



Martin Sandberg Buch og Marie Jakobsen

# Evaluering af indsats for forløbskoordination

Slutstatus for regionale og kommunale aktiviteter og resultater

Udarbejdet af KORA for Sundhedsstyrelsen



Det Nationale Institut  
for Kommuner og Regioners  
Analyse og Forskning

*Evaluering af indsats for forløbskoordination – Slutstatus for regionale og kommunale aktiviteter og resultater*

Publikationen kan hentes på [www.kora.dk](http://www.kora.dk)

© KORA og forfatterne, 2016

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

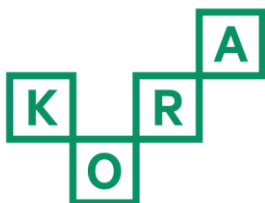
Udgiver: KORA

ISBN: 978-87-7488-912-0

Projekt: 10714

**KORA**  
**Det Nationale Institut for**  
**Kommuners og Regioners Analyse og Forskning**

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling samt bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut  
for Kommuners og Regioners  
Analyse og Forskning

Købmagergade 22  
1150 København K  
E-mail: [kora@kora.dk](mailto:kora@kora.dk)  
Telefon: 444 555 00

# Forord

I Folketingets nationale handlingsplan for ældre medicinske patienter udgør fælles forløbskoordination i overgangen mellem hospital og kommune det største af de prioriterede indsatsområder. Formålet med indsatsen er, at særligt svækkede ældre medicinske patienter får intensiveret, personligt tilpasset koordinerende støtte til et sammenhængende og trygt forløb, når de indlægges og udskrives fra hospital.

KORA har af Sundhedsstyrelsen fået til opgave at evaluere indsatsen vedrørende forløbskoordination. Evalueringen følger og understøtter for det første den overordnede fremdrift og udmøntning i regioner og kommuner. For det andet indsamler og formidler den anvisninger til det fremadrettede arbejde med forløbskoordination via casestudier af fire strategisk valgte modeller for forløbskoordination. Denne slutrapport følger op på midtvejsevalueringen og giver en afsluttende status for udmøntningen af indsatsen vedrørende forløbskoordination i regioner og kommuner med afsæt i nedenstående punkter:

- Hvilke erfaringer og resultater der er skabt via de igangsatte indsatser og den projektorganisation, der har understøttet disse
- Hvor langt implementeringen af MedCom-standarder er, samt hvilken betydning disse har for indsatsen vedrørende forløbskoordination
- I hvilket omfang de allokerede midler har bidraget til at styrke inddragelse af patienter og pårørende
- Hvordan fagpersoner fra hospitaler og kommuner oplever samarbejdet om svækkede ældre patienters forløb, samt om samarbejdet har udviklet sig positivt.

Undersøgelsen er gennemført af projektchef Martin Sandberg Buch, seniorprojektleder Marie Jakobsen samt projektleder Else Ladekjær og seniorforsker Christophe Kolodziejczyk. Analyse- og forskningschef Vibeke Normann Andersen har kvalitetssikret evalueringen.

KORA ønsker at takke de ledere, medarbejdere og patienter, der har deltaget i evalueringen. Også tak til evalueringens følgegruppe, der løbende har ydet sparring på evalueringen og kommenteret på udkast til rapporter.

Forfatterne

November 2016

# Indhold

Resumé .....	6
1 Indledning .....	10
1.1 Afsættet fra midtvejsevalueringen .....	10
1.2 Datagrundlag og anvendte metoder .....	11
2 Region Syddanmark: Implementering og styrkelse af aftaler for indlæggelse og udskrivning .....	14
2.1 Prioriterede indsatser og implementering .....	14
2.2 Status ved midtvejsevaluering .....	15
2.3 Status og oplevede resultater, august 2016 .....	16
2.4 MedCom-standarder og opfølgende hjemmebesøg .....	18
2.4.1 Implementering af MedCom-standarder .....	18
2.4.2 Brug af opfølgende hjemmebesøg .....	19
2.5 Fremadrettede perspektiver på DÆMP-samarbejdet .....	20
3 Region Hovedstadens grundmodel for forløbskoordination .....	21
3.1 Prioriterede indsatser og implementering .....	21
3.2 Status ved midtvejsevaluering .....	21
3.3 Status og oplevede resultater august 2016 .....	23
3.3.1 Planområde Midt .....	23
3.3.2 Planområde Syd .....	24
3.3.3 Planområde Nord .....	25
3.3.4 Planområde Byen .....	26
3.4 MedCom-standarder og opfølgende hjemmebesøg .....	27
3.4.1 Implementering af MedCom-standarder .....	27
3.4.2 Brug af opfølgende hjemmebesøg .....	27
3.5 Fremadrettede perspektiver på DÆMP-samarbejdet .....	29
4 Region Sjællands kortlægning og analyse af samarbejdet omkring særligt svækkede ældre medicinske patienter .....	31
4.1 Prioriterede indsatser og implementering .....	31
4.2 Status ved midtvejsevaluering .....	31
4.3 Status og oplevede resultater august 2016 .....	32
4.4 MedCom-standarder og opfølgende hjemmebesøg .....	33
4.4.1 Implementering af MedCom-standarder .....	33
4.4.2 Brug af opfølgende hjemmebesøg .....	33
4.5 Fremadrettede perspektiver på DÆMP-samarbejdet .....	35
5 Region Midtjyllands fem udviklings-projekter .....	36
5.1 Prioriterede indsatser og implementering .....	36
5.2 Status ved midtvejsevaluering .....	37
5.3 Status og oplevede resultater august 2016 .....	37
5.3.1 Erfaringer vedrørende fælles akutteam i Aarhus-klyngen .....	38

5.3.2	Erfaringer vedrørende opfølgende hjemmebesøg i Vestklyngen .....	38
5.3.3	Erfaringer vedrørende pakkeforløb for patienter med hoftenære frakturer i Randers-klyngen .....	39
5.3.4	Erfaringer vedrørende styrket tværsektorielt samarbejde omkring det udgående geriatriske team på regionshospitalet i Horsens.....	39
5.3.5	Erfaringer vedrørende MedCom- kommunikation og tidlig indsats til akutindlagte patienter i Midtklyngen .....	40
5.4	MedCom-standarder og opfølgende hjemmebesøg .....	40
5.4.1	Implementering af MedCom-standarder .....	40
5.4.2	Brug af opfølgende hjemmebesøg .....	41
5.5	Fremadrettede perspektiver på DÆMP-samarbejdet .....	42
6	Region Nordjyllands indsats for særligt svækkede ældre medicinske patienter i primærsektor .....	43
6.1	Prioriterede indsatser og implementering .....	43
6.2	Status ved midtvejsevaluering .....	43
6.3	Status og oplevede resultater, august 2016 .....	44
6.4	MedCom-standarder og opfølgende hjemmebesøg .....	44
6.4.1	Implementering af MedCom-standarder .....	44
6.4.2	Brug af opfølgende hjemmebesøg .....	45
6.5	Fremadrettede perspektiver på DÆMP-samarbejdet .....	46
7	Tværgående kommunikation og samarbejde om DÆMP-patienters forløb .....	47
7.1	Baggrundsoplysninger om respondenter .....	48
7.2	Sammenhæng og samarbejde .....	50
7.3	Kommunikation.....	55
7.4	Inddragelse af patienter og pårørende.....	59
7.5	Kendskab til og vurdering af aktiviteter finansieret af midler til styrket forløbskoordination.....	61
7.6	Opsamling.....	62
8	Konklusioner og anbefalinger .....	64
8.1.1	Prioriterede indsatser og resultater .....	64
8.1.2	Patient- og pårørendeinddragelse.....	65
8.1.3	MedCom-standarder og opfølgende hjemmebesøg .....	66
8.1.4	Status for tværgående kommunikation og samarbejde.....	67
8.1.5	Perspektivering .....	68
	Litteratur .....	69
Bilag 1	Interviewguide – ledere og projektdeltagere ved projektafslutning .....	70

# Resumé

## Baggrund og formål

I aftalen om satspuljen for 2012-2015 er der afsat 200,4 mio. kr. til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient. Næsten halvdelen af midlerne i handlingsplanen er prioriteret til initiativ nr. 2.2.9 *Fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorfunktioner til særligt svækkede ældre medicinske patienter*. Formålet med indsatsen er at sikre intensiveret, personligt tilpasset koordinerende støtte til, at patienten får et sammenhængende og trygt forløb på tværs af primær og sekundær sektor. I forlængelse af selve indsatsen er der afsat midler til at gennemføre en evaluering af indsats for forløbskoordination, der skal understøtte udmøntningen i regioner og kommuner og tilvejebringe ny viden om arbejdet med forløbskoordination i takt med, at der opnås viden og erfaringer i regioner og kommuner. Evalueringen indeholder tre skriftlige leverancer, hvoraf denne slutrapport er den sidste. Rapporten giver en afsluttende status på organisering, fremdrift og resultater i regioner og kommuner og videreformidler den læring, som er skabt via de igangsatte indsatser.

## Prioriterede indsatser og resultater

I kommunerne er midlerne fra indsatsen vedrørende forløbskoordination i vidt omfang anvendt til at styrke den eksisterende udskrivningskoordination, der varetages af de kommunale myndighedsafdelinger. En væsentlig andel af midlerne er anvendt til fremskudt visitation og til at afholde udskrivningskonferencer på hospitaler forud for udskrivelse. Denne anvendelse af midlerne matcher formålet med indsatsen vedrørende forløbskoordination, og den opleves relevant af de informanter, der har deltaget i evalueringen. Dels anses det vigtigt at styrke koordineringen af de mest komplekse udskrivningsforløb, og dels ses det som en fordel, at midlerne er anvendt direkte i det patientrettede arbejde. Det fremgår også, at kommunerne i vidt omfang viderefører deres arbejde med styrket udskrivningskoordination, samt at mange kommuner – bl.a. med afsæt i regeringens puljer til ældreområdet – planlægger at udvikle arbejdet med fremskudt visitation i de kommende år.

Evalueringens casestudier af fire kommuners arbejde med fremskudt visitation understøtter fagpersonernes vurderinger og kommunernes fortsatte satsninger på styrket udskrivningskoordination. Undersøgelsen dokumenterede således, at denne indsats kan forebygge genindlæggelser, samtidig med at den som minimum er omkostningsneutral. Endvidere ses den fremskudte visitation som en kilde til bedre samarbejde og bedre inddragelse og øget tryghed i forbindelse med udskrivning af både fagpersoner og patienter. På grundlag af disse resultater, anbefaler KORA:

- at landets kommuner overvejer at videreføre/etablere fremskudt visitation med afsæt i de anbefalinger, der er opstillet i rapporten om fremskudt visitation
- at kommuner og hospitalsafdelinger, som det allerede sker mange steder, prioriterer udskrivningsansvarlige brobyggere i begge sektorer med henblik på at understøtte kontinuitet, fælles fokus og relationsdannelse på tværs af den vigtige overgang fra hospital til kommune.

Regionerne har i højere grad end kommunerne anvendt forløbskoordinationsmidlerne til kvalitetsudvikling og konsolidering af procedurer, som skal sikre identifikation og overlevering af viden om særligt svækkede ældre patienter til kommunerne. Erfaringerne viser, at arbejdet med screeningsredskaber – fx i Region Syddanmark – ikke forbindes med en mere præcis identifikation og styrket overlevering af særligt svækkede patienter til kommunerne. Det forklares med, at det er svært at udarbejde vejledninger, der præcist indfanger målgruppen af

særligt svækkede ældre medicinske patienter. Derfor oplever de involverede fagpersoner vejledningerne som dobbeltarbejde, der i for lille omfang gavner patientforløbet. De steder, hvor de er afprøvet, har screeningsvejledningerne haft vanskeligt ved at finde fodfæste i hospitalsregi, og de involverede fagpersoner anbefaler i stedet, at fremadrettede indsatser fokuserer på fortsat konsolidering af MedCom-standarder samt de aftaler, der er indgået for kommunikationen vedrørende indlæggelse og udskrivelse.

Der er også igangsat en række konkrete indsatser, kortlægninger og forskningsprojekter, som er forankret på individuelle hospitalsmatrikler. De gennemførte interview, lokale erfaringsopsamlinger og indsendte statusnotater indeholder mange eksempler på, at disse indsatser har givet ny viden og øget fokus på patientgruppens særlige behov samt konkrete eksempler på, hvordan denne viden anvendes til at styrke overgangen ved udskrivning. Derfor er der også i alle regioner eksempler på indsatser og erfaringer, der tages med videre i det tværsektorielle samarbejde omkring særligt svækkede ældre medicinske patienter. Det sker fx via de projekter, der har fået tildelt midler fra satspuljen 'Styrket sammenhæng for de svageste ældre'. Der er således tale om nye indsatser, som er direkte afledt af de erfaringer, der er opnået i perioden med forløbskoordinationsmidler. Det opleves i den forbindelse positivt, at det med den nye pulje er prioriteret at afprøve konkrete patientrelaterede indsatser, hvor der er tilknyttet forskningsbaseret evaluering. Vurderingen er, at denne tilgang i højere grad, end det har været tilfældet med indsatsen vedrørende forløbskoordination, vil gøre det muligt at skabe solid viden, der fremadrettet kan udbredes til fordel for de mest svækkede ældre medicinske patienter.

### **Patient- og pårørendeinddragelse**

Andelen af fagpersoner, der efterlyser øget patient- og pårørendeinddragelse, er steget signifikant fra 2014 til 2016. Det fremgår således i spørgeskemaundersøgelsen, at 70 % af respondenterne fra kommuner og ca. 60 % af respondenterne fra regioner vurderer, at der kun i ringe eller nogen grad er tilstrækkelig inddragelse af patienter og pårørende i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter.

Udviklingen i fagpersonernes svar kan fortolkes som en øget opmærksomhed på de positive aspekter vedrørende patient- og pårørendeinddragelse, der i stigende grad ses som en forudsætning for kvalitet i sundhedsvæsenets ydelser. Selv om der løbende skabes dokumentation for de positive effekter af patient- og pårørende inddragelse, er der fortsat tale om en ny og på mange måder udfordrende disciplin for sundhedsfagligt personale og sundhedsfaglige organisationer. Den øgede opmærksomhed – og frustration over rammerne for patient- og pårørendeinddragelse – kan derfor ses som en positiv anledning til at sætte yderligere fokus på området fremadrettet.

Perspektiverne fra spørgeskemaet er også afspejlet i udmøntningerne af midlerne fra indsatsen vedrørende forløbskoordination. Der er således en erkendelse af, at området er vigtigt, men også en erkendelse af, at forløbskoordinationsmidlerne ikke i den grad, det var forventet, har ændret tilgangen til patient- og pårørendeinddragelse for målgruppen. Det skyldes dels, at de tilførte midler ikke har haft et omfang – og et fokus – der har gjort det muligt at skabe et tydeligt ledelsesmæssigt fokus samt at introducere nye kompetencer og organisatoriske rutiner, der understøtter den forventede grad af inddragelse. Dels at inddragelse generelt ses som en særligt vanskelig opgave i relation til indlæggelse og udskrivning af særligt svækkede ældre medicinske patienter. Sidstnævnte forklares bl.a. med, at mange patienter kognitivt og fysisk er meget svækkede, samtidig med at arbejdet omkring indlæggelse og udskrivning foregår i en kontekst, der er stærkt struktureret af faglige og organisatoriske hensyn.

Med ovenstående in mente er der dog også en række eksempler på, at midlerne fra indsatsen vedrørende forløbskoordination har understøttet arbejde med patient- og pårørendeinddragelse på både individ- og organisatorisk niveau. Evalueringens casestudier viser i den forbindelse, at de prioriterede indsatser vedrørende udskrivningskoordination og fremskudt visitation

øger muligheden for at involvere patienter og pårørende i udskrivningsforløbet. Både patienter og fagpersoner forbinder disse indsatser med reel inddragelse, forventningsafstemning og større tryghed over for udskrivelsen. Det fremstår derfor positivt, at et stigende antal kommuner og hospitalsafdelinger fremadrettet planlægger et øget fokus på denne type af indsatser.

### **MedCom-standarder og opfølgende hjemmebesøg**

Implementeringen af MedCom-standarderne har taget længere tid end planlagt, men ved afslutningen af indsatsen vedrørende forløbskoordination var de implementeret i alle fem regioner. Interview og indsendte statusnotater viser, at overgangen til elektronisk kommunikation overvejende opleves som et fremskridt for samarbejdet om ældre patienters forløb. Dette er også afspejlet i evalueringens spørgeskemaundersøgelse, som viser signifikante fremskridt i fagpersonernes vurdering af MedCom-rapporternes indhold og læsevenlighed.

Det fremgår dog også, at der er stor forskel på, hvorvidt MedCom rent teknisk er implementeret, og hvornår meddelelserne anvendes rettidigt og målrettet. Øget rettidighed i de forskellige meddelelser og bedre kvalitet af den information, der udveksles, udgør således et vigtigt indsatsområde, som der arbejdes med i alle regioner og kommuner.

I udmøntningsplanen vedrørende styrket forløbskoordination for særligt svækkede ældre patienter var der en forventning om, at indsatsen ville have en positiv betydning for, hvor mange besøg der gennemføres. Evalueringen viser imidlertid, at dette ikke har været tilfældet. Det skyldes overordnet, at de prioriterede forløbskoordinationsindsatser ikke er relateret til opfølgende hjemmebesøg, ligesom de generelt ikke har påvirket de eksisterende procedurer for henvisning af patienter til opfølgning.

Evalueringen viser til gengæld, at alle regioner har indgået aftaler med praktiserende læger omkring afholdelse af opfølgende hjemmebesøg, ligesom alle regioner har arbejdet systematisk med at understøtte indsatsen. Dette har resulteret i en markant stigning i antallet af opfølgende hjemmebesøg, hvorfor handlingsplanens målsætning om mindst 30.000 gennemførte besøg er indfriet. De seneste seks kvartaler har antallet ligget relativt stabilt mellem 3-3.500 gennemførte besøg pr. kvartal. Det fremgår dog også af opgørelserne i kapitel 2-6, at der er stor variation i antallet af gennemførte besøg fra region til region, samt at den fortsatte konsolidering af opfølgende hjemmebesøg ses som et vigtigt indsatsområde, der fortsætter efter afslutningen af handlingsplanen.

### **Status for tværgående kommunikation og samarbejde**

Spørgeskemaundersøgelsen blandt fagpersoner viser, at der fortsat ikke vurderes at være tilstrækkelig sammenhæng i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter. Andelen af fagpersoner, som vurderer, at der kun i ringe eller nogen grad er tilstrækkelig sammenhæng, er over 80 % og uændret fra 2014 til 2016. Samtidig er andelen af kommunalt ansatte og hospitalsansatte, som oplever, at de savner forudsætninger for at kunne skabe bedre sammenhæng i forløb, steget signifikant. Blandt kommunalt ansatte er der flest, der efterlyser bedre samarbejde med andre sektorer, mens der blandt hospitalsansatte er flest, som efterlyser mere tid til indsatsen. Dette er også afspejlet i de frie kommentarer til spørgeskemaet (jf. bilag 2), hvor disse pointer er de mest nævnte.

Der er også fortsat et stort potentiale for at forbedre kommunikationen i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter, selv om spørgeskemaundersøgelsen også viser statistisk signifikante forbedringer i fagpersonernes vurdering af kommunikationen fra 2014 til 2016.

Samlet set er der således en tendens til, at fagpersonernes vurdering af forudsætningerne for sammenhæng er forværret fra 2014 til 2016. Der er dog generelt tale om små ændringer. Udviklingen kan være udtryk for, at forudsætninger for at skabe bedre sammenhæng samt



patient- og pårørendeinddragelse er forværret over perioden, fx på grund af besparelser, men kan også skyldes et øget fokus og hermed en større bevidsthed om, hvornår det mangler.

### **Anbefalinger vedrørende udmøntning og evaluering af fremtidige puljer**

Det er KORAs vurdering, at udmøntningen af indsatsen vedrørende forløbskoordination indeholder to væsentlige læringspunkter, som beslutningstagere og det ansvarlige embedsværk kan anvende til at styrke udmøntningen og evalueringen af fremtidige handlingsplaner:

- Læringspunkterne knytter sig for det første til at sikre en fornuftig balance mellem udmøntningen af puljemidler og de forventninger til dokumentation og resultater, som knyttes til midlerne.
- For det andet til at understøtte en god balance mellem det valgte evalueringsdesign og den valgte udmøntning. Disse pointer uddybes og begrundes nedenfor.

**Balance mellem udmøntningsmåde og graden af projektspecifikke krav:** Midlerne fra indsatsen vedrørende forløbskoordination er fordelt via bloktilskudsnøglen. Det betyder, at alle kommuner og hospitaler har fået del i midlerne, samtidig med at de tildelte midler i gennemsnit kun har udgjort ca. 0,2 % af driftsbudgettet i de berørte organisationer. Derved har midlerne haft et begrænset omfang, der opleves som værende ude af trit med udmøntningsplanens krav om monitorering, de specifikke anvisninger for organisering, fælles kvalitetsudviklingsarbejde og ikke mindst de ambitiøse forventninger til dokumentation af resultater og evaluering. Derfor var der også stor tilfredshed med, at de udmeldte krav om dokumentation for antallet af koordinerede forløb blev trukket tilbage i sommeren 2014.

Et andet forhold, som har optaget de fagpersoner og ledere, der er involveret i udmøntningen af indsatsen, er, at der i indsatsens udmøntningsplan er et eksplicit fokus på, at midlerne skal anvendes til at oprette fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorfunktioner bemandet med forløbskoordinatorer. Dette fokus ses dels som en modsætning til, at det i udmøntningsplanen også fremgår, at der så vidt muligt ikke skal oprettes nye funktioner, samt at de igangsatte indsatser efter projektperioden skal kunne videreføres inden for rammerne af den eksisterende drift. Dels som en modsætning til store dele af den viden om arbejdet med forløbskoordination, der inden for de seneste år er skabt i Danmark, fordi denne netop peger på, at god forløbskoordination handler om mange andre forhold end ansættelse af nye koordinatorer.

**Balance mellem valgt model for udmøntning og design af evaluering:** Det har løbende været nødvendigt at tilpasse evalueringen til den faktiske udmøntning, der er valgt i regioner og kommuner. Den virkelighed, evalueringen har skullet imødekomme, knytter sig til, at kommuner og regioner i høj grad har anvendt indsatsmidlerne til at styrke eksisterende driftsfunktioner, mens evalueringen var designet til at undersøge og dokumentere resultaterne fra sammenhængende og tværsektorielle modeller for forløbskoordination. Evalueringen har derfor fået en mere overordnet og deskriptiv karakter, end det var tiltænkt fra starten, ligesom de cases, der er undersøgt nærmere, allerede var etableret forud for indsatsen vedrørende forløbskoordination.

Det fremstår i den forbindelse som en væsentlig pointe, at evalueringer, der forventes at dokumentere effekter, skal matches med projekter, der afprøver veldefinerede indsatser, hvor der er en patientgruppe, der kan måles på. Når midlerne er fordelt bredt og udgør en lille del af driften de steder, hvor de er udmøntet, kan det være en fordel at evaluere effekten af udvalgte veldefinerede indsatser, som midlerne medvirker til at finansiere, snarere end at søge at evaluere effekten af de tildelte midler. Casestudierne der er gennemført som led i denne evaluering udgør et godt eksempel på, hvordan denne fremgangsmåde kan tilvejebringe viden om både effekter og omkostninger forbundet med en given indsats.

# 1 Indledning

I aftalen om satspuljen for 2012-2015, er der afsat 200,4 mio. kr. til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient. Næsten halvdelen af midlerne i handlingsplanen er prioriteret til initiativ nr. 2.2.9 *Fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorfunktioner til særligt svækkede ældre medicinske patienter*. Formålet med indsatsen er at sikre intensiveret, personligt tilpasset koordinerende støtte til, at patienten får et sammenhængende og trygt forløb på tværs af primær og sekundær sektor. Samtidig er der afsat midler til at gennemføre en evaluering af indsats for forløbskoordination, der skal understøtte udmøntningen i regioner og kommuner og tilvejebringe ny viden om arbejdet med forløbskoordination i takt med, at der opnås viden og erfaringer i regioner og kommuner. Evalueringen indeholder tre skriftlige leverancer, hvoraf slutrapporten er den sidste<sup>1</sup>.

## 1.1 Afsættet fra midtvejsevalueringen

Midtvejsevalueringen havde fokus på at beskrive opstart, implementering og foreløbige erfaringer. Det fremgik i den forbindelse, at de fleste af de prioriterede indsatser overordnet udmøntes som planlagt, samt at de første erfaringer og resultater var begyndt at melde sig.

En stor del af de allokerede midler var prioriteret til at videreføre og styrke indsatser, der allerede fungerede i drift. Det gjaldt samtidig, at stort set alle de kommunale midler i fire af regionerne var kanaliseret ind i den eksisterende drift i de funktioner, hvor der i forvejen arbejdes med udskrivningskoordination. Herover anvendte regioner/hospitaler i højere grad midlerne på kvalitetsudvikling af samarbejde og kommunikation omkring ældre svækkede patienters indlæggelsesforløb. Undtagelsen til ovenstående var Region Nordjylland, hvor midlerne blev anvendt til at opruste samarbejdet mellem praktiserende læger og hjemmesygeplejen. Region Nordjylland var desværre også en undtagelse, fordi lukningen af Den Almen Medicinske Database betød, at de prioriterede indsatser ikke kunne gennemføres, og blev derfor lukket efter aftale mellem regionen, kommunerne og almen praksis. Region Nordjylland udgår således også af slutevalueringen i forhold til selve indsatsen vedrørende forløbskoordination, men fremdriften vedrørende implementering af MedCom-standarder og brug af opfølgende hjemmebesøg præsenteres på linje med de andre regioner.

En central målsætning for indsatsen vedrørende forløbskoordination er, at den skal sikre inddragelse af patient og pårørende, samtidig med at *der skal gives en intensiveret, personligt tilpasset koordinerende støtte til et sammenhængende trygt forløb på tværs af hospital og kommune*. Midtvejsevalueringen (1) afdækkede i fire regioner eksempler på interview og spørgeskemaundersøgelser, som omhandlede patienter og pårørendes perspektiver på indlæggelse og udskrivning. Formålet har været at inddrage patienter og pårørendes erfaringer i de forbedringsaktiviteter, der er igangsat via indsatsen vedrørende forløbskoordination. For eksempel når de arbejdsgange, der er aftalt i forbindelse med indlæggelse og udskrivning, skal evalueres, konsolideres og revideres, eller når der skal prioriteres nye tryghedsskabende indsatser. Der er med andre ord tale om patientinddragelse på organisatorisk niveau, hvor udvalgte patienters perspektiver på sigt skal komme andre patienter til gode (3).

Ved midtvejsevalueringen blev der dog ikke afdækket eksempler på, at patientundersøgelserne havde ført til konkrete eksempler på organisatorisk læring eller nye patientrettede indsatser vedrørende patient- og pårørendeinddragelse. Argumentet for dette var på den ene side, at

---

<sup>1</sup> December 2015 blev der udgivet en midtvejsrapport (1) og i juni 2016 blev der udgivet en undersøgelse af fire udvalgte modeller for forløbskoordination (2).

patient- og pårørendeinddragelse foregår som et integreret og prioriteret element i en række af de indsatser, der var prioriteret i forbindelse med udmøntningen af indsatsen vedrørende forløbskoordination – fx i relation til forventningsafstemning og information forud for udskrivning, samt opfølgning og tryksskabende indsatser umiddelbart efter udskrivningen.

Det fremgik dog også, at mange ser patient- og pårørendeinddragelse som en svær opgave i de mest svækkede patienters indlæggelses- og udskrivningsforløb. Dels fordi der er tale om et komprimeret forløb, hvor der er mange organisatoriske og faglige hensyn i spil og dels fordi målgruppen for den styrkede indsats kognitivt og fysisk er svækkede. Den gode vilje er med andre ord ikke tilstrækkelig. Bedre patientinddragelse kræver bl.a. ledelsesmæssig prioritering, fokus og ressourcer, samt styrkede kompetencer, i et større omfang end det, der har været muligt at prioritere inden for de begrænsede ressourcer, der er tilført inden for rammerne af indsatsen vedrørende forløbskoordination.

Slutevalueringen følger op på ovenstående opmærksomhedspunkter, samtidig med at fokus flyttes til opnåede resultater og fremadrettede perspektiver. I den resterende del af dette kapitel beskrives evalueringens metodiske grundlag. Den øvrige del af rapporten består af følgende kapitler:

- Kapitel 2-6 præsenterer resultaterne fra de regionale-kommunale indsatser, der er prioriteret i hver enkelt region. Hvert kapitel indeholder endvidere en kort status på arbejdet med at implementere MedCom-standarder samt udviklingen i antallet af opfølgende hjemmebesøg i løbet af projektperioden.
- Dernæst præsenterer kapitel 7, hvordan involverede relevante fagpersoner på tværs af sektorer oplever samarbejde og kommunikation om særligt svækkede ældre patienter, og hvordan oplevelsen har udviklet sig siden opstarten af evalueringen.
- Kapitel 8 sammenfatter evalueringens konklusioner og de anbefalinger, som disse giver anledning til.

## 1.2 Datagrundlag og anvendte metoder

Rapporten er baseret på kvalitative interview, en elektronisk spørgeskemaundersøgelse og skriftligt materiale fra de enkelte regioner. Nedenfor redegøres for de forskellige datakilder, samt hvordan de anvendes.

**Organisatorisk baseline og opfølgning på denne:** Under opstarten og ved afslutningen af evalueringen gennemførte KORA i hver region to tværsektorielle gruppeinterview med ledere og fagpersoner fra de projektorganisationer, der er etableret i forbindelse med forløbskoordinationsindsatsen. I første runde deltog 47 personer i disse interview, mens 31 deltog i anden runde jf. Tabel 1.1 nedenfor, som viser fordelingen af interviewpersoner på tværs af regioner og interviewrunder:

**Tabel 1.1** Fordeling af interviewpersoner på tværs af regioner ved første runde

	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland <sup>2</sup>
Antal interviewpersoner første runde	8	7	10	11	11
Antal interviewpersoner anden runde	8	5	10	8	-

Interviewene i første runde fokuserede på, hvilke aftaler der var indgået for udmøntningen af de allokerede midler, hvordan samarbejdet var organiseret, hvilke konkrete indsatser og redskaber der blev arbejdet med, samt hvilke udfordringer og resultater der blev forventet i projektperioden<sup>3</sup>.

Anden interviewrunde er herefter brugt til at afdække, i hvilket omfang de forventede resultater og læring er opnået, i hvilket omfang indsatserne videreføres, samt hvilke refleksioner deltagerne har på det fortsatte samarbejde omkring særligt svækkede ældre medicinske patienter. Interviewene er optaget elektronisk, og der er skrevet et udførligt referat, der efterfølgende er anvendt som afsæt for sammenfatning af resultater og læring i de enkelte regioner.

**Status på fremdrift:** I den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient er det aftalt, at Danske Regioner og KL hvert år udarbejder en fælles status på regioner og kommuners arbejde med implementering af fælles regional og kommunal forløbskoordination<sup>4</sup>. Disse statusbeskrivelser og andet relevant skriftligt materiale (herunder lokale tillægsaftaler om indsatsen i de enkelte regioner, projektbeskrivelser af enkeltstående initiativer, indsendte statusnotater og lokale evalueringer) anvendes som supplement til de gennemførte interview.

**Elektronisk spørgeskema, der undersøger oplevelsen af samarbejde og kommunikation vedrørende særligt svækkede ældre patienter:** Evalueringen omfatter en elektronisk spørgeskemaundersøgelse blandt kommunalt ansatte og hospitalsansatte om samarbejde og kommunikation vedrørende de særligt svækkede ældre patienter. Spørgeskemaet er udsendt tre gange i projektperioden til en bred kreds af de fagpersoner i kommune og på hospital<sup>5</sup>, som er særligt involveret i at koordinere indlæggelses- og udskrivningsforløb for ældre medicinske patienter.

Formålet med spørgeskemaundersøgelsen er at give et billede af, hvordan relevante fagpersoner oplever samarbejde, kommunikation og proceskvalitet i patienternes forløb, herunder hvordan det oplevede samarbejde mv. udvikler sig over tid. Samtidig undersøges kendskabet til aktiviteter finansieret af puljen, og i hvilket omfang disse aktiviteter opleves at have forbedret samarbejdet om særligt svækkede ældre patienter.

Spørgeskemaet er udarbejdet af KORA og pilottestet af fem fagpersoner ansat på hospital eller i kommune, som arbejder med at koordinere indlæggelses- og udskrivningsforløb for ældre

<sup>2</sup> Region Nordjylland stoppede deres indsats med udgangen af 2015, fordi den var afhængig af data fra Den Almen medicinske Database. Derfor indgår regionen ikke længere i evalueringen.

<sup>3</sup> Den anvendte interviewguide er vedlagt som bilag 1.

<sup>4</sup> Det var også aftalt, at omfanget af koordinerede forløb og kvaliteten af disse skulle monitoreres via halvårlige opgørelser. Målet var, at der årligt skulle indsendes dokumentation for 10.000 gennemførte koordinationsforløb på landsplan. I praksis viste det sig dog, at der var store udfordringer forbundet med den ønskede monitorering. Dels fordi MedCom ikke som forventet gav mulighed for at identificere, hvilke forløb der var særligt komplekse og dermed målgruppen for arbejdet med forløbskoordination, og dels fordi der ikke findes redskaber til at vurdere kvaliteten af de enkelte forløb. På den baggrund blev det i efteråret 2014 besluttet at stoppe monitoreringen af forløb, og opgørelserne indgår derfor heller ikke i grundlaget for KORAs evaluering.

<sup>5</sup> I udgangspunktet var det meningen, at almen praksis også skulle svare på spørgeskemaet. Uklarheder omkring honorering af de deltagende læger, som skulle svare, samt manglende mulighed for at få adgang til gyldige mailadresser, har imidlertid betydet, at det ikke var muligt at forfølge denne intention inden for evalueringens rammer.

medicinske patienter. Respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen er udvalgt af kommuner og regioner. En kontaktperson i hver region har haft til opgave at indsamle mailadresser på relevante fagpersoner ansat på hospital og i kommune i den pågældende region, som KORA efterfølgende har inviteret til at deltage i spørgeskemaundersøgelsen.

Der er i oktober 2016 gennemført tre runder af spørgeskemaundersøgelsen. Første runde blev gennemført i foråret 2014, anden runde blev gennemført i foråret 2015, og tredje runde blev gennemført i foråret 2016. Invitationen til spørgeskemaet er sendt på en mail til respondenterne, og der er sendt to rykkermails til dem, der ikke har svaret i hver runde.

I første runde er spørgeskemaet sendt til 273 ansatte i kommuner og 309 ansatte på hospital, jf. Tabel 1.2. Svarprocenten var 78 % for ansatte i kommuner og 68 % for ansatte på hospital.

I anden runde er spørgeskemaet sendt til 258 ansatte i kommuner og 294 ansatte på hospital, jf. Tabel 1.2, og svarprocenten var 62 % for ansatte i kommuner og 45 % for ansatte på hospital.

I tredje runde blev kontaktpersonen i hver region bedt om at gennemgå listen af respondenter med henblik på at validere mailadresser og indsamle nye mailadresser for at kompensere for evt. ugyldige mailadresser. Dette blev gjort for at øge svarprocenten. Spørgeskemaet blev derefter sendt til 323 ansatte på hospital og 267 ansatte i kommuner jf. Tabel 1.2 og svarprocenten var 60 % for ansatte i kommuner og 53 % for ansatte på hospital. Selvom svarprocenten ikke er så høj som i første runde, er der fortsat tale om en acceptabel svarprocent for denne type af undersøgelse.

**Tabel 1.2** Antal deltagere og svarprocent i spørgeskemaundersøgelse

	Kommuner			Regioner		
	1. runde	2. runde	3. runde	1. runde	2. runde	3. runde
Antal mailadresser, som spørgeskemaet er distribueret til	286	284	267	318	317	323
Forkert mailadresse/mailadresse eksisterer ikke	13	26	15	9	23	16
Antal inviterede fagpersoner	273	258	252	309	294	307
Antal inviterede fagpersoner, som har besvaret spørgeskemaet fuldt ud	201	149	145	197	124	145
Antal inviterede fagpersoner, som har besvaret spørgeskemaet delvist	12	12	6	12	9	17
Antal inviterede fagpersoner, som har besvaret spørgeskemaet fuldt ud eller delvist	213	161	151	209	133	162
<b>Responsrate, %</b>	<b>78 %</b>	<b>62 %</b>	<b>60%</b>	<b>68 %</b>	<b>45 %</b>	<b>53 %</b>

I rapporten sammenligner vi resultaterne fra første og tredje runde af spørgeskemaet<sup>6</sup>. Resultaterne af surveyen afrapporteres i kapitel 7.

<sup>6</sup> Der er anvendt Chi<sup>2</sup>-test til at undersøge, om der er statistisk signifikante forskelle og det valgte signifikansniveau er 5 %. Chi<sup>2</sup>-test er en test for forskellighed mellem grupper (her sondres der mellem svar i 1. og 3. runde). Testen undersøger, om der er forskel mellem det antal svar, der er observeret i de forskellige svar-kategorier, og det antal man kan forvente at observere, hvis der ikke var nogen forskel mellem grupperne.

## 2 Region Syddanmark: Implementering og styrkelse af aftaler for indlæggelse og udskrivning

### 2.1 Prioriterede indsatser og implementering

I Region Syddanmark blev midlerne til indsatsen vedrørende forløbskoordination anvendt til at implementere og styrke eksisterende aftaler for indlæggelse og udskrivning.

Det indebar, at kommunernes andel af midlerne var udmøntet decentralt. En oversigt udarbejdet af Det Fælles Kommunale Sundhedssekretariat (FKS) viste, at midlerne fortrinsvist blev anvendt til at styrke eksisterende udskrivningskoordinatorfunktioner samt til at understøtte varetagelsen af eksisterende opgaver i relation til sundhedsaftalen for indlæggelse og udskrivning (SAM:BO). Samtidig var der fire kommuner, som angav, at de havde oprettet nye eller havde udvidet eksisterende funktioner, der havde til opgave at koordinere overgangen fra hospital til kommune.

Regionens andel af midlerne var anvendt til at udvikle en screenings- og forløbsvejledning (DÆMP-vejledningen), som havde til formål at styrke sygehusenes opsporing af sårbare patienter og overleveringen af viden om disse til kommunerne ved udskrivelse. Det var i udgangspunktet det behandlingsansvarlige personale på sygehusene, der skulle identificere særligt svækkede ældre patienter med behov for forløbskoordination af udskrivelsen og opfølgende hjemmebesøg efter udskrivning. Det indgik dog også i de lokale aftaler, at kommuner og almen praksis kunne tage initiativ til forløbskoordination og opfølgende hjemmebesøg, hvis de vurderede, at patienten havde behov for det.

DÆMP-vejledningen var udarbejdet af en tværsektoriel kvalitetsgruppe, nedsat i forbindelse med indsatsen vedrørende forløbskoordination. Vejledningen indeholdt dels en række kriterier vedrørende helbredsmæssige og sociale forhold samt organisatoriske problemstillinger, som sundhedspersonalet skulle anvende til at identificere særligt svækkede ældre medicinske patienter. Dels en vejledning til, hvordan man fra sygehusets side gør kommuner og almen praksis opmærksom på, når der er tale om en særligt svækket patient. Vejledningen er således udformet som et forsøg på at skærpe personalets opmærksomhed på de aftaler, der i forvejen er indgået for samarbejdet omkring indlæggelse og udskrivning. Ved midtvejsevalueringen (1) var vejledningen godkendt af Det Administrative Kontaktforum, og regionens fire sygehusenheder havde fået fordelt regionens andel af midlerne efter en fordelingsnøgle.

Det var op til det enkelte sygehus at udmønte midlerne – fx via frikøb af undervisere i DÆMP-vejledningen, frikøb af medarbejdere, der skulle deltage i undervisning og gennemførelse af årlige tværsektorielle audits på området – fx med afsæt i udvalgte patientforløb. På tidspunktet for midtvejsevalueringen (1) var DÆMP-vejledningen formidlet til relevant personale på alle sygehuse, ligesom der var gennemført undervisning af nøglepersoner. Der var dog stadig enkelte afdelinger, hvor vejledningen ikke var introduceret, men dette var planlagt til at ske i løbet af foråret 2016.

Det fremgik også, at de 22 syddanske kommuner arbejdede struktureret med at omsætte den information, der sendes fra sygehusenhederne via screeningsvejledningen, og dette skete med afsæt i de eksisterende principper og redskaber fra SAM:BO-aftalen. På grund af kommunernes forskellige organiseringer og vilkår varierede det konkrete arbejde fra kommune til kommune.

Nedenstående punkter blev derfor meldt ind som eksempler på, hvordan kommunerne arbejdede med afsæt i screeningsvejledningen:

- Udarbejdelse af forløbsbeskrivelser, standarder for hjemmebesøg, arbejdsgange og flowdiagrammer i forhold til ideelle forløb.
- Opdeling af risikogrupper i rød, gul og grøn og brug af en DÆMP-tavle.
- Anvendelse af screeningsredskabet til vurdering af behov for anmodning om et opfølgende hjemmebesøg.
- Anvendelse i projekter med øget opmærksomhed på svage og svækkede borgere.
- Visitator vurderer borgerne i forbindelse med udskrivelse fra sygehus ud fra øget mediciner, nedsat funktionsniveau og egenomsorg. Dette sendes nogle steder til sygeplejefaglige koordinatore.
- Vejledningen er implementeret i nogle af kommunernes indsatskataloger som en særlig DÆMP-ydelse.
- Sygeplejersker undervises i begrebet DÆMP samt dokumentationen i KMD-Care.

Endelig fremgik det, at kommunerne – dels som følge af indsatsen vedrørende forløbskoordination, og dels som følge af ny lovgivning og andre initiativer på ældreområdet – havde et øget fokus på, om der var fald i patientens funktionsniveau efter en indlæggelse. Ifølge de indsendte statusnotater affødte dette ofte en tættere dialog omkring patientens helhedssituation, hvilket opleves at lede til et fald i antallet af indlæggelser og genindlæggelser.

## 2.2 Status ved midtvejsevaluering

Ved udgangen af 2015 var de fleste medicinske afdelinger begyndt at screene ældre medicinske patienter og give besked til kommuner og almen praksis om de patienter, der blev identificeret. Kommunikation fra sygehuse til primærsektor skete uændret inden for rammerne af den samarbejdsaftale (SAM:BO), der i forvejen strukturerede det tværsektorielle samarbejde. De foreløbige erfaringer og tilbagemeldinger viste, at kommunikationen fungerede, men også at en del af det involverede sygehuspersonale stillede spørgsmål til relevansen af vejledningen og arbejdsgangene omkring brugen af denne. For det første blev der peget på, at personalet – i henhold til den eksisterende SAM:BO-aftale – allerede var forpligtet til at udføre de opgaver, der var beskrevet i vejledningen, hvorfor den til dels blev anset som unødvendig. For det andet blev der peget på, at vejledningens kriterier er så brede, at de kan gælde for alle ældre medicinske patienter, der indlægges på sygehus. Samtidig var der fortsat kommuner, der oplevede, at relevante patienter ikke blev screenet.

På baggrund af ovenstående var det planlagt, at den resterende del af projektperioden skulle bruges til fortsat implementering og præcisering af screenings- og forløbsvejledningen på Region Syddanmarks fire sygehusenheder. Herudover skulle der skabes bedre viden blandt sygehuspersonalet om de kommunale initiativer, der kan/bliver iværksat som opfølgning på udskrivelsen af patienter, der er identificeret som særligt svækkede.

Ud over arbejdet med DÆMP-vejledningen var der også to sygehuse, som havde anvendt dele af forløbskoordinationsmidlerne til at medfinansiere lokale kvalitetsinitiativer og forskningsprojekter. Det drejede sig om:

**Sygehus Sønderjylland**, der havde igangsat projekt 'Patientens plan', som går ud på, at særligt svækkede ældre medicinske patienter får udarbejdet og gennemgået en samlet plan for, hvad der er sket under indlæggelsen, og hvad der vil ske efter udskrivelsen.

**Odense Universitetshospital**, som havde igangsat to forskningsprojekter målrettet KOL-patienter samt et forskningsprojekt, der omhandlede samtalestøtte til afasiramte.

På tidspunktet for midtvejsevalueringen forelå der endnu ikke resultater fra ovenstående projekter.

## 2.3 Status og oplevede resultater, august 2016

Det fremgår af de indsendte statusnotater, at forskningsprojekterne på Odense Universitetshospital forløber som planlagt, men også at de endelige resultater først foreligger i løbet af 2017, hvorefter der vil blive taget stilling til, hvorvidt og hvordan aktiviteterne videreføres.

Det tværgående arbejde med at implementere DÆMP-vejledningen er gennemført som planlagt på alle sygehusenheder i foråret 2016, og opfølgningen på arbejdet har indgået som fast punkt på møderne i de lokale samordningsudvalg. Ude på afdelingerne på de enkelte sygehuse er der gennemført en række undervisningsaktiviteter og tværsektorielle arrangementer om indlæggelses- og udskrivningssamarbejdet. Der er derfor generel enighed om, at relevante sundhedspersoner kender til DÆMP-vejledningen ved afslutningen af projektperioden. De gennemførte arrangementer har samtidigt fungeret som en god lejlighed til at genopfriske SAM:BO-aftalerne samt til dialog omkring de fortsatte justeringer af udskrivningssamarbejdet. Intentionen om at afholde tværsektorielle audits (organisatorisk patientinddragelse) med afsæt i konkrete patientcases er til gengæld ikke blevet til noget på alle sygehuse. Dette skyldes dels usikkerhed om, hvorvidt det er lovligt at dele patienternes journaler på tværs af sektorer og dels manglende ressourcer til at indhente samtykke fra relevante patienter.

De involverede ser det fortsat som en fordel, at udmøntningsplanen for indsatsen vedrørende forløbskoordination giver mulighed for at styrke de eksisterende tilbud og samarbejdsrelationer. Det er således det faste personale, som i forvejen arbejder med særligt svækkede ældre medicinske patienter, der via indsatsen vedrørende forløbskoordinations aktiviteter har fået mulighed for øget opmærksomhed på at sikre sammenhæng i patienternes forløb. I forlængelse heraf fremgår det af den afsluttende status såvel som de gennemførte interview, at samarbejdet omkring særligt svækkede ældre medicinske patienter er inde i en positiv udvikling, hvor kommunerne oplever, at antallet af forebyggelige genindlæggelser falder. De positive elementer, der vurderes at bidrage til denne udvikling, er bl.a. et

- øget fokus på at afdække patienternes funktionsniveau forud for udskrivelse fra hospital
- øget fokus på at sikre, at al ordineret medicin er til stede, når patienten kommer hjem
- øget fokus på sygehusansatte udskrivningskoordinatorer og fremskudte visitatorer fra kommunerne, som rykker ind på sygehusene
- stigende antal opfølgende hjemmebesøg
- stigende antal kommunale akutfunktioner.

Til gengæld vurderer interviewdeltagerene ikke, at den nye DÆMP-vejledning, som er fulgt med indsatsen vedrørende forløbskoordination, påvirker samarbejdet omkring udskrivning mærkbart:

*I perioden er vi blevet bedre til at koordinere patienternes indlæggelse og udskrivelse, men jeg tror ikke, det er det her redskab, der har gjort det bedre. Vi kører jo også andre projekter. Vi har blandt andet udskrivningskoordinatorer, der kommer på sygehuset. (Regional informant)*



Ifølge interviewpersonerne er der stadig flere fagpersoner, som stiller spørgsmålstejn over for DÆMP-vejledningens anvendelighed. Det vurderes samtidig, at der er mange barrierer, som står i vejen for, at vejledningen får en praktisk betydning i hverdagen. Indsigelserne er uændret: At screeningen er så bred, at i princippet alle ældre medicinske patienter, indlagt på sygehus, falder under den, samt at vejledningen for overlevering af patienterne til kommunerne beskriver noget, der i forvejen er aftalt i SAM:BO-aftalen. Vejledningen bliver derfor beskrevet som en kilde til stress og irritation blandt det kliniske personale på sygehusene, da de oplever at få dobbeltarbejde på grund af et redskab, der ikke er brug for:

*Der hvor vi har vores stærke fokus er på at få SAM:BO til at fungere, fordi fungerer den fuldt ud, så giver vi de nødvendige oplysninger til kommunerne, og så fanger de patienterne med det samme. [...] Vi har gjort en del for at implementere DÆMP-vejledningen, men den har ikke slået an i praksis, og det er, fordi den giver overflødig arbejde. (Regional informant)*

Interviewene og de indsendte statusnotater gav ikke nye perspektiver på kommunernes anvendelse udmøntning af forløbskoordinationsindsatsen sammenholdt med pointer, der allerede blev gengivet i midtvejsevalueringen. Kommunerne arbejder således fortsat med at styrke udskrivningskoordinationen med afsæt i eksisterende arbejdsgange og rutiner. Som illustreret i nedenstående citat deler de kommunale interviewdeltagere dog de hospitalsansattes perspektiver på, at DÆMP-vejledningen ikke har haft betydning for udskrivningssamarbejdet:

*Jeg vil så sige, at i vores kommune har vi kun fået to plejeforløbsplaner, hvor der stod DÆMP. Men det gør jo ikke noget. Hvis der er en god beskrivelse af patienten, så fanger visitationen det med det samme og sender den videre til vores sygeplejekoordinatorer, som netop skal tage sig af de komplekse udskrivinger. (Kommunal informant)*

Interviewpersonerne anbefaler i forlængelse af ovenstående pointer, at arbejdet med DÆMP-vejledningen stoppes til fordel for et fokus på de udfordringer, der fortsat er i udskrivningssamarbejdet, såvel som de løsninger, der opleves som en hjælp i hverdagen:

*Der er i forvejen et stort antal aftaler og screeninger og dokumentationskrav til databaser osv., som basispersonalet skal forholde sig til – det er godt nok meget for dem at finde rundt i, foruden at de skal være super specialiserede. Man forstår godt, at de ikke magter det hele. Og derfor tænker jeg nu mere, at vi skal have fokus på det gode i SAM:BO og den kultur og den tankegang, der skal til for at skabe det sammenhængende patientforløb på tværs af sektorerne. (Regional informant)*

Næsten alle interviewdeltagere er dybt involverede i udviklingen af samarbejdet omkring indlæggelse og udskrivelse. Derfor havde de et indgående kendskab til såvel udfordringer som en række af de løsninger, der i hverdagen opleves som en hjælp i udskrivningsarbejdet.

I forlængelse af ovenstående er der to udfordringer, som i særlig grad ligger interviewpersonerne på sinde i det fortsatte arbejde med at konsolidere SAM:BO og MedCom. Den første knytter sig til at forbedre kvalitet og rettidighed i kommunernes indlæggelsesrapporter og hospitalets plejeforløbsplaner. Den anden – som til dels hænger sammen med den første – knytter sig til at fremme forløbstænkningen på de akutte modtageafdelinger, således at disse i højere grad fokuserer på at forberede udskrivelser allerede ved starten af indlæggelsen og opprioriterer kommunikationen med kommunen, når der udskrives plejkrævende patienter.

Der blev også fremhævet en række gode elementer, som lokalt har styrket udskrivningssamarbejdet i perioden med indsatsen vedrørende forløbskoordination. Det anbefales derfor at tage nedenstående erfaringer med i det fremadrettede arbejde:

**Patientens plan:** Sygehus Sønderjylland har, som nævnt ovenfor, igangsat et projekt, hvor indlagte patienter screenes for at identificere de patienter, der har brug for at blive særligt forberedt på udskrivelsen. For disse patienter udarbejdes 'patientens plan', som er et dokument, hvor alle aftaler for udskrivningen og efterforløbet i kommunen samles og gennemgås med patient og pårørende inden udskrivelsen, ligesom den sendes til hjemmeplejen. Oplevelsen er, at plan og gennemgang øger patienter og pårørendes tryghed ved udskrivelsen og giver et bedre afsæt for den pleje, der skal gives i patientens hjem.

**Udskrivningskoordinatorer:** Sygehus Sønderjylland har ansat to udskrivningskoordinatorer med særligt ansvar for at koordinere de komplekse udskrivelser fra medicinsk afdeling. Oplevelsen er, at koordinatorerne har en god effekt på samarbejde og kommunikation med kommunerne – særligt når de matches med fremskudte visitatorer eller kommunale udskrivningskoordinatorer. Det fremgår endvidere, at udskrivningskoordinatorerne fungerer som ambassadører for et forløbsorienteret samarbejde samt ressourcepersoner for plejepersonalet på de medicinske sengeafdelinger. Der gøres dog også opmærksom på, at det er vigtigt ikke at fratage den enkelte sygeplejerskes opgave med at tage ansvar for at planlægge udskrivelsen:

*Sygeplejerskerne skal styrkes i at have fokus og blikket på sammenhængen i patientforløbet, så jeg mener, det kan være rigtig farligt og samle alle de komplekse udskrivelser hos to koordinatorer, der går rundt. De skal nærmest gå ind og støtte og være med til at udvikle og lære den enkelte sygeplejerske, hvordan de håndterer de her komplekse. (Regional informant)*

**Fremskudt visitation:** Flere kommuner har i indsatsperioden haft gode erfaringer med at etablere fremskudt visitation på sygehusene for at forbedre de komplekse udskrivelser. Oplevelsen er, at funktionerne understøtter en mere præcis vurdering af patienternes funktionsniveau og den hjælp, der skal sættes i værk efter udskrivelsen. Samtidig opleves det, at funktionerne skaber et bedre og mere fleksibelt samarbejde med mellem de kommunale og regionale fagpersoner samt bedre mulighed for direkte dialog og forventningsafstemning med patienter og pårørende<sup>7</sup>.

## 2.4 MedCom-standarder og opfølgende hjemmebesøg

### 2.4.1 Implementering af MedCom-standarder

De opdaterede MedCom-standarder for indlæggelse og udskrivning er i dag implementeret på alle sygehusenhederne og generelt er oplevelsen, at MedCom-standarderne ikke adskiller sig væsentligt fra de elektroniske systemer, der i forvejen var implementeret i regi af SAM:BO-aftalen. Det skyldes, at de plejeforløbsplaner og samarbejdsaftaler, der i forvejen arbejdes med, er opbygget efter samme principper som MedCom. Samtidig opleves den eksisterende sundhedsaftale vedrørende kommunikation ved indlæggelse og udskrivelse samt de elektroniske plejeforløbsplaner mm. at være velfungerende – også i forhold til opgaven med forløbskoordination for ældre medicinske patienter.

---

<sup>7</sup> De positive resultater, som opleves, matcher i høj grad konklusionerne fra den undersøgelse af fremskudt visitation i fire kommuner, som blev offentliggjort i foråret 2016 (2).

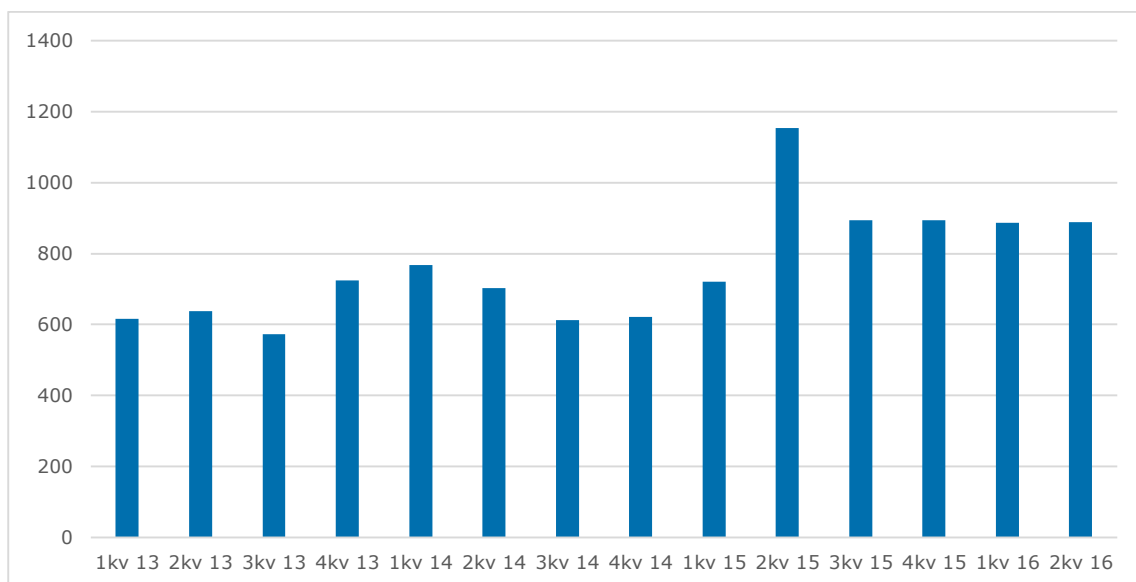
## 2.4.2 Brug af opfølgende hjemmebesøg

De involverede vurderer ikke, at indsatsen vedrørende DÆMP-vejledningen har bidraget til, at der gennemføres flere opfølgende hjemmebesøg. Til gengæld opleves implementeringen af de opfølgende hjemmebesøg som en delvis succes.

Dette forklares med, at opfølgende hjemmebesøg initieres af både sygehuse, kommune og almen praksis. Denne model er valgt ud fra et ønske om at give alle relevante fagpersoner mulighed for at handle på deres viden om patienten samt for at øge antallet af gennemførte besøg. Denne praksis er i dag fuldt implementeret, og flere kommuner har udarbejdet instrukser/retningslinjer med lokalt tilpassede arbejds- og procesbeskrivelser for det opfølgende hjemmebesøg. Enkelte kommuner har også ansat forløbskoordinatorer, som visiterer til opfølgende hjemmebesøg, inden patienten udskrives fra sygehuset.

Selv om der fortsat er stor variation i forhold til praksislægenes involvering, er det gennemsnitlige antal gennemførte besøg steget fra 638 besøg pr. kvartal i 2013 til 888 besøg pr. kvartal i 2016, jf. Figur 2.1 nedenfor.

**Figur 2.1** Antal gennemførte opfølgende hjemmebesøg i Region Syddanmark, 1. kvartal 2013-2. kvartal 2016



Note: Opgørelsen er baseret på praktiserende lægers § 2-ydelser relateret til opfølgende hjemmebesøg

Kilde: Opgørelser fra Danske Regioner

De involverede fagpersoner vurderer i den forbindelse, at indsatsen for at konsolidere de opfølgende hjemmebesøg – godt understøttet af midlerne fra DÆMP-handlingsplanen - har medvirket positivt til dette. Regionen havde allerede før handlingsplanen en lokal aftale om opfølgning efter udskrivelse, som er videreført i regi af indsatsen vedrørende forløbskoordination.

Der hersker en udbredt opfattelse af, at de opfølgende hjemmebesøg er med til at styrke sammenhæng og koordination af patientforløb. Besøgene bidrager til øget viden, afklaring og accept af hinandens arbejdsopgaver og er med til at skabe mere tryghed, kvalitet og sammenhæng for borgeren. Der er ikke udarbejdet egentlige evalueringer af ordningens evne til at forebygge indlæggelser, men de involverede vurderer, at ordningen – i samspil med de øvrige initiativer målrettet DÆMP-patienter – bidrager positivt til det fald, der ifølge interviewpersonerne ses i antallet af genindlæggelser. På den baggrund er det aftalt at videreføre de indgåede

aftaler omkring opfølgende hjemmebesøg såvel som den løbende dialog og kvalitetsudvikling, der skal konsolidere indsatsen som en fast rutine hos de involverede aktører/fagpersoner.

Region Syddanmarks Center for Kvalitet interviewede i perioden september 2014-juni 2015 fem særligt svækkede ældre medicinske patienter for at få indsigt i, hvad ældre medicinske patienter oplever i forbindelse med fælles forløbskoordination og opfølgende hjemmebesøg. Med forbehold for undersøgelsens størrelse og repræsentativitet peges der på tre opmærksomhedspunkter for det fremadrettede arbejde: (1) Forventningsafstemning med borgeren, (2) information til borgeren både før, under og efter et opfølgende hjemmebesøg og (3) inddragelse af pårørende.

Undersøgelsens resultater inddrages i dialogen mellem sygehus, kommune og praktiserende læge om videreudvikling af samarbejdet om fælles forløbskoordination og opfølgende hjemmebesøg. Patient- og pårørendeundersøgelsen kan hentes her: <http://www.regionsyddanmark.dk/wm454984>.

## 2.5 Fremadrettede perspektiver på DÆMP-samarbejdet

Initiativerne omkring screening og forløbsvejledning vil blive revideret på baggrund af den læring, der opsamles på de enkelte sygehusenheder i efteråret 2016. Herefter er det planen at videreføre screeningen som en fast rutine i SAM:BO-aftalen for at fastholde hospitalspersonalets fokus på at identificere og overlevere svækkede patienter bedst muligt til kommunen. Samtidig vil de erfaringer og perspektiver, der er beskrevet i de foregående afsnit, indgå i beslutningsgrundlaget for næste version af SAM:BO-aftalen samt de aktiviteter, der skal understøtte fortsat udvikling af det tværsektorielle samarbejde.

Arbejdet med fremskudt kommunal visitation, udskrivningskoordinatorer og patientens plan på Sygehus Sønderjylland udgør endvidere eksempler på konkret patientinddragelse, der forbindes med gode resultater. Sygehus Sønderjylland forventer derfor at fortsætte deres indsats samt at bringe erfaringerne i spil i det fremadrettede kvalitetsarbejde på tværs af regionens sygehusmatrikler.

Det fremstår endvidere positivt, at en række kommuner – bl.a. med afsæt i de midler, der er fordelt via Folketingets 'Ældre Milliard' og den kommende 'Værdighedsmilliard' – planlægger at styrke/videreføre indsatsen, der omhandler fremskudt visitation, som en del af deres faste drift.

## 3 Region Hovedstadens grundmodel for forløbskoordination

### 3.1 Prioriterede indsatser og implementering

Region Hovedstaden prioriterede at styrke de bedste af de elementer, der i forvejen er målrettet samarbejdet om særligt svækkede ældre patienter i forbindelse med indlæggelse og udskrivning. Til det formål blev der under opstarten af handlingsplanen aftalt en grundmodel for forløbskoordination, som indeholdt nedenstående tre indsatser:

1. **Samarbejdet mellem de regionale geriatriske teams og kommunerne:** Region Hovedstaden har siden 2011 haft geriatriske teams på alle akutmodtagelser. Teamene har til opgave at identificere og udrede patienter, som har brug for en særlig indsats for at forebygge genindlæggelse. De regionale midler skulle bl.a. anvendes til at styrke og til en vis grad kvalitetssikre og ensrette rutiner og kommunikation på tværs af de geriatriske teams.
2. **Styrket kommunal udskrivningskoordination:** Kommunerne anvendte deres midler til at styrke koordinering af komplicerede udskrivinger. Der var metodefrihed, men de fleste kommuner prioriterede fremskudt visitation, flere timer til de eksisterende udskrivningskoordinatorer etc.
3. **Styrkelse af samordningskonsulenterne på hospitalerne:** Hvert hospital i Region Hovedstaden har en til to samordningskonsulenter med ansvar for at udvikle de tværsektorielle relationer samt håndtere koordineringen af særligt komplicerede patientforløb. På nogle hospitaler har samordningskonsulenterne endvidere en funktion i forhold til at rådgive frontpersonalet på de enkelte afdelinger omkring håndtering af komplekse patientforløb. Indsatsen vedrørende forløbskoordination skulle i forlængelse heraf medvirke til at opprioritere proaktiv rådgivning af frontpersonalet for at forebygge konflikter og misforståelser, inden de opstår.

### 3.2 Status ved midtvejsevaluering

Ved opstarten af indsatsen blev der oprettet en toårig stilling som projektkoordinator med ansvar for at koordinere de regionale indsatser samt for at facilitere videndeling på tværs af henholdsvis samordningskonsulenter og geriatriske teams i de akutte modtageafdelinger. Det viste sig imidlertid, at arbejdet med at implementere grundmodellen for forløbskoordination blev grebet forskelligt an i de fire planområder. Dels fordi udgangspunktet varierede fra hospital til hospital, og dels fordi der i 2014 blev igangsat en omfattende reorganisering af hospitalsstrukturen i Region Hovedstaden. Den overordnede ramme er på den baggrund tilpasset, så der var mere metodefrihed, så længe de prioriterede indsatser bidrog til at styrke forløbskoordinationen for særligt svækkede ældre medicinske patienter. De konkrete indsatser, som på den baggrund blev prioriteret i de fire planområder/på de enkelte hospitaler, fremgår af oversigten nedenfor:

#### **Planområde Midt**

- Herlev Hospital har ansat en forløbskoordinator (projektsygeplejerske) i medicinsk afdeling med tilknytning til geriatrisk team i den akutte modtageafdeling for at sikre overholdelse af elementerne fra grundmodel for forløbskoordination.

- Gentofte Hospital har prioriteret kompetenceudvikling i forhold til medicin håndtering ved udskrivelse og i sektorovergange, fordi der her sker mange uhensigtsmæssige hændelser i de mest svækkede patienters forløb.

### **Planområde Syd**

Amager og Hvidovre Hospital udvidede det Geriatriiske Team i Akutmodtagelsen med en geriatrisk forløbskoordinator, som blev tilknyttet Gastroenterologisk Akutmodtagelse, der ikke havde eget geriatrisk team, men hvorigennem mange svækkede ældre patienter indlægges. Formålet var således at styrke en kritisk overgang for de særligt svækkede ældre patienter.

### **Planområde Nord/Nordsjællands hospital**

- Nordsjællands Hospital har arbejdet med at nedbringe antallet af genindlæggelser i henhold til pneumoni og akutte mavesmerter, da data har vist, at dette er to af de hyppigste genindlæggelsesdiagnoser.
- Hospitalet har endvidere styrket samarbejdet mellem geriatrisk team og kommunernes visitationsafdelinger i hospitalets optageområde.

### **Planområde Byen**

- Bispebjerg og Frederiksberg Hospital har prioriteret en indsats, der i samarbejde med Københavns Kommune skal øge kvaliteten af indlæggelser og udskrivelser af borgere i plejebolig, fordi dette er identificeret som et område, hvor der opstår mange uhensigtsmæssige hændelser og genindlæggelser.
- Bornholms Hospital anvender de allokerede midler til at styrke samarbejdet mellem den kommunale visitation og akutmodtagelsen omkring identifikation af den svækkede borger.

Hvert planområde udpegede i forlængelse af ovenstående lokale tovholdere med ansvar for implementering af de lokale indsatser samt at bidrage til videndeling, erfaringsudveksling og fælles kvalitetsudvikling på tværs af planområder. Ved midtvejsevalueringen viste de udarbejdede statusnotater, at relationel koordinering og implementering af Kommunikationsaftalen (arbejdsgange omkring MedCom-standarder) er gennemgående fokusområder for planområdernes arbejde med at styrke samarbejdet.

Som led i erfaringsopsamlingen er de enkelte planområder tildelt midler fra indsatsen vedrørende forløbskoordination til at evaluere de igangsatte indsatser. Midlerne blev fordelt på baggrund af en ansøgningsrunde, hvor nedenstående kriterier blev brugt til at prioritere fordelingen af midler:

- Undersøgelsen skal bidrage til en evaluering af, hvordan de/den valgte indsats/er i planområdet har skabt koordinerede og sammenhængende forløb for målgruppen af ældre svækkede medicinske patienter.
- Undersøgelsen skal omhandle en eller flere af de tre indsatser i grundmodellen, dvs. enten geriatrisk team, kommunal udskrivningskoordination eller samordningskonsulentfunktionen.
- Undersøgelsen skal indeholde et fokus på, hvordan patienterne har oplevet, at forløbskoordination har skabt sammenhængende forløb.

Af rapporteringen af de lokale undersøgelser var planlagt til at foreligge i juni 2016, hvorefter resultaterne skal indgå i det videre arbejde med at udvikle samarbejdet om indlæggelse og udskrivning for særligt svækkede ældre medicinske patienter.

### 3.3 Status og oplevede resultater august 2016

De prioriterede indsatser og erfaringsopsamlinger er i alle planområder gennemført som planlagt og afrapporteret i sommeren 2016. Resultaterne og de fremadrettede perspektiver, som disse giver anledning til, er sammenfattet nedenfor for hvert enkelt planområde med afsæt i de gennemførte interview og indsendte erfaringsopsamlinger:

#### 3.3.1 Planområde Midt

I januar 2015 fusionerede Herlev og Gentofte Hospital og benævnes derfor i det følgende som Herlev og Gentofte Hospital henholdsvis Herlev-matriklen og Gentofte-matriklen.

Styrkelsen af Akut Geriatrik Team på **Herlev og Gentofte Hospital (Herlev matriklen)** har, ifølge interviewdeltagere og den udarbejdede erfaringsopsamling (4), bidraget til en mere systematisk identifikation og overlevering af viden om DÆMP-patienter til kommunerne. Det skyldes, at Akut Geriatrik Team fremsender deres journalnotat direkte til den kommunale udskrivningssygeplejerske, så de orienteres om, at patienten er set i starten af indlæggelsesforløbet. I den forbindelse opleves en særlig god synergi med de kommuner, der har fremskudt kommunal visitation, fordi disse gøres opmærksom på svækkede patienter allerede, når de er i akutmodtagelsen. Projektet identificerede endvidere en række forbedringspotentialer i forhold til samordningskonsulenternes funktion samt MedCom-kommunikationen. Disse er dels adresseret i projektperioden, og dels er det aftalt at have dette som et fortsat indsatsområde efter afslutningen af forløbskoordinationsindsatsen. Arbejdet med MedCom-kommunikation uddybes i øvrigt i afsnit 3.

**Herlev og Gentofte Hospital (Gentofte-matriklen)** har gennemført et projekt omkring medicin håndtering, udformet som e-learningprogram, der er distribueret til alle 78 sygeplejersker, der arbejder på hospitalets medicinske sengeafsnit. Opsamlingen viser, at 71 af de inviterede sygeplejersker gennemførte undervisningen, og resultaterne er efterfølgende evalueret af deltageren, ligesom der er foretaget audit på 40 udskrevne patienter henholdsvis før og efter undervisningen. Deltagerevalueringen viste, at størstedelen af de deltagere, der gennemførte, var tilfredse med det faglige niveau og fandt indholdet relevant og anvendeligt i deres daglige arbejde.

Auditundersøgelsen fandt, at antallet af fejl relateret til medicin håndtering ved sektorovergange næsten var halveret efter gennemførelsen af undervisningen. Dette gjaldt både i forhold til,

- at der er overensstemmelse mellem den elektroniske patientjournal og det fælles medicin-kort
- at ordineret medicin er korrekt udlevet og dokumenteret
- at udleveret medicin er angivet korrekt i udskrivningsrapport, og at der har været kontakt til primærsektor forud for udskrivelsen.

Ifølge de indsamlede kvalitative data oplever det kommunale personale også en række forbedringer i medicin håndteringen som følge af projektet. Det drejer sig især om bedre overensstemmelse mellem den doserede medicin og den udleverede, skriftlige medicinliste. Samtidig oplever kommunerne, at det er sjældent, at der ikke er lavet recepter, og de oplever også sjældnere, at der ikke er doseret medicin til to hverdage, som retningslinjerne foreskriver.

På baggrund af de gode erfaringer er det besluttet at revidere e-learningprogrammet, så det matcher de nye arbejdsgange i Region Hovedstadens Sundhedsplatform, samt at gentage undervisningen på både Herlev og Gentofte Hospital.

### 3.3.2 Planområde Syd

**Amager og Hvidovre Hospital:** Det fremgår af Hvidovres erfaringsopsamling (5), at der i 16 måneder har været tilknyttet en geriatrisk sygeplejerske med funktionen "geriatrisk forløbskoordinator" til Gastroenterologisk Akutmodtagelse. Det fremgår også, at der har været perioder, hvor funktionen, grundet personaleudskiftning og allokering til andre opgaver, ikke har screenet som planlagt.

Evalueringen, der er baseret på interview med patienter og personale samt journalaudit, konkluderer, at funktionen har gjort en positiv forskel for de inkluderede patienter.

De gennemførte journalaudits sammenlignede 58 af de patienter, der var identificeret som særligt svækkede af den geriatriske sygeplejerske, med en kontrolgruppe på 45 sammenlignelige patienter på en række parametre relateret til udskrivningen. Resultaterne viste bl.a. nedenstående signifikante forskelle:

- 40 % af patienterne i interventionsgruppen blev sat i direkte kontakt med en kommunal visitator under indlæggelsen sammenlignet med 20 % i kontrolgruppen.
- 33 % af patienterne i interventionsgruppen blev tildelt øget hjemmehjælp ved udskrivelsen sammenlignet med 23 % i kontrolgruppen.
- 28 % af patienterne i interventionsgruppen blev henvist til en geriatr sammenlignet med 0 % i kontrolgruppen.
- 24 % af patienterne i interventionsgruppen blev tilknyttet følge-hjem-teamet sammenlignet med 2 % i kontrolgruppen.

Auditten viste, at ovenstående forskelle, i hvilke ydelser der blev givet til de indlagte patienter, først og fremmest gælder i relation til korte indlæggelser. For længerevarende indlæggelser var der således en tendens til at forskellene udjævnes. Det ser således ud til, at den geriatriske sygeplejerske først og fremmest har gjort en positiv forskel i relation til korte indlæggelser – hvilket i sig selv er en vigtig pointe, fordi det ofte er her, det kan være vanskeligt at koordinere komplekse udskrivinger.

Det konkluderes endvidere på baggrund af interview med personalet fra Gastroenheden, der har været glade for funktionen, idet den udfylder en plads, som de ikke selv formår at udfylde i en travl hverdag. Personalet understreger endvidere, at behovet for at tage hånd om de skrøbelige patienters situation stiger i takt med, at indlæggelsestiden bliver kortere. Det fremgår endvidere, at de interviewede patienter var overordnet tilfredse med deres indlæggelse og mødet med den geriatriske sygeplejerske. Denne del af undersøgelsen skal dog tages med et forbehold. Dels fordi der kun er interviewet fire patienter, og dels fordi patienterne havde svært ved at skelne forløbskoordinatoren fra det øvrige plejepersonale.

I den første del af projektperioden var koordinatorfunktionen forankret hos én medarbejder. Undervejs i projektperioden valgte man at integrere funktionen i det geriatriske team samt i hospitalets ringe hjem- og følge hjem-ordninger, som er målrettet sårbare ældre patienter, idet det vurderes, at en sådan teamorganisering – hvor flere medarbejdere kan udfylde funktionen – bedre kan sikre kontinuitet og driftssikkerhed.

**Bornholms Hospital:** Det skriftlige materiale fra Region Hovedstaden indeholder ikke en status på Bornholms Hospitals indsatser, og da der heller ikke har været nogen interviewdeltagere herfra, har det ikke været muligt at vurdere fremdrift og resultater.



### 3.3.3 Planområde Nord

#### **Tværasektoriel indsat målrettet patienter med lungebetændelse og akutte mave-**

**smerter:** Nordsjællands Hospital identificerede i 2015 et forbedringspotentiale i at styrke de tværasektorielle udskrivningsforløb, for de særligt svækkede ældre medicinske patienter, der udskrives med diagnosen pneumoni, og som genindlægges med pneumoni. Lunge- og Infektionsmedicinsk afdeling, Nordsjællands Hospital, har i samarbejde med Gribskov Kommune og Halsnæs Kommune i den sammenhæng udviklet og testet et screeningsværktøj med tilhørende interventioner med det formål at identificere særligt svækkede ældre medicinske patienter og forebygge genindlæggelser med pneumoni.

Alle indlagte patienter med lungebetændelse fra de to kommuner har inden udskrivelsen fået deres risiko for genindlæggelse vurderet, hvorefter der er aftalt individuel opfølgning fra kommunens side i forhold til de identificerede risikopatienter.

De første testresultater indikerer forsigtigt, at interventionen har en positiv indvirkning på antallet af genindlæggelser med pneumoni. Samordningsudvalget har derfor besluttet at videreføre interventionen samt at udbrede den til alle kommuner i hospitalets optageområde i efteråret 2016.

Foruden taskforce-indsatsen vedrørende pneumoni var der planlagt en sideløbende indsats målrettet akutte mavesmerter mellem Fredensborg Kommune og Kirurgisk afdeling på Nordsjællands Hospital. Efter en nærmere kortlægning af udvalgte patientforløb var konklusionen, at det ville være vanskeligt at udpege en fælles indsats, da hovedparten af genindlæggelserne ikke var forebyggelige. Der var desuden tale om en uhomogen patientgruppe, som ville gøre det svært at etablere og udvikle en fælles indsats.

**Styrket samarbejde mellem geriatrisk team og kommunal visitation:** Der har kørt en indsats i Akutafdelingen på Nordsjællands Hospital i Hillerød, med henblik på at forbedre udskrivelserne, blandt andet ved at styrke samarbejdet og koordineringen mellem det geriatriske team, den kommunale fremskudte visitation og hospitalets tværasektorielle koordinatore med henblik på at sikre sammenhængen for de særligt svækkede ældre medicinske patienter.

Projektet er motiveret af, at der er mange koordinerende – og nogle gange overlappende funktioner, som kan involveres i patienternes udskrivelse, hvorfor der kan opstå uklarhed om, hvem der gør hvad hvornår. Samtidig mangler der ofte viden om de indlagte patienter i akutafdelingen, ligesom der er kort tid til at udrede patientens situation og behov for behandling. På den baggrund er der i indsatsperioden gennemført nedenstående tiltag for at optimere udskrivelserne fra akutafdelingen:

- For det første er der gjort en ekstra indsats for at implementere og overholde de aftaler for kommunikation ved indlæggelse og udskrivning ved de korte indlæggelser, hvor patienterne udskrives direkte fra akutafdelingen, som er indgået i Region Hovedstaden.
- For det andet har der været særlig opmærksomhed på at tilknytte hospitalets udgående funktioner til de svækkede patienter, der udskrives direkte fra akutafdelingen.
- For det tredje er det indført som fast rutine, at de patienter, der udskrives til plejehjem, midlertidige pladser eller hjemmesygepleje, og som er blevet tilset af en geriatrisk læge, får en fysisk kopi af deres epikrise med hjem, så denne er let tilgængelig for det kommunale personale.
- For det fjerde er der udarbejdet et udskrivelsesbrev, som er målrettet patienter og pårørende med vægt på, at brevet skulle kunne fungere som en huskeliste for dialogen mellem patient og kommunalt personale ved hjemkomsten.

Den lokale erfaringsopsamling viser, at det involverede personale har meldt positivt tilbage på alle de gennemførte initiativer, og på den baggrund vurderes det, at indsatsen har givet de ønskede resultater, samt at disse vil kunne opretholdes fremadrettet inden for rammerne af det normale samarbejde.

**Tværasektorielle forløbsaudits danner afsæt for fremadrettet indsats målrettet patienter, der udskrives til kommunale døgnpladser:** Nordsjællands Hospital har i samarbejdet med Fredensborg, Hillerød og Helsingør Kommuner gennemført tværasektorielle audits på 45 forløb, hvor borgere er blevet genindlagt fra en kommunal midlertidig døgnplads inden for 8 dage efter udskrivelsen. Formålet har været at finde inspiration til, hvordan samarbejdet fremadrettet kan styrkes, samt at inddrage patienter og pårørendes perspektiver i dette. I den forbindelse blev overgangen fra hospital til kommunernes midlertidige døgnpladser afdækket som en særlig kritisk overgang.

### 3.3.4 Planområde Byen

**Styrket overgang fra hospital til kommunale plejecentre:** Bispebjerg og Frederiksberg Hospital har sammen med Københavns Kommune gennemført en større kortlægning af samarbejdet omkring borgere i plejebolig, som indlægges på og udskrives fra hospital. Kortlægningen skal bidrage til en bedre organisering af den samlede sundhedsfaglige indsats over for borgere i plejebolig. Baggrunden for indsatsen er en erkendelse af, at der – sammenlignet med de patienter, som udskrives til eget hjem – var mange svigt i overleveringen af information til kommunen. Formålet er derfor at udvikle og implementere en model for forløbskoordination, der sikrer, at også DÆMP-patienter i plejebolig får en intensiveret og personligt tilpasset koordinerende støtte til et sammenhængende, sikkert og trygt forløb på tværs af primær og sekundær sektor.

Ved afslutningen af forløbskoordinationsindsatsen var modellen fortsat under udvikling og implementering. Derfor foreligger der ikke resultater, som kan videreformidles. Det er planlagt, at den udviklede model skal implementeres og evalueres på tre plejecentre fra efteråret 2016-marts 2017, samt at indsatsen efterfølgende udbredes til at dække alle plejecentre i kommunen. Indsatsen kan eventuelt inspirere til udbredelse andre steder i regionen

**Geriatrisk Akut Team på Medicinsk Modtagelse (GATE):** Formålet med GATE-modellen er at accelerere og effektivisere indlæggelsesforløbene for ældre medicinske patienter, så unødige undersøgelser, behandlinger og flytninger mellem afdelinger undgås. GATE-modellen er målrettet DÆMP-patienter, der indlægges på Medicinsk Modtage Afsnit uden behov for at blive indlagt på Geriatrisk Sengeafsnit, men som har behov for geriatriske tværfaglige kompetencer.

GATE-modellen skal således medvirke til, at patienterne udredes og behandles geriatrisk, samtidig med at de forbliver på Medicinsk Modtageafdeling. Den endelige evaluering forelå ikke ved afslutningen af forløbskoordinationsindsatsen, men en pilottest har vist, at flere ældre medicinske patienter færdigbehandles og hjemsendes fra Medicinsk Modtageafsnit inden for 24-72 timer, når GATE-modellen er implementeret på afdelingen. Hvis den afsluttende evaluering bekræfter disse resultater, er det intentionen at konsolidere GATE-modellen som fast rutine på de Medicinske Modtageafdelinger.

## 3.4 MedCom-standarder og opfølgende hjemmebesøg

### 3.4.1 Implementering af MedCom-standarder

Region Hovedstaden har de seneste fire år arbejdet med at implementere MedCom-standarder, og siden august 2013 har arbejdet haft karakter af konsolidering og kvalitetssikring. Rent teknisk er standarderne implementeret, og de anvendes som afsæt for al kommunikation om indlæggelse og udskrivning. Interviewpersonerne er enige om, at overgangen til MedCom udgør et stort skridt i den rigtige retning for koordination og kommunikation om indlæggelsesforløb, men der mangler fortsat meget arbejde med at sikre kvalitet og målrettethed i den information, der udveksles om de konkrete patientforløb.

Henover foråret 2014 gennemførtes en ekstern evaluering af fagpersonernes anvendelse og perspektiver på MedCom-rapporterne og de aftaler, der understøtter kommunikationen ved indlæggelse og udskrivning. Evalueringen anvendes aktuelt som afsæt for at fremme større rettidighed, standardisering af indhold og målrettethed i den information, der udveksles.

Hospitalernes samordningskonsulenter fungerer som lokale tovholdere på MedCom-standarderne, og der gennemføres løbende tværsektorielle audits for at fremme tværgående relationer og fælles forståelse mellem de fagpersoner, der er involveret i indlæggelses- og udskrivningsforløbene. Som eksempel på dette arbejde arrangerer hospitalerne løbende undervisning i MedCom-standarderne med særligt fokus på at øge kvaliteten i indholdet i funktionsvurderingen, som indgår i såvel plejeforløbsplan og udskrivningsrapport. På samme måde er der igangsat lignende interventioner i de fleste kommuner for at forbedre den tværsektorielle kommunikation. På baggrund af disse aktiviteter ses også en positiv udvikling i antallet af rettidigt afsendte plejeforløbsplaner og udskrivningsrapporter.

### 3.4.2 Brug af opfølgende hjemmebesøg

De involverede vurderer ikke, at indsatsen vedrørende forløbskoordination har bidraget til, at der gennemføres flere opfølgende hjemmebesøg. Opfølgende hjemmebesøg til særligt svækkede ældre medicinske patienter har imidlertid været et prioriteret indsatsområde i Region Hovedstaden siden 2011. Brugen af ordningen har derfor været understøttet af en § 2-aftale, hvor 1) målgruppen blev udvidet, så flere borgere med behov kan omfattes af aftalen, 2) både kommune, praktiserende læge og hospital kan tage initiativ til opfølgende hjemmebesøg, og 3) det er obligatorisk for de praktiserende læger at deltage.

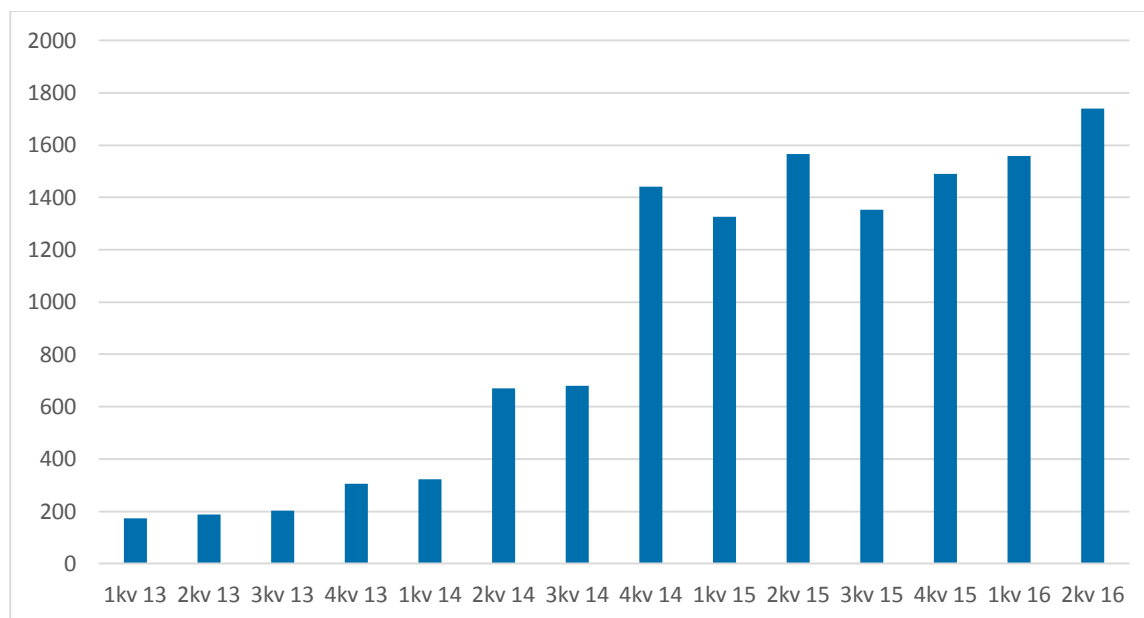
Aftalen om opfølgende hjemmebesøg er endvidere understøttet af konsulentordningen Kvalitet i Almen Praksis (KAP-H), der har gennemført en oplysningsindsats over for samordningsudvalg og kommunalt lægelige udvalg, hvor bl.a. statistik over aktivitet har dannet grundlag for drøftelser om implementering. Endvidere er der gennemført tværsektorielle roadshows, som har fokuseret på, hvordan samarbejdet mellem det kommunale plejepersonale og de praktiserende læger kan styrkes.

Et roadshow omhandler forskellige aspekter omkring håndtering af ældre patienter, herunder fokus på opfølgende hjemmebesøg. I løbet af 2014-15 blev der afholdt roadshows i alle kommuner, og der var mellem 70-100 deltagere til hvert arrangement. Målgruppen omfatter både kommune (sundhedsfagligt og administrativt personale, leder- og medarbejderniveau), praktiserende læger (og evt. praksispersonale) og hospitalspersonale.

Sideløbende hermed tilbyder en praksiskonsulent at deltage i de lokale samordningsudvalg for løbende at drøfte implementeringen af opfølgende hjemmebesøg.

Det fremgår i forlængelse heraf, at det gennemsnitlige antal gennemførte opfølgende hjemmebesøg er steget markant fra 218 besøg pr. kvartal i 2013 til 1.651 besøg pr. kvartal i 2016, jf. Figur 3.1 nedenfor.

**Figur 3.1** Antal gennemførte opfølgende hjemmebesøg i Region Hovedstaden, 1. kvartal 2013-2. kvartal 2016



Note: Opgørelsen er baseret på praktiserende lægers § 2-ydelser relateret til opfølgende hjemmebesøg, og opgørelsen er renset for ydelser relateret til palliative forløb.

Kilde: Opgørelser fra Danske Regioner

December 2015: Antallet af opfølgende hjemmebesøg har i 2015 ligget stabilt på 1.300-1.400 besøg pr. kvartal. August 2016: Antallet af opfølgende hjemmebesøg har i 1. halvår af 2016 været svagt stigende til omkring 1.600-1.700 besøg pr. kvartal

**Vurderede effekter:** Der er endnu ikke gennemført systematisk evaluering omkring effekten af de opfølgende hjemmebesøg i Region Hovedstaden, men, som illustreret i nedenstående tilbagemelding fra Albertslund Kommune, er der positive tilbagemeldinger fra involverede sundhedspersoner:

*Opfølgende hjemmebesøg bliver en mere og mere integreret del af vores hjemmesygepleje. Både de praktiserende læger og assistenter og sygeplejersker i hjemmesygeplejen er nu opmærksomme på værdien, der kan være ved et opfølgende hjemmebesøg.*

*Hjemmesygeplejerskerne og assistenterne oplever, at de opfølgende hjemmebesøg i overvejende grad er gavnlige for borgerne. Ved mere erfaring håber vi, at de opfølgende hjemmebesøg kan blive endnu mere fokuserede og målrettet borgernes specifikke problemstillinger.*

*Hjemmesygeplejerskerne oplever, at samarbejdet med den praktiserende læge angående en borgers problemstillinger bliver lettere, når der har været et opfølgende hjemmebesøg.*

Det er besluttet at gennemføre en ekstern evaluering af de opfølgende hjemmebesøg i efteråret 2016. Evalueringen gennemføres af KORA og undersøger bl.a. implementering og oplevede effekter for patienter og for personale på tværs af sektorer. Evalueringen gennemføres i samarbejde med PLO-hovedstaden, og den forventes at foreligge primo 2017, hvor resultaterne skal anvendes som afsæt for det videre arbejde med opfølgende hjemmebesøg.

### 3.5 Fremadrettede perspektiver på DÆMP-samarbejdet

Opfølgning og videreudvikling af opfølgende hjemmebesøg samt implementering af MedCom-standarder udgør et permanent indsatsområde i Region Hovedstadens sundhedsaftaler. De gennemgåede aktiviteter vil derfor blive videreført uændret efter udløbet af indsatsen vedrørende forløbskoordination. Det samme gælder kommunernes initiativer vedrørende styrket udskrivningskoordination for særligt svækkede patienter, da der fortsat er fokus på dette område, i takt med at indlæggelsestiden fortsætter med at falde.

Det fremgår endvidere, at det bl.a. grundet store organisationsændringer og lokale forskelle på samarbejdsstraditioner og behov, ikke lykkedes at implementere Region Hovedstadens grundmodel for forløbskoordination i sin helhed. Det fremgår også, at den projektansatte koordinator (der sagde op midtvejs i indsatsen) ikke nåede at skabe et overblik, der i tilstrækkelig grad kunne understøtte det lokale arbejde.

På den baggrund blev der midtvejs i indsatsperioden åbnet op for, at de lokale indsatser kunne udmøntes forskelligt fra hospital til hospital, hvorfor erfaringer, læring, og hvad der bæres med videre, også er forskelligt. En del indsatser og erfaringer er endnu ikke indsamlet, men de involverede fagpersoner opfatter indsatserne som lovende og forventer, at de i løbet af 2017 vil blive bragt i anvendelse. Herudover er der skabt en række positive erfaringer, der fortsætter og videreudvikles i de kommende år.

#### **Planområde Nord**

1. I planområde Nord sættes interventionen med screening af pneumoni-patienter i drift fra 1. september 2016, således at interventionen fremadrettet omfatter alle patienter fra kommunerne i hospitalets optageområde.
2. Konklusionerne fra de tværsektorielle audits er anvendt som afsæt for et fremadrettet projekt med titlen 'Tværsektoriel stuegang – fremtidens tværsektorielle forløb', som har fået midler fra satspuljen 'Styrket sammenhæng for de svageste ældre'. Projektet er et eksempel på organisatorisk patientinddragelse, der indebærer, at der med afsæt i borgerens ønsker og behov lægges en pleje- og behandlingsplan for borgeres ophold på kommunernes midlertidige døgnpladser. Dette kombineres med en målrettet kompetenceudvikling af det tilknyttede kommunale personale for at ruste dem til at kunne varetage pleje og behandling af multisyge borgere med flere komplekse og konkurrerende sygdomme.
3. På baggrund af resultaterne fra de tværsektorielle audits er der nedsat en arbejdsgruppe, der arbejder videre med at kvalificere den faglige information, der er særlig vigtig at dele, når patienter udskrives til ophold på kommunale døgnpladser. Arbejdsgruppen har i den sammenhæng udarbejdet et lommekort med inputs til relevant information i udskrivelsesrapporten, som pilottestes på to afdelinger, og et lommekort med inputs til information i den manuelle indlæggelsesrapport ved eventuelle genindlæggelse, som testes på de tre KMD-pladser. Det er hensigten, at lommekortene skal udrulles til alle afdelinger og eventuelt implementeres på KMD-pladser i de øvrige kommuner. Lommekortet for udskrivelsesrapporten udrulles på alle hospitalets afdelinger i starten af oktober 2016 i forbindelse med implementeringen af den reviderede kommunikationsaftale.

4. Der afprøves en ordning, hvor opfølgende hjemmebesøg fremadrettet kan gennemføres, mens patienten opholder sig på kommunale døgnpladser med henblik på, at praktiserende læge og den kommunale sygepleje udarbejder en fælles behandlingsplan så kort tid efter udskrivelsen som muligt. Erfaringerne er, at det giver god mening at få involveret borgerens egen læge tidligt i forløbet, da der ofte er behov for en lægefaglig vurdering i forhold til borgerens fortsatte pleje og behandling, ligesom personalet ofte har behov for at kunne rådføre sig i forhold til borgerens udvikling.

#### **Planområde Midt**

1. På baggrund af erfaringerne fra Herlev-projektet og den gennemførte tværsektorielle audit vil der fremadrettet være øget fokus på samordningskonsulenternes koordinerende funktion ved udskrivelser af særligt svækkede ældre medicinske patienter. Dette understøttes af den reviderede kommunikationsaftale, som blandt andet skærper tidsfristerne for udveksling af informationer mellem sektorerne.
2. Fremadrettet vil e-learningstesten, udviklet i Gentofte-projektet, blive revideret og tilpasset de nye arbejdsgange i Sundhedsplatformen. Spørgsmålene vil blive revideret i samarbejde med samordningskonsulenterne på Herlev og Gentofte Hospital. Den reviderede test vil blive implementeret i overensstemmelse med gennembrudsmetoden, således at implementering påbegyndes på et enkelt afsnit og derefter udbredes til alle relevante afdelinger på Gentofte og Herlev hospitaler.

## 4 Region Sjællands kortlægning og analyse af samarbejdet omkring særligt svækkede ældre medicinske patienter

### 4.1 Prioriterede indsatser og implementering

Region Sjælland og kommunerne i regionen havde i udgangspunktet en regional pulje, som bl.a. anvendes til at afprøve/implementere følge hjem-ordninger, tele hjem-ordninger og opfølgende hjemmebesøg. Ved opstarten af indsatsen vedrørende forløbskoordination var der igangsat en forskningsbaseret evaluering af disse initiativer for efterfølgende implementering af de modeller, der viser gode resultater. Derfor ønskede de DÆMP-ansvarlige ikke at sætte nye funktioner og samarbejdsmodeller i gang, før resultaterne af de igangværende evalueringer forelå.

Ovenstående betød, at størstedelen af de allokerede midler blev kanaliseret ind i eksisterende kommunal og regional udskrivningskoordination – det vil sige, at midlerne blev anvendt til at udvikle den eksisterende drift, hvor de enkelte kommuner og sygehuse har vurderet, at det giver bedst mening. De indsatser, der arbejdes på, knytter sig fx til kommunale udskrivningskoordinatorer, der arbejder på hospitalsafdelinger.

Derudover anvendtes en mindre del af midlerne til at finansiere to halvtidsansatte projektledere, der har arbejdet med at kortlægge omfang, kvalitet og udfordringer i ældre patienters indlæggelser i Region Sjælland. Region Sjælland finansierede 30 % og kommunerne 70 %, af stillingerne, svarende til fordelingsnøglen af puljemidlerne. Projektlederne havde sammen med en tværsektoriel arbejdsgruppe til opgave at skabe

- overblik over antallet af udskrivelser af særligt svækkede ældre medicinske patienter
- overblik over gode og mindre gode forløb
- viden om de eksisterende indsatser, der er målrettet forløbskoordinering
- fremadrettede rammer for tværsektoriel kompetenceudvikling og kvalitetssikring af forløbskoordinering.

### 4.2 Status ved midtvejsevaluering

Det fremgik af den indsendte status, at den konkrete forløbskoordinering fortsat foregik i regi af de eksisterende følge hjem- og tele hjem-ordninger. Effekten af begge ordninger skulle evalueres i løbet af vinterhalvåret 2015-2016, og resultaterne afventes, inden der tages stilling til, hvorvidt/i hvilken form ordningerne skal videreføres og udbredes på tværs af regionen.

Det fremgik endvidere, at den tværsektorielle arbejdsgruppe har afsluttet kortlægningen af samarbejde og kommunikation omkring ældre medicinske patienter. Rapporten var baseret på 289 tværsektorielle journalaudits. Hovedkonklusionen var, at der udveksles informationer på tværs af sektorer fra indlæggelse til udskrivelse i form af elektroniske rapporter og anden telefonisk og personlig kontakt, som er relevant for at skabe helhed og god forløbskoordination.

Undersøgelsens fokus på patienternes forløb frem for "systemernes" viden synliggjorde dog også, hvor der er udviklingspotentiale i samarbejdet. Det drejede sig fx om behovet for bedre

opdatering af indlæggelsesrapporter og afsendelse af plejeforløbsplaner og udskrivningsrapporter. På den baggrund blev der opstillet en række anbefalinger til, hvordan kvaliteten i MedCom-kommunikationen ved indlæggelse og udskrivning kunne styrkes yderligere. Anbefalingerne blev godkendt i Styregruppen for Sundhedssamarbejde (SAM) og sendt videre til de fire Kommunale Samarbejdsfora for Somatik (KSS). KSS fik dermed det ledelsesmæssige ansvar for at implementere undersøgelsens anbefalinger til samarbejde mellem hvert enkelt hospital og kommunerne i optageområdet.

Endvidere var der på baggrund af de gode erfaringer med undersøgelsen af samarbejdet på det medicinske område igangsat en identisk audit-undersøgelse af indlæggelser og udskrivninger af ældre svækkede patienter på kirurgiske afdelinger. Arbejdet forventedes færdigt i foråret 2016, hvorefter resultaterne skulle drøftes og anvendes på samme måde som ved den første undersøgelse.

### 4.3 Status og oplevede resultater august 2016

Ved afslutningen af indsatsen vedrørende forløbskoordination forelå de endelige evalueringer af opfølgende hjemmebesøg samt tele hjem- og følge hjem-ordningerne<sup>8</sup>. Evalueringerne var ikke i stand til at dokumentere, at ordningerne forebygger genindlæggelser. Til gengæld har der været stor tilfredshed med ordningerne blandt patienter og sundhedsprofessionelle, og det vurderes, at ordningerne har medvirket til at sikre ansvarsoverdragelse, skabe bedre overblik over pleje og behandling, sikre medinddragelse og øget tryghed hos patienter og pårørende. Erfaringerne fra de tre ordninger peger også på, at de når en særligt sårbar målgruppe, der har behov for en særlig indsats. På den baggrund er det besluttet, at ordningerne fremadrettet skal samtænkes og videreføres som en ordning. De konkrete rammer for den 'samtænkte' indsats, er endnu ikke konkretiseret, men dette forventes afklaret i løbet af 2017.

Undersøgelsen af indlæggelser og udskrivninger fra kirurgiske afdelinger er gennemført. Der indgik 119 patientaudits i undersøgelsen. Konklusioner og anbefalinger er sammenlignelige med resultaterne af auditten fra de medicinske afdelinger, men det fremgår også, at MedCom-kommunikationen ikke foregår lige så systematisk i de kirurgiske forløb. Undersøgelsens anbefalinger er drøftet af styregruppen for sundhedssamarbejde på samme måde, som det tidligere skete med undersøgelsen af de medicinske afdelinger, ligesom resultaterne af begge undersøgelser er præsenteret for alle lokale KSS'er. De anbefalinger, undersøgelsen gav anledning til, er ligeledes sendt videre til de lokale KSS'er, der skal anvende undersøgelsernes samlede resultater til at udvikle en fælles model for det fremadrettede samarbejde om særligt svækkede ældre patienters forløb.

De samlede resultater fra de to undersøgelser anvendes fremadrettet i de lokale samarbejdsfora mellem sygehus og kommuner. Samtidig anvender den fælles udviklingsgruppe for behandling og pleje, genoptræning og rehabilitering undersøgelsene som afsæt for konkrete initiativer målrettet problemområder. De fremadrettede fokusområder, som udspringer af de to undersøgelser, er:

- Et fornyet fokus på konsolidering af MedCom-samarbejdet, samt at kompetenceudviklingen omkring MedCom-standarden tager afsæt i en forløbstankegang, og at den i en del tilfælde afholdes tværsektorielt.
- At den tværsektorielle kommunikation om patientens situation og udskrivning igangsættes tidligere i indlæggelsesforløbet.

---

<sup>8</sup> Evalueringerne er ikke offentliggjort, da der afventes videnskabelig publicering. De gengivne oplysninger er derfor baseret på den indrapporterede status fra Region Sjælland.



- At fremme fokus på kommunikation og planlægning af udskrivelse på hospitalernes akutmodtagelser. Heri indgår også, at der skal udvikles supplerende målsætninger, fordi målsætningerne om, at indlæggelserne skal være korte, samt at flest mulige patienter skal udskrives direkte fra akutmodtagelserne, mindsker personalets fokus på at skabe et sammenhængende forløb.
- At auditundersøgelserne gentages med to års mellemrum for at følge op på udviklingen, samt kvalificere valget af fremtidige indsatsområder.

## 4.4 MedCom-standarder og opfølgende hjemmebesøg

### 4.4.1 Implementering af MedCom-standarder

MedCom-standarderne er teknisk implementeret og anvendes som afsæt for kommunikation om indlæggelse og udskrivelse. Informanterne fortæller, at MedCom-standarderne – hvis de overholdes fuldt ud – udgør et stort fremskridt for koordinering og dokumentation af indlæggelsesforløb. Samtidig vurderer de, at personalet generelt bakker op om principperne i MedCom og det korps af nøglepersoner, der er oplært som led i implementeringen af MedCom.

Som påvist i DÆMP-undersøgelserne, mangler der en del arbejde, før den faglige kvalitet og rettidigheden i de oplysninger, der udveksles, lever fuldt op til målsætningerne. Det forklares bl.a. med travlhed, som gør det vanskeligt at indleje de nye rutiner, og med personaleudskiftning (først og fremmest på sygehusafdelinger), som betyder, at de oplærte MedCom-nøglepersoner forsvinder fra afdelingerne – nogle gange uden at de erstattes af nye. Manglen på dedikerede nøglepersoner giver problemer ved oplæring af nyt personale, og når der gennemføres opdateringer i MedCom. Derfor ser informanterne et behov for genopfriskningskurser såvel som fokus på oplæring af nye nøglepersoner.

I forbindelse med den videre konsolidering af MedCom og næste generation af sundhedsaftaler har Styregruppen for Sundhedssamarbejde holdt workshops på alle sygehuse og kommuner med fokus på at identificere barrierer for anvendelse og videre konsolidering af standarderne. Endvidere er der, som tidligere omtalt, sat fornyet fokus på tværsektoriel kompetenceudvikling i relation til MedCom-kommunikationen, samt uddannelse af nøglepersoner.

### 4.4.2 Brug af opfølgende hjemmebesøg

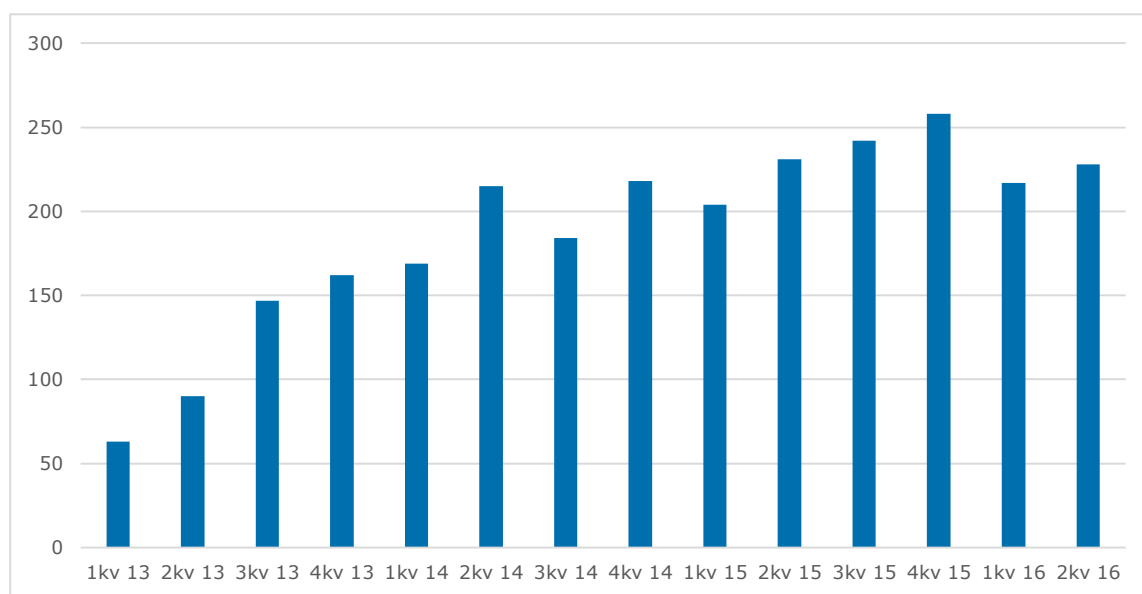
Opfølgende hjemmebesøg er implementeret fra medicinske og geriatriske afdelinger i Region Sjælland samt på ortopædkirurgisk afdeling i Køge med deltagelse af alle regionens 17 kommuner. Det fremgår, at implementeringsgraden varierer fra sygehusafdeling til sygehusafdeling samt fra kommune til kommune. Erfaringerne viser endvidere, at der er mange udfordringer for intentionen om, at screening sker i sygehussektoren, hvorefter primærsektor overtager stafetten ved udskrivelsen og arrangerer hjemmebesøg inden for de aftalte ridsrammer. Årsagerne er, dels at mange indlæggelser er så korte, at det kan være vanskeligt at nå at få screenet patienterne, og dels at der er mange praktiske forhold, som giver barrierer eller fjerner relevansen af at gennemføre et opfølgende hjemmebesøg.

Det har også vist sig, at kun 50 % af de henviste patienter modtager besøg inden for 12 dage. Årsagerne til, at der ikke er flere patienter, der får besøg, skyldes primært kommunikationsproblematikker såvel internt i de forskellige organisationer som på tværs af sektorerne. Flere kommuner har også iværksat konkurrerende indsatser, fx besøg af en sygeplejerske inden for de første døgn, som i formål og indhold minder om opfølgende hjemmebesøg. Derfor bliver det ofte skønnet, at der ikke har været behov for opfølgende besøg, da de ved deres første besøg

i hjemmet allerede har været i kontakt med den alment praktiserende læge, hvis det skønnes nødvendigt.

Trods ovenstående udfordringer er antallet af opfølgende hjemmebesøg steget i projektperioden, som det fremgår af Figur 4.1 nedenfor. Det gennemsnitlige antal gennemførte opfølgende hjemmebesøg er steget fra 116 besøg pr. kvartal i 2013 til 223 besøg pr. kvartal i 2016.

**Figur 4.1** Antal gennemførte opfølgende hjemmebesøg i Region Sjælland, 1. kvartal 2013-2. kvartal 2016



Note: Opgørelsen er baseret på praktiserende lægers § 2-ydelser relateret til opfølgende hjemmebesøg

Kilde: Opgørelse fra Danske Regioner

Der er udarbejdet en evaluering af opfølgende hjemmebesøg vedrørende patienter over 78 år i perioden 2013-2015. Evalueringen viser, at mange af patienterne er multisyge og har et stort antal kontakter til deres praktiserende læge.<sup>9</sup> Evalueringen dokumenterede endvidere, som tidligere nævnt, at ordningen ikke forebyggede genindlæggelser.

Evalueringen viste til gengæld også, at der er stor tilfredshed med ordningen hos de sundhedsprofessionelle, patienterne og deres pårørende, når det lykkes at gennemføre besøgene. De sundhedsprofessionelle vurderer, at ordningen medvirker til sikre ansvarsoverdragelse, skaber bedre overblik over pleje og behandling samt medvirker til tidlig opsporing og dermed til at forebygge yderligere sygdomsforværring hos patienten. De involverede ser også i højere grad genindlæggelser som en nødvendighed, frem for mangel på kvalitet. Evalueringen konkluderer også, at opfølgende hjemmebesøg medvirker til at skabe tryghed for patienten, da sygdomsforløbet bliver mere vel koordineret og forudsigeligt.

For at understøtte opmærksomheden på at initiere og gennemføre opfølgende hjemmebesøg sendes der kvartalsvis opgørelser over antallet af gennemførte besøg, som drøftes på møder i de enkelte KSS'er. Fremadrettet er det endvidere besluttet, at både praktiserende læger, kommuner og hospitaler kan henvise til et opfølgende hjemmebesøg. Begrundelsen er – som i Region Syddanmark – et ønske om at udnytte alle fagpersoners viden om borgeren, samt at

<sup>9</sup> Evalueringsrapporten kan hentes her: <http://www.regionsjælland.dk/Sundhed/Sundhedsaftalen/jura/Documents/D/EMP-rapport%20maj%202015.pdf>

øge antallet af gennemførte besøg. Fremadrettet er det også de fire lokale KSS'er, der har ansvaret for at følge og monitorere de opfølgende hjemmebesøg.

## 4.5 Fremadrettede perspektiver på DÆMP-samarbejdet

Da kommunernes og hospitalernes midler til styrket forløbskoordination primært er anvendt til at understøtte driftsopgaverne i forbindelse med det eksisterende udskrivningssamarbejde, vurderes det, at disse indsatser fortsætter uændret efter afslutningen af indsatsen vedrørende forløbskoordination. Det fremgår endvidere, at resultaterne fra de gennemførte audits, har givet den forventede viden, samt at denne indgår som et vigtigt element i to af de ti pejlemærker, der er opstillet for Sundhedsaftalen 2015-2018.

Det første pejlemærke knytter sig til den fortsatte udvikling af kvalitet i samarbejdet om den ældre medicinske patient, hvor indsatsområderne – der især knytter sig til kompetenceudvikling og konsolidering af MedCom-kommunikationen – er valgt med afsæt i resultaterne af DÆMP-kortlægningerne.

Det andet pejlemærke omhandler rettidig elektronisk og relevant kommunikation på tværs af sektorer, og dette indsatsområde monitoreres fremadrettet via journalaudits i DÆMP-regi. I første omgang gennemføres der i efteråret 2016 en journalaudit omhandlende forløb på medicinske afdelinger. Denne audit er en opfølgning på den tilsvarende audit, der blev gennemført i 2014, med henblik på at følge udviklingen på området.

Endelig arbejder Region Sjælland og en række af regionens kommuner videre med erfaringerne fra indsatsen vedrørende forløbskoordination i satspuljeprojektet 'Tværsektorielt samarbejde for og med de svageste ældre'. Projektet er målrettet svage ældre borgere, som er tilknyttet kommunens hjemmepleje eller hjemmesygepleje. Henvisning til indsatsen kan ske fra både praktiserende læger, sygehuslæger eller kommune. Projektet afprøver for disse borgere tre forskellige modeller for teamsamarbejde i henholdsvis:

- Kalundborg, Holbæk og Odsherred Kommuner samt på Holbæk Sygehus.
- Guldborgsund, Lolland og Vordingborg Kommuner samt på Nykøbing Falster Sygehus.
- Roskilde Kommune og på Sjællands Universitetshospital, Roskilde (medicinsk afdeling).

Borgerne i målgruppen inkluderes i alle modeller til et tværsektorielt team, der har til opgave at sikre en sammenhængende pleje og behandling, der tager afsæt i borger og pårørendes behov.

## 5 Region Midtjyllands fem udviklingsprojekter

### 5.1 Prioriterede indsatser og implementering

Udmøntningen af indsatsen vedrørende styrket forløbskoordination har i Region Midtjylland været lagt ud i de klyngesamarbejder, der er etableret omkring regionens fem hospitaler. Det er således de lokale klynger, der hver især har udvalgt deres egen indsats og indgået aftaler om lokal udvikling. Forventningen var, at alle kommuner indgår i deres respektive klynges hovedprojekt, men kommunerne har i øvrigt udmøntet deres egen andel af midlerne individuelt. Fremgangsmåden betød, at der i Region Midtjylland var planlagt fem forskellige modelprojekter, som alle tog udgangspunkt i eksisterende indsatser eller udviklingsprojekter. Der var tale om indsatser, der blev opfattet lovende, samtidig med, at der manglede systematiske erfaringer og viden om effekter. De fem projekter omhandlede:

Et **integreret udgående akutteam** i Aarhus-klyngen; såkaldt "Shared-Care Team", hvor kommunale sygeplejersker arbejder tæt sammen med geriatrisk afdeling på Aarhus Universitetshospital (AUH). Formålet er bl.a. at integrere indsatsen og få erfaringer med fælles ledelse af indsatsen. Der er ansat akutsygeplejersker i kommunen i et kommunalt akutteam, som sammen med geriatrisk akut-team på AUH udgør det fælles akutteam. Praktiserende læge kan således vælge selv at beholde behandlingsansvaret for patienten eller overlade behandlingsansvaret til geriater på geriatrisk afdeling, uden at patienten indlægges. Teamet er tilgængeligt alle døgnets timer og kommer i borgerens hjem, hvor effekten bl.a. er, at der forebygges uhensigtsmæssige indlæggelser, samtidig med, at teamet giver mulighed for en bedre opfølgning efter udskrivelse.

Videreudvikling af **opfølgende hjemmebesøg** i Vestklyngen. Fokus for projektet har været at gennemføre flere opfølgende hjemmebesøg og hurtigere efter udskrivelsen. Endvidere har der været fokus på at udvide inklusionskriterierne, så det bliver en bredere gruppe af patienter (diagnose og aldersmæssigt), der kan tilbydes opfølgende besøg, samt at også egen læge og hjemmesygepleje kan initiere forløb.

Implementering af et nyudviklet **tværsektorielt pakkeforløb for patienter med hoftenære frakturer** i Randers-klyngen. Patientforløbet er udviklet i samarbejde mellem kommuner, hospital og almen praksis, som i fællesskab har formuleret et forbedret patientforløb. Formålet er at fremrykke tidspunktet for operation, forkorte indlæggelsestiden og styrke den opfølgende indsats i primærsektor. I foråret 2014 gennemførtes pilotafprøvning, og der blev indsamlet erfaringer via audits og kvalitative interview med patienter og pårørende. Dertil er der monitoreres kvantitativt på antal sengedage og genindlæggelser.

Styrkelse af det **udgående geriatriske team** fra Hospitalsenheden Horsens. Det geriatriske team har eksisteret forud for forløbskoordinationsindsatsen og fungerer som en udgående specialistfunktion. Forløbskoordinationsmidlerne anvendes konkret til at monitorere og evaluere det geriatriske teams indsats og de effekter, der opnås i forhold til genindlæggelser samt udbredelsespotentiale. Man ønsker hertil at inkludere patienttilfredshed som evalueringsmål.

Midtklyngen satte oprindeligt fokus på at **udvikle MedCom7 som redskab til at koordinere komplekse indlæggelses- og udskrivningsforløb** mellem kommune og region. Undervejs i projektet blev det primære fokus dog flyttet til et samarbejdsprojekt omkring en tidlig indsats for særligt svækkede ældre patienter. Indsatsen bestod i, at hjemmesygeplejen inden for 48

timer efter udskrivelse skal besøge svækkede patienter for gennemgang af medicin, fokus på almen tilstand og sociale forhold. Der er således tale om en udgave af opfølgende hjemmebesøg, hvor det kun er hjemmesygeplejen (og ikke egen læge), der deltager.

## 5.2 Status ved midtvejsevaluering

Det fremgik af de indrapporterede statusnotater, at de lokale klyngeprojekter i det store hele blev udmøntet og implementeret som planlagt. Det fremgik også, at der ved udgangen af 2015 blev meldt om foreløbige positive resultater fra flere af projekterne.

Den største enkeltstående udfordring for indsatsen vedrørende særligt svækkede patienter i Region Midtjylland var at få de prioriterede indsatser evalueret systematisk i forhold til resultater og potentialer for regional udbredelse efter projektperioden. For det første var det vanskeligt at opgøre den isolerede effekt af de enkeltstående projekter, fordi disse indgik i sammenhænge, hvor der i forvejen var igangsat andre initiativer, der skulle styrke forløb, samarbejde og kommunikation omkring svækkede ældre patienter. For det andet var projekterne meget forskellige i deres fokusområder, samtidig med at de udsprang af lokale samarbejdsstrategier og lokale kontekster, som var forskellige fra klynge til klynge. Endelig har projekterne gennem hele projektperioden befundet sig på forskellige implementeringsstadier med divergerende tidsplaner.

DÆMP-projektgruppen var derfor i løbende dialog med klyngerne om den monitorering og evaluering, der skulle gennemføres for de individuelle projekter, såvel som for den samlede projektportefølje. Endvidere var DEFACTUM<sup>10</sup> koblet på evalueringsopgaven om at udvikle et evalueringsdesign, der dels kunne undersøge resultaterne af de igangsatte indsatser og dels vurdere projekternes potentiale for at blive skaleret op og udbredt på regionalt niveau såfremt resultaterne var tilstrækkeligt gode.

## 5.3 Status og oplevede resultater august 2016

DEFACTUM har i foråret 2016 igangsat evalueringen af klyngeprojekterne i Region Midtjylland. Evalueringen består af: a) En spørgeskemaundersøgelse målrettet patienter, som har været i kontakt med de enkelte klyngeprojekter, b) en selvevaluering fra deltagerne i de enkelte klyngeprojekter, samt c) økonomitræk, der undersøger spørgeskemapopulationens forbrug af sundheds- og socialydelser.

Der har dog været en række udfordringer i relation til patientspørgeskemaet og til ønsket om at bruge økonomitræk til at vurdere effekterne af indsatserne. På grund af juridiske restriktioner var det oprindelige design med træk af patientdata på tværs af hospitaler og kommuner ikke muligt at gennemføre. Proceduren har derfor været, at hver enkelt borger har givet skriftligt samtykke. Det er derfor kun lykkedes at inkludere 51 patienter i disse to ben af undersøgelsen. Analysen af de 51 patienters data forventes først at være færdig ved udgangen af oktober og samtidig fremgår det, at datagrundlaget er for ufuldstændigt til at kunne drage egentlige konklusioner vedrørende de individuelle projekter. Opsamlingen af erfaringer i nærværende slutrapport er derfor kun baseret på de kvalitative erfaringsopsamlinger, klyngernes selvevalueringer, samt KORAs interview fra juni 2016.

---

<sup>10</sup> CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling i Region Midtjylland ændrede i 2016 navn til DEFACTUM.

### 5.3.1 Erfaringer vedrørende fælles akutteam i Aarhus-klyngen

Erfaringerne med det fælles akutteam er overordnet positive. For det første er det lykkedes at engagere de praktiserende læger, som er de primære henvisere til teamet. Det skyldes, at lægerne både oplever teamet som et meget relevant tilbud for de svækkede patienter, og at tilbuddet opleves som en hjælp for de praktiserende læger. Lokale opgørelser viser at der i 2015 blev henvist 906 unikke borgere til det kommunale akutteam og 312 unikke borgere til geriatrisk afdelings akutteam. Heraf var 158 unikke borgere i fælles forløb på tværs af kommune og geriatrisk afdeling. Samtidig viser en opgørelse fra juni 2015, at 98 % af klyngens praksisser har kontaktet den kommunale del af akutteamet.

Med udgangspunkt i tværsektorielle audits, hvor der er udvalgt 20 tilfældige borgere, blandt de 158 unikke borgere, som har været i fælles forløb, er der gennemført en lokal evaluering af indsatsen. Ud fra disse audits estimeres det, at der alene på de borgere, som er i fælles forløb i 2015, er forebygget 135 akutte indlæggelser. Det samlede antal forebyggede indlæggelser for hele indsatsen vurderes at være væsentligt højere end 135, men da der kun er gennemført systematisk analyse af de borgere, som er i fælles forløb, angiver evalueringen ikke tal herfor.

### 5.3.2 Erfaringer vedrørende opfølgende hjemmebesøg i Vestklyngen

Hospitalsenheden Vest og kommunerne i optageområdet, har arbejdet med at videreudvikle de opfølgende hjemmebesøg i forhold til forløb og organisering. Formålet har været at

- øge antallet af screenede patienter til opfølgende hjemmebesøg i relevante afdelinger i Hospitalsenheden Vest
- øge antallet af gennemførte besøg
- fremrykke tidspunktet for gennemførelsen.

Formålene er søgt fremmet via nedenstående fire initiativer:

- Øget fokus på implementering af screening til opfølgende hjemmebesøg på alle relevante afdelinger i Hospitalsenheden Vest.
- En koordinator i kommunen, som planlægger de opfølgende hjemmebesøg.
- Terapeuter, som deltager i opfølgende hjemmebesøg.
- Det opfølgende hjemmebesøg gennemføres inden for 48 timer.

Erfaringsopsamlingen viser for det første, at antallet af henviste patienter til opfølgende hjemmebesøg fra de involverede hospitalsafdelinger er steget i projektperioden, selvom antallet af screeninger til opfølgende hjemmebesøg samlet er faldet. Dette vurderes at hænge sammen med, at fagpersonerne i forbindelse med screeningen anvender det faglige skøn. Udviklingen tolkes derfor positivt både på hospital og i kommuner, fordi den ses som udtryk for, at screeningerne i højere grad anvendes på de borgere, hvor et opfølgende besøg er relevant. Samtidig er der en oplevelse af, at kvaliteten af henvisningerne til kommunerne er blevet bedre.

Det fremgår for det andet, at tilknytningen af en dedikeret kommunal koordinator har bidraget positivt til, at de opfølgende hjemmebesøg planlægges og gennemføres mere ensartet, at flere bestilte besøg bliver gennemført og hurtigere efter udskrivelsen. Derved vurderes det, at der er god synergi imellem den ændrede praksis for screening og henvisning på hospitalet – og den kommunale koordinator. Tre af klyngens kommuner har på den baggrund besluttet at videreføre koordinatorfunktionen efter projektperioden.

For det tredje vurderes det, at terapeutdeltagelse i opfølgende hjemmebesøg kan bidrage til at flere borgere med reduceