgeren videre efter indlæggelse. Hvor stor en andel af målgruppen er inkluderet? De 51 borgere udgør...
22. Organisering af indsats og projekt
Beskriv klyngens samarbejde om den ældre medicinske patient mellem kommuner, hospital og almen praksis i det enkelte forløb og mere generelt. Henvisning til ovenstående.
23. Andre erfaringer
Beskriv fordele og ulemper, styrker og svagheder ved indsatsen (de afprøvede tiltag).
24. Planer for den videre indsats i klyngen
Hvad er besluttet i klyngen? Skal indsatsen fortsætte, udbredes, ændres, droppes? Hjemmesygeplejen arbejder med at udbrede den tidlige indsats. Dertil kommer de nye initiativer i forhold til visitationssamarbejdet.
25. Potentiale for udbredelse til andre klynger og regioner

Selvevaluering. Forløbskoordination 2013-2016. Den Ældre Medicinske patient. Region Midtjylland

Jeres vurdering af om det I har afprøvet med fordel kan udbredes til andre klynger og regioner. Husk begrundelse/argumenter og præmisser:
a. Fordele? Se 4d.
b. Forudsætninger? Effektiv kommunikation, sygeplejedækning hen over døgnet
c. Forbehold? indsatsen er ikke kontekstafhængig, men organiseringen af ydelsen bør tilpasses locale forhold. Fra Viborg kommune anbefaler man eksempelvis, at kendte borgere visiteres til en indsats ved hjemmesygeplejen, mens nye borgere i systemet går til akutteamet med henblik på at undgå parallelt besøg ved kendte borgere.
Oplys gerne – hvis I ved det – hvor en tilsvarende indsats allerede er indført.
26. Konklusion og anbefalinger til det videre arbejde
Hvilke resultater kan projektet dokumentere? Identificere ukendte borgere i det kommunale system, som derved kan undgå at blive såkaldte 'svingdørspatienter' i sygehusvæsenet.. Hvad har I lært? (vigtigste erfaringer) Ikke mindst betydningen af, at der er en organisation, der kan tage imod. Var jeres "virkningsteori"/hypotese korrekt – eller hvordan er den nu? Hvad er jeres anbefalinger om det videre forløb? Systematik i opfølgning.
Denne selvevalueringssrapport er (med input fra kommunale samarbejdspartnere):
Udarbejdet af Navn(e): Anna Marie Kirkegaard Nielsen Titel: Kvalitetskonsulent Telefonnummer: 78441331 Mailadresse: anna.kirkegaard@midt.rm.dk Dato: 15-06-2016
Godkendt af Navn(e): Titel: Organisatorisk placering på ansvarlig leder:

Bilag
Som bilag kan vedlægges: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Anvendte redskaber, fx registreringsskemaer og skærbilleder<input type="checkbox"/> De anvendte dataindsamlingsmetoder og tabeller med datagrundlaget.<input type="checkbox"/> Referencer og kilder, som projektet/indsatsen og denne selvevaluering bygger på.<input type="checkbox"/> Omtale i medier (fx avisartikler).<input type="checkbox"/> Pjecer og informationsmateriale til borgere og professionelle<input type="checkbox"/> Tekster, rapporter, notater, referater, som er skrevet som en del af projektet.<input type="checkbox"/> Eventuel anden dokumentation

Randersklyngen

**Selvevaluering: Forløbskoordination 2013 – 2016. Den ældre medicinske patient.
Region Midtjylland.**

Klynge: Randersklyngen

Hospital: Regionshospitalet Randers

Kommuner: Favrskov, Norddjurs, Randers og Syddjurs

1. Projektets navn

Oplys klyngeprojektets officielle navn (Den forstærkede indsats overfor ældre medicinske patienter Forløbskoordination for særligt svækkede patienter osv.) og " det daglige navn" (kort form):

Tværasektorielt patientforløb for borgere med hoftenær fraktur.

Daglige navn: Projekt hoftenær fraktur

Projektperiodens start og slutdato:

Start: 01.09.14 slut: 30.11.14 Pilotprojekt)

2. Formål og mål:

Definer projektets målgruppe (hvem er indsatsen rettet mod):

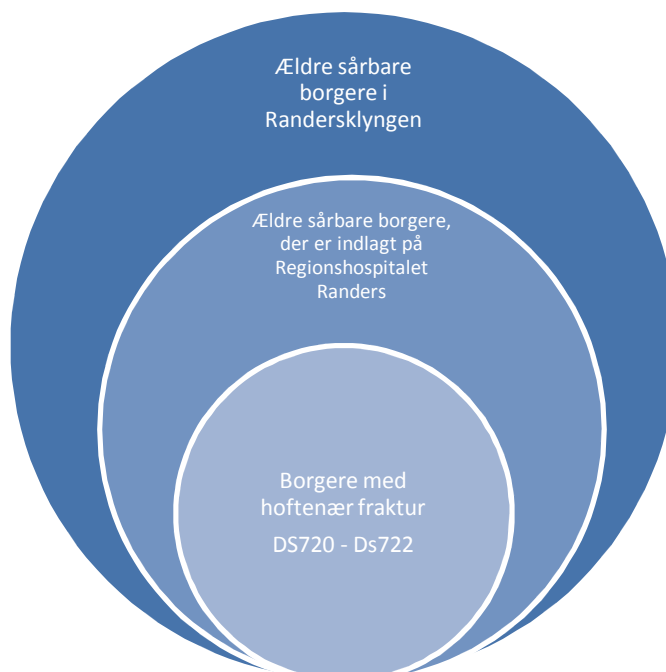
Deltagere:

Alle patienter indlagt med hoftenær fraktur

(Diagnose DS720 – DS722) fra

Favrskov, Norddjurs, Randers og

Syddjurs Kommune



I pilotprojektet indgår 95 patienter.

Patienter med hoftenær fraktur er kendetegnet ved høj alder og har ofte udover bruddet livsstils- og andre medicinske problemstillinger. Patienterne har typisk efter indlæggelsen behov for opfølgende og forebyggende indsats.

<p>A. Er det alle "særligt svækkede ældre medicinske patienter" i hospitalets optageområde? Alle patienter indlagt med hoftenær fraktur (Ds720 – ds722).</p> <p>B. Er der særlige inklusions – og eksklusionskriterier, f.eks. alder? Alle borgere med hoftenær fraktur (Ds720 – ds722) fra de fire klyngekommuner inkluderes</p> <p>C. Hvor stor er målgruppen og populationen? Ca. 340 borgere indlægges årligt på Regionshospitalet Randers med hoftenær fraktur. I pilotprojektet indgik 95 patienter.</p>
<p>Formål: Hvorfor er projektet/indsatsen vigtig og relevant? Patienter med hoftenær fraktur har ofte et komplekst sygdomsbillede og har typisk behov for behandling, pleje og genoptræning på både hospital, hos egen læge og i kommunalt regi. Det forventes at en forbedret tværsektoriel indsats vil kunne give et væsentlig kvalitetsløft til patientgruppen og samtidig være udgiftsneutralt.</p> <p>Formål:</p> <ul style="list-style-type: none">• At en forbedret tværsektoriel indsats, hvor rehabilitering sker så tæt på borgerens nærmiljø som muligt vil betyde et kvalitetsløft for borgere med hoftenær fraktur. <p>Er der lavet en indsnævring med fokus på bestemte indsatser? Hvilke indsatser er der tale om: Der er udarbejdet en tværsektoriel patientforløbsbeskrivelse fra bruddets opståen til afslutning af rehabilitering. Forløbet beskriver både de " interne linjer på hospitalet og i kommunen" samt overgange. Desuden er udskrivningskriterier beskrevet. Se patientforløbsbeskrivelse- Bilag 1.</p>
<p>Resultatmål: Hvad vil I helt konkret opnå med projektet?</p> <p>A. sundhedstilstand:</p> <ul style="list-style-type: none">• At mortaliteten ikke stiger (standard =<10%) At antallet af genindlæggelser ikke stiger*• At borgeren genvinder bedst mulig funktionsevne <p>B. Faglig kvalitet (hvilke mål er sat?)</p> <ul style="list-style-type: none">• At liggetiden reduceres til 3 dage i ukomplicerede forløb (forventet 90% af målgruppen)• At patienten er smertedækket og undgår morfinholdige præparater• At patienten opereres indenfor 6 timer efter indlæggelse (undtaget om natten)• At patienten mobiliseres/ starter genoptræning på operationsdagen• At behov for genoptræning efter udskrivelsen vurderes og der udarbejdes genoptræningsplan• At patienten starter genoptræning i kommunen 3 hverdage efter udskrivelsen **• At relevante oplysninger mellem sektorer udveksles rettidigt <p>C. Brugeroplevelse kvalitet (hvilke mål er sat?)</p> <ul style="list-style-type: none">• At borgeren oplever et sammenhængende forløb• At borger/pårørende er informerede og inddraget i behandling, pleje og rehabilitering• At borgeren er smertedækket <p>D. Omkostninger og organisatorisk kvalitet i øvrigt:</p> <ul style="list-style-type: none">• At omlægningen af patientforløbet ikke betyder øgede omkostninger• At hospital og kommuner tilpasser arbejds gange til patientforløbet

* I projektet og Dansk Tværfagligt Register for hoftenære lårbensbrud indgår alle akutte indlæggelser uanset årsag inden for 30 dage efter udskrivelse fra sygehus med diagnosen hoftenær lårbensbrud (standard $\leq 20\%$). I forhold til DÆMP måles der på forebyggelige indlæggelser.

** Favrskov, Norddjurs og Syddjurs kommuner starter genoptræning i kommunen 3 hverdage efter udskrivelsen. I Randers Kommune er det politisk besluttet, at patientgruppen ikke prioriteres fremfor andre grupper.

Procesmål:

A. Hvad gør I for at opnå resultatmålene?

Før og under pilotprojektet:

- Patientforløbsbeskrivelsen er gennemgået for relevant personale på hospitalet og i kommunerne for at sikre at alle har viden om ændringen. Der er arbejdet med implementering af alle delområder i forløbet
- Evaluering efter pilotprojekt ved dataudtræk, audit og patientinterviews
- Opfølgning og justering efter evaluering

B. Hvor mange borgeres forløb er det målet at koordinere i projektperioden og pr. uge/måned?

- Alle borgere med hoftenær fraktur indlagt i perioden 01.09.- 30.11.14. I alt 95 patienter indgik svarende til ca. 30 patienter pr. måned.

Succeskriterier i øvrigt:

Redegør gerne grafisk i form af driverdiagram (skabelon vedlagt) – for projektets hypotese. Figuren skal gerne vise hvilke indsatser (aktiviteter og ydelser) der fører til hvilke resultater på det konkrete niveau.

Se vedlagte: Driverdiagram og målskema (**bilag 2**)

3. Indsats, ydelser og aktiviteter:

Beskriv den indsats overfor målgruppen, som projektet indebærer:

Hvilke tilbud eller ydelser til borgerne har projektet fokus på?

I forhold til patienten har fokus været et veltilrettelagt og sammenhængende patientforløb med hurtig behandling, hvor patienten er informeret og inddraget. Der har været fokus på følgende indsatser i forløbet:

- Operation inden for 6 timer efter indlæggelsen – (ikke om natten).
- At patienten er smertedækket og at morfinpræparater undgås – der anlægges ved ankomst femoralisbloade og ordineres smertepakke og patienten smertescorers min. x3 daglig (NRS)
- Mobilisering/genoptræning starter på operationsdagen
- Sufficent kost
- Information til patient og pårørende om forløb inkl. udlevering af pjece, der beskriver forløbet
- Inddrage patient/pårørende i behandling, pleje og planlægning af udskrivelse
- Rettidig og relevant information mellem hospital og kommune
- Tidlig kontakt til hjemmeplejen (kommunikation) med henblik på planlægning af udskrivelse
- Vurdering af genoptræningsbehov
- Vurdering af behov for hjælpemidler samt bestilling heraf
- Vurdere patientens status i forhold til udskrivningskriterier
- Screene for opfølgende hjemmebesøg
- Iværksættelse af hjælp fra hjemmeplejen

- Sikre at hjælpemidler er til rådighed i hjemmet uanset tidspunkt for udskrivelse
- Plejepersonalet i kommunen har skærpet opmærksomhed på ADL funktioner i udførelsen af de daglige plejeopgaver
- Hurtig opstart af genoptræning efter udskrivelsen (3 hverdage) undtaget Randers Kommune)

Beskriv ydelse(r) nærmere indhold (hvem, hvad, hvornår og hvordan):

Tilrettelæggelse af forløb:

Forløbet er tilrettelagt, således at patienten hurtigt klargøres til operation og den postoperative behandling, pleje, genoptræning og information til patienten samt inddragelse er beskrevet dag for dag med observationer og handlinger. Endvidere fremgår det, hvem der er ansvarlig for opgaven. **Se patientforløbsbeskrivelse (Bilag 1**

Oplys om indsatsens omfang:

A. Antal borgere som modtager indsatsen (inkl. borgere som indgår flere gange)

I pilotprojektet indgik 95 borgere heraf er der gennemført audit på 36 forløb.

Alle borgere der indlægges med hoftefraktur – ca. 340 borgere årligt.

B. Antal ydelser de modtager (f.eks. hjemmebesøg IV – behandling osv.)

I evalueringen er det undersøgt hvilke nye ydelser kommunen igangsætter hos borgeren umiddelbart efter udskrivelsen, og som de ikke modtager før indlæggelsen. Der er igangsat følgende ydelser:

- Praktisk hjælp (4)
- Personlig pleje (14)
- Hjemmesygepleje (12)
- Hjælpemidler (27)
- Madordning (5)
- Genoptræning (31)

Tallet i parentes angiver antal patienter, hvor ydelsen er startet efter udskrivelsen.

4. Faglig Kvalitet

Dette afsnit er selvevalueringens hovedfokus.

Vurder om de deltagende borgere har fået den hjælp, som de havde brug for – ift. de opstillede mål og god professionel standard.

A. Beskriv datagrundlaget for efterfølgende besvarelse af den faglige kvalitet (hvilken dokumentation ligger til grund)

Pilotprojektet omfatter 95 patienter, og er evalueret dels ved dataudtræk (95 patienter), audit (36 patienter) og patientinterview (16 patienter). Se Bilag 3 (Auditrapport med bilag – resultater og patientinterview).

Der er lavet dataudtræk på alle patienter indlagt med hoftefraktur under pilotprojektet. Det blev vurderet, at der ikke var ressourcer til at auditere og lave patientinterview med alle patienter, hvorfor alle patienter der er udskrevet i perioden 20.10.14 – 30.11.14 indgår i audit og patientinterview.

B. På hvilke måder kan det sandsynliggøres, at indsatsen er udtryk for god faglig kvalitet?

Beskriv:

Det ændrede forløb med hurtig operation og tidligere mobilisering er medvirkende til at patienten undgår komplikationer som følge af sengeleje.

Bedre smertedækning bevirker også, at patienten har større velbefindende og bedre kan mobiliseres. Den kortere liggetid vurderes at være en gevinst for patienten, da der oftest er tale om sårbare ældre patienter, som under indlæggelse er i risiko for funktionstab og som fungerer bedst i vante

omgivelser.

Samarbejde og koordinering vedr. udskrivelse mellem hospital og kommune er skærpet med udveksling af rettidig og relevant information.

Endvidere har kommunen i den daglige pleje efter udskrivelsen skærpet opmærksomhed på ADL funktioner og hurtig opstart af genoptræning med henblik på at patienten genvinder bedst mulig funktionsevne.

Sundhedstilstand:

Mortalitet: (dataudtræk)

Et af de parametre der måles på i Dansk Tværfaglig register for Hoftenære Lårbensbrud er mortalitet. Her måles på andelen af patienter, der er i live 30 dage efter operationen. Standard = > 90%.

I pilotprojektet indgik 95 patienter og 11 var døde indenfor 30 dage efter operationen svarende til 11%.

Genindlæggelser: (dataudtræk)

I projektet og Dansk Tværfagligt Register for hofte- og lårbensbrud indgår alle akutte indlæggelser uanset årsag inden for 30 dage efter udskrivelse fra sygehus med diagnosen hofte- og lårbensbrud (standard $\leq 20\%$).

I projektperioden har 20%* været genindlagt inden for 30 dage efter udskrivelsen. I 2015 blev 16,8%* genindlagt. Et af målene i projektet var at antallet af genindlæggelser ikke måtte stige og derfor er samtlige genindlæggelser i pilotprojektet analyseret ved gennemgang af journal. Det vurderes at 9 – 10 genindlæggelser kunne have været forebygget ved en anden indsats enten på hospitalet, i kommunen eller ved praktiserende læge.

* I projektperioden er tallene trukket fra LPR og antallet af genindlæggelser i 2015 er fra Dansk Tværfagligt Register for Hoftenære Lårbensbrud

At borger genvinder bedst mulig funktionsevne:

Patienterne mobiliseres og starter genoptræning allerede på operationsdagen og efter udskrivelsen opstartes genoptræning i kommunen efter 3 hverdage (undtaget Randers Kommune).

Der er gennemført interview med 16 patienter 1 – 2 måneder efter udskrivelsen. Patienterne er bl.a. blevet spurgt om i hvor høj grad, de er kommet i gang med dagligdagsfunktioner, som de kunne før operationen, f.eks. gå, stå, rejse sig, stå ud af sengen m.v. Her svarer 68% at de i høj eller nogen grad, 25% i mindre grad og 6% slet ikke.

Derudover er det undersøgt hvilke ydelser borgeren stadig får 3 måneder efter udskrivelsen. 5 får ingen hjælp, 1 patient får stadig genoptræning og 2 får vedligeholdende træning, 9 borgere får stadig hjælp til personlig pleje.

Kvalitet:

Faglig kvalitet:

Liggetid: (dataudtræk)

- Liggetiden på hospitalet reduceres fra 6,2 til 3 dage i ukomplicerede forløb (mål).

I pilotprojektet var den gennemsnitlige liggetid for alle 95 patienter 4,2 dage.

Nogle patienter med hoftebrud vil have komplicerede forløb og dermed længere indlæggelse. I projektet er alle patienter, som har været indlagt mere end 9 dage defineret som komplicerede (6 patienter) og ses der bort fra disse patienter er den gennemsnitlige liggetid 3,5 dage.

Smertedækning: (audit)

- Målet er at patienten skal være smertedækket og undgå morfinholdige præparater, da patienterne ofte bliver forvirrede og har risiko for andre bivirkninger af morfin.

Smertebehandling består af anlæggelse af femoralisblokada, når diagnosen er stillet samt smertepakke bestående af Pinex Retard, Naprosyn samt Garbapentin i 2 dage. Smertebehandlingen fortsætter i 14 dage efter udskrivelsen og medgives fra hopsitalet.

I pilotprojektet har 80% af patienterne fået anlagt femoralisblokada og alle undtagen en har fået ordineret smertepakke præoperativt.

Ved journalgennemgang viser det sig, at alle patienter på et eller andet tidspunkt under indlæggelsen har fået morfin.

Ved patientinterview angiver 86% af patienterne at de har fået en virkelig god eller god smertebehandling under indlæggelsen og 66% oplyser at de har fået en virkelig god eller god smertebehandling efter udskrivelsen.

Operation: (Audit)

- At patienten opereres indenfor 6 timer efter indlæggelsen undtaget om natten.

11% blev opereret indenfor 6 timer, 37% opereret indenfor 6 – 12 timer, 41% opereret indenfor 12 – 24 timer og 11% opereret efter 24 timer.

Årsagen til operation efter 24 timer skyldes medicinske årsager

Patienterne opereres ikke om natten og det betyder, at patienter der indlægges aften og nat først opereres næste dag.

For at belyse om der er sammenhæng mellem indlæggelsestidspunkt og operationstidspunkt er det undersøgt, hvornår på døgnet patienter med hoftenær fraktur indlægges. Af de 97 patienter der indgår i pilotprojektet er 24% indlagt om dagen, 52% om aftenen og 24% om natten.

Mobilisation/genoptræning (audit)

- At patienten mobiliseres/starter genoptræning på operationsdagen.
- At genoptræning i kommunen opstartes 3 hverdage efter udskrivelsen (3 kommuner)

Patienterne er mobiliseret ved plejepersonale på operationsdagen. 33% af patienterne er startet genoptræning ved fysioterapeut og 66% er startet genoptræning 1. postoperative dag.

Fysioterapeuten er ikke til stede om aftenen og mange patienter kommer først tilbage til afdelingen efter operation om aftenen, hvorfor det ikke har været muligt at starte genoptræning på alle patienter på operationsdagen. Patienterne får genoptræning to gange daglig ved fysioterapeut alle ugens dage.

Der er udarbejdet genoptræningsplaner på 90% af patienterne og genoptræningen i kommunen er opstartet 6.9 kalenderdage efter udskrivelsen (alle fire klyngekommuner). I de 3 kommuner, hvor det er besluttet, at genoptræningen opstartes efter 3 hverdage er genoptræning opstartet gennemsnitligt efter 4 kalenderdage.

Kommunikation mellem hospital og Kommuner: (audit)

- At relevante oplysninger mellem sektorer udveksles rettidigt.

Hospitalet tager typisk kontakt til kommunen på indlæggelsesdagen eller dagen efter. I få forløb er der taget kontakt til kommunen to dage efter indlæggelsen eller senere.

Indlæggelsesrapport:

16% af borgerne modtog ikke kommunale ydelser før indlæggelsen og derfor har hospitalet ikke modtaget indlæggelsesrapport.

Oplysningerne i den automatisk fremsendte indlæggelsesrapport vurderes i 55% ikke at indeholde tilstrækkelige oplysninger pga. manglende sygeplejefaglige oplysninger og manglende opdatering af funktionsniveau.

Udskrivningsrapporten vurderes af kommunerne ikke at være fyldestgørende i 22 %.

Brugeroplevet kvalitet: (patientinterview)

- At borgeren oplever et sammenhængende forløb.

For at belyse den brugeroplevede kvalitet er der gennemført patientinterview. Patienterne er blevet bedt om at vurdere tilrettelæggelsen af det samlede behandlingsforløb og 86% vurderer at forløbet har været virkelig godt/godt tilrettelagt.

- At borger/pårørende er informerede og inddraget i behandling og pleje.

I forhold til inddragelse i de beslutninger, der skulle træffes om behandling pleje og genoptræning svarer 86%, at de og deres pårørende har været inddraget i passende omfang.

Med hensyn til information eller viden om, hvad der skulle ske under indlæggelse og efter udskrivelsen svarer 60%/62% at de i høj eller nogen grad vidste hvad der skulle ske under indlæggelsen/efter udskrivelsen.

C. Hvilke publicerede undersøgelser viser en positiv effekt af de afprøvede eller implementerede tiltag?

Resultaterne fra projektet har været præsenteret i flere sammenhænge som en del af projektet Sundhedsstrategisk ledelse af det nære sundhedsvæsen.

Resultaterne har været præsenteret på konference i Dansk selskab for ortopædkirurgiske sygeplejersker (Poster). Se bilag 4 (Poster : Unikt samarbejde om patienter med hoftenært brud)

D. Hvordan er evidensen/dokumentationen overførbart til indsatsen i jeres klynge:

Beskriv:

Metoden med laboratoriemodellen og at alle interessenter har deltaget fra starten og været fælles om beskrivelse af patientforløbet kan anvendes ift. beskrivelse af forløb og indsatser for andre patientgrupper i Randersklyngen.

Forløbskoordination:

Datagrundlaget kan være journaloplysninger, registerudtræk, statistik og sundhedspersonalets vurdering – herunder rapportering af utilsigtede hændelser.

Vurderingen kan kvalificeres af tværsektoriel casebaseret audit af konkrete forløb.

A. Er fordelingen af ansvar for undersøgelse, diagnose, behovsvurdering, behandling (inkl. medicinordination), træning og pleje tydeligt i det enkelte forløb?

Ja, fordeling af ansvar dels mellem faggrupper og dels mellem hospital og kommuner er beskrevet i patientforløbet. Se patientforløbsbeskrivelse

B. Hvor stor en andel af medarbejdere kender de relevante tilbud og aftaler?

Alle relevante medarbejdere kender patientforløbet. Inden opstart af pilotprojekt blev der afholdt informationsmøder i de fire kommuner og på hospitalet, hvor patientforløbsbeskrivelsen blev gennemgået. Desuden findes patientforløbsbeskrivelsen både på hospitalet og i kommuner.

C. Hvor ofte foregår samarbejdet som aftalt?

Pilotprojektet viste, at forløbene har fulgt patientforløbsbeskrivelsen, men alle mål er ikke nået.

D. Har målgruppen rent faktisk fået tilbuddet?(hvis ikke hvor mange og hvem er ekskluderet og hvorfor)

Alle patienter med hoftenær fraktur har. Hos ca. 10% af patienterne er det vurderet, at genoptræningsplan ikke var relevant pga. anden sygdom, f.eks. svær demens, kørestolsbrugere etc.

Henvises borgerne til de relevante tilbud?

A. er forudsætningerne for relationel koordinering tilstede? (Fælles mål, fælles sprog, tillid og respekt):

Ja - i Randersklyngen er der et godt samarbejde omkring patienter/borgere og der er tillid til at begge sektorer vil det bedste for patienten. I forhold til dette projekt har det fra starten været et fælles projekt og hospital, kommuner og almen praksis har i fællesskab beskrevet patientforløbet og specielt samarbejde og koordinering i overgangen.

B. Hvad har fungeret godt?

Projektgruppen har haft et godt kendskab til hinanden og mindre afvigelser i pilotprojektet er drøftet og løst undervejs.

Kommunerne oplever også en afsmittende effekt og større accept af, at også andre borgere udskrives på uvante tidspunkter.

C. Hvad har været de væsentligste udfordringer i indsatsen?

Udfordringerne i forhold til projektet har primært været interne i begge sektorer.

På hospitalet har patientforløbsbeskrivelsen krævet en omlægning af den nuværende indsats herunder arbejdsgange på tværs af akutafdeling, anæstesiafdeling, ortopædkirurgisk afdelingen samt den terapeutiske indsats.

Ortopædkirurgisk afdeling har nedsat en intern implementeringsgruppe for at nå i mål, da alle afdelinger ikke har været repræsenteret i projektgruppen.

I kommunerne er indsatsen indholdsmæssigt stort er den samme som hidtil, men patientforløbsbeskrivelsen fordrer en tidligere koordinering af forløbet efter indlæggelse samt en hurtigere kommunal indsats, f.eks. bestilling og udlevering af hjælpemidler i weekenden.

D. Hvad skal forbedres?

Pilotprojektet viste, at alle mål ikke er nået. Der er stadig områder, hvor vi i samarbejde kan gøre det bedre. Der arbejdes videre med henblik på at nå målene for de enkelte indsatser.

Der vil være fokus på at forebygge genindlæggelser. Kommunikationen mellem hospital og kommuner kan yderligere forbedres ved at øge kvaliteten i MedCom standarderne. Desuden er der ønske om, at alle patienter gennemgås af geriater under indlæggelsen.

I forhold til ældre borgere arbejder kommunerne med forskellige indsatser ift. at forebygge fald.

Projektspecifikt:

Hvordan har antallet af udskrivningsrapporter udviklet sig? Fra projektstart til slut (2013 – 2016):

Hos patienter, der efter en indlæggelse har behov for kommunale ydelser, er der altid medsendt udskrivningsrapport.

Hvordan har kvaliteten af udskrivningsrapporten udviklet sig?

I Randersklyngen er der efter implementering af MedCom standarder fokus på kvaliteten i rapporter og der arbejdes løbende med forbedringer. Evaluering efter pilotprojekt viste, at

indlæggelsesrapporterne i mere end 50% ikke var fyldestgørende, da der manglede sygeplejefaglige oplysninger og opdateret funktionsevnevurdering.

Udskrivningsrapporter indeholdt fyldestgørende og relevante oplysninger, dog vurderede kommunerne, at oplysningerne i 22% af udskrivningsrapporterne manglede oplysninger til brug for den videre pleje og behandling. Specielt medicin er et problemområde, da medgivet medicin, recept og medsendt medicinliste ikke altid stemmer overens.

5. Brugeroplevet kvalitet:

Beskriv hvordan indsatsen opleves og vurderes af borgere/brugere (patienter og pårørende)

- tryghed
- tilfredshed
- støtte i forløb
- selvrapporteret helbredstilstand

Vurder i hvor høj grad målgruppen (de deltagende borgere/patienter) fået den hjælp, som de forventede/ønskede/efterspurgte

**Beskrivelse og vurdering kan baseres på resultaterne af CFK's spørgeskemaundersøgelse
Spørgeskemadata kan suppleres med interviews, fokusgrupper, borgernes direkte feedback til sundhedspersonale og eventuelle rapporteringer af utilsigtede hændelser fra borgerne**

Til at belyse den brugeroplevede kvalitet var det planlagt at interviewe de 36 patienter, hvor der var gennemført audit. 16 patienter har deltaget i interview, da en del ikke kunne medvirke /ikke ønskede at deltage.

Patienterne er interviewet telefonisk 1 – 2 måneder efter udskrivelsen.

86% af de adspurgte patienter vurderer, at det samlede forløb har været tilrettelagt virkelig godt/godt og 81% vurderer, at samarbejdet mellem hospital og kommuner har været virkelig godt/godt, mens 12% ikke har kunnet vurdere det.

Patienterne har alle oplevet en virkelig god/god modtagelse på hospitalet og angiver, at de og deres pårørende har været inddraget i passende omfang, når der skulle træffes beslutninger om behandling, pleje og genoptræning.

Færre (ca. 2/3) havde viden om havde der skulle ske under indlæggelsen og efter udskrivelsen.

69% var meget trygge/trygge ved at skulle hjem fra hospitalet.

Indsatsen efter udskrivelsen – pleje, træning og praktisk hjælp vurderer 87% af patienterne som virkelig god/god.

1 – 2 måneder efter udskrivelsen angiver 68% af patienterne, at de i høj eller i nogen grad er kommet i gang med vanlige dagligdagsfunktioner.

Ingen af de adspurgte har forslag til ændringer i forløbet.

6. Sundhedstilstand:

Beskriv – i det omfang det er muligt - hvordan indsatsen har påvirket populationens sundhedstilstand.

Brug data – og kom med eksempler - fra auditerede forløb og kvantitative opgørelser af fx funktionsevne og (gen)indlæggelser

Vurder om indsatsen har forbedret tilstanden hos populationen:

A. Populationens sundhedstilstand, f.eks. funktionsevne:

Alle borgere, der udskrives efter hoftenær fraktur har nedsat funktionsevne ved udskrivelsen.

Kommunerne har på de borgere, hvor der er gennemført audit opgjort hvilke ydelser borgeren stadig får 3 måneder efter bruddet. 1 patient får stadig genoptræning og 2 vedligeholdende træning, 1 patient har stadig hjælpemidler og 9 patienter får stadig hjælp til personlig pleje. Bedømt ud fra disse oplysninger vurderes, at borgeren er på vej til at genvinde bedst mulige funktionsevne.

Desuden oplyser 68% af patienterne i patientinterview, at de i høj eller nogen grad er kommet godt i gang med de vanlige dagligdagsfunktioner.

B. Forebygget genindlæggelser og uhensigtsmæssige indlæggelser.

Et af målene i projektet var at antallet af genindlæggelser ikke måtte stige. Pilotprojektet viste dog at 20% blev genindlagt (alle genindlæggelser). Der er foretaget en analyse af genindlæggelser under pilotprojektet og det vurderes, at knap halvdelen af genindlæggelserne kunne have været forebygget.

Der følges op på antal genindlæggelser

7. Omkostninger

Anvend gerne graf (seriediagram) til at vise udviklingen i ydelser og omkostninger over tid. Inkluder gerne egne beregninger som ikke indgår i CFK's tal, hvis sådanne foreligger. Redegør – i det omfang det er muligt - for omkostningerne ved at koordinere forløb på den afprøvede måde:

A. Hvad har indsatsen/sundhedsydelserne kostet i arbejdstid og andre udgifter i projektperioden? Pr. borger? Sammenlignet med borgere i populationen som ikke modtager indsatsen?

På hospitalet er sengedagsforbruget reduceret, men der anvendes de samme ressourcer, da opgaverne ift. patienten er de samme, men koncentreret over kortere tid.

De direkte afledte omkostninger for kommunerne har grundet god planlægning og kommunikation været ubetydelige. De tidligt udskrevne borgere har naturligvis modtaget kommunale ydelser umiddelbart efter udskrivelsen, men dette er for en stor del imødegået af en hurtigere genopnåelse af det habituelle funktionsniveau.

B. Hvad vil indsatsen koste fremadrettet i daglig drift pr. år – med hvilke forudsætninger (antal borgere/forløb osv.)

Som beskrevet under punkt A.

Beskriv hvordan og i hvor høj grad indsatsen har påvirket populationens samlede forbrug af sundhedsydelser.

Hvor mange – og hvilke – andre eksisterende sundhedsydelser/udgifter er evt. forebygget/sparet:

A. Sygehusindlæggelser – incl. genindlæggelser?

B. Ambulante ydelser?

C. Medicin?

D. Kommunale sundhedsydelser?

E. Konsultation hos egen læge?

F. Vagtlægekonsultationer?

<p>G. Andet? Kan ikke vurderes. Data trukket af Defactum.</p>
<p>8. Samlet vurdering af resultater:</p> <p>Er de opstillede mål nået? Alle mål i projektet er ikke nået, men der arbejdes kontinuerligt på at forbedringer i ft. målopfyldelse.</p> <p>A. Har indsatsen forebygget u hensigtsmæssige genindlæggelser? Antallet af genindlæggelser er ikke reduceret i pilotprojektet. Der er generelt fokus på at reducere antallet af u hensigtsmæssige indlæggelser. I Dansk Tværfagligt Register for Hoftenære Lårbensbrud er standarden, at højst 20% genindlægges (alle akutte genindlæggelser uanset årsag). i Hele 2014 blev 18.6% genindlagt</p> <p>B. Er de afprøvede tiltag omkostningseffektive? Det vurderes, at kvaliteten i patientforløbet er øget med anvendelse af de samme ressourcer.</p> <p>C. Hvilken virkning har indsatsen haft på sundhedstilstanden for målgruppen? Patienterne har kortere indlæggelsesforløb og rehabiliteringen sker i borgerens nærmiljø. Det betyder, at patienten er i vante omgivelser med den betydning det har for helbred og velbefindende.</p> <p>D. Hvor stor en andel af målgruppen er inkluderet? Alle patienter med hofte nær fraktur (Diagnose DS720 – DS 722)</p>
<p>9. Organisering af indsats og projekt:</p> <p>Beskriv klyngens samarbejde om den ældre medicinske patient mellem kommuner, hospital og almen praksis i det enkelte forløb og mere generelt.</p> <p>I Randersklyngen er der et godt samarbejde omkring patienter/borgere og der er tillid til at begge sektorer vil det bedste for patienten. Projektet om hofte nær frakturer er startet som et laboratorium under projektet Sundhedsstrategisk ledelse af det nære Sundhedsvæsen, Dette projekt har fra starten været et fælles projekt og hospital, kommuner og almen praksis har i fællesskab beskrevet patientforløbet og specielt samarbejde og koordinering i overgangen. Projektgruppen har et godt kendskab til hinanden og mindre afvigelser undervejs er drøftet og løst undervejs.</p>
<p>10. Andre erfaringer:</p> <p>Beskriv fordele og ulemper, styrker og svagheder ved indsatsen? (de afprøvede tiltag) I forhold til projektet er det både en styrke og en fordel, at hospital, kommuner og almen praksis har deltaget fra starten og i fællesskab beskrevet forløbet. Informationsmøder med gennemgang af patientforløbet inden opstart af pilotprojekt har givet mange medarbejdere et godt kendskab til forløbet. Kommunerne oplever at projektet har givet større forståelse for og accept af, at patienter udskrives til hjemmet, når de ikke længere er behov for indlæggelse.</p> <p>I forhold til vurdering af resultater mangler der en før måling inden projektstart og den brugeroplevede kvalitet inden omlægning af forløbet kendes ikke.</p>

11. Planer for den videre indsats i klyngen
Hvad er besluttet i klyngen? Skal indsatsen fortsætte, udbredes, ændres droppes? Indsatsen er implementeret i Randersklyngen.
12. Potentiale for udbredelse til andre klynger og regioner
Jeres vurdering af om det I har afprøvet med fordel kan udbredes til andre klynger og regioner. Husk begrundelser/argumenter og præmisser: Projektet og metoden kan udbredes til både andre patientforløb og andre klynger. A. Fordele? Projektet er gennemført i samarbejde mellem hospital, kommuner og almen praksis. Det betyder meget ift. til omlægning af forløb, at alle deltager fra starten og der er enighed om, hvor opgaven skal løses. Af patientforløbsbeskrivelsen fremgår tydeligt hvor ansvaret for de enkelte indsatser er placeret. B. Forudsætninger? Nogle af de forudsætninger som er vigtige i gennemførelse af projekter hvor der sker omlægninger i patientforløb er udviklingsvilje, ledelsesopbakning og godt samarbejde. C. Forbehold? Ved udbredelse af projekt, bør der nedsættes en lokal gruppe, der tilpasser projektet til lokale forhold, da samarbejdet og enighed om opgaveløsningen er vigtig for at opnå resultater. Oplys gerne - hvis I ved det – hvor en tilsvarende indsats allerede er indført. Har ikke kendskab til tilsvarende forløb andre steder,
13. Konklusion og anbefalinger til det videre arbejde:
Hvilke resultater kan projektet dokumentere? Hvad har I lært? (vigtigste erfaringer) Var jeres "virkningsteori"/hypotese korrekt – eller hvordan er den nu? Hvad er jeres anbefalinger om det videre forløb` Pilotprojektet viste, at patientforløbsbeskrivelsen kan anvendes og stort set er fulgt. Evalueringen viser gode resultater, men alle målene er ikke nået. Antallet af genindlæggelser var for højt i pilotprojektet og er efterfølgende analyseret. Det vurderes, at 8 – 9 genindlæggelser kunne være forbygget ved en anden indsats enten i kommunen, i almen praksis eller på hospitalet. Nogle af genindlæggelserne* (Se nedenfor) kunne i stedet have været akutte/subakutte ambulante kontakter. 8 patienter er udskrevet samme dag eller dagen efter genindlæggelsen. Det ændrede forløb og der kortere liggetid vurderes som en gevinst for patienten, da der ofte er tale om sårbare ældre patienter, som under indlæggelse er i risiko for funktionstab og som har det bedst i vante omgivelser. Patienterne har været tilfredse med sammenhængen i forløbet og har følt sig inddraget i passende omfang. En de erfaringer der kan drages af projektet er samarbejdet mellem sektorerne omkring en fælles opgave.

Der var ønske om et forbedret forløb for patienter med hoftenær fraktur med rehabilitering i borgerens nærmiljø og resultaterne af projektet viser, at forløbet er forbedret til gavn for patienten.

Det anbefales at både samarbejdsform i projektet og patientforløbet implementeres.

* Forskellig registreringspraksis i akutafdelingerne gør det svært at sammenligne f.eks. genindlæggelser på tværs af hospitaler i regionen.

14. Denne selvevalueringsrapport er:

Udarbejdet af:

Navn(e): Hanne Mark

Titel: Specialkonsulent

Telefonnummer: 78420098

Mailadresse: hanne.mark@randers.rm.dk

Dato:

Godkendt af

Navn(e): Peter Mikkelsen

Titel: Ældrechef Favrskov Kommune

Organisatorisk placering på ansvarlig leder:

Bilag:

Patientforløbsbeskrivelse - bilag 1

Driverdiagram og mål – bilag 2

Auditrapport inkl. patientoplevelser – bilag 3

Poster – bilag 4

Projektbeskrivelse – bilag 5

Patientinformation – bilag 6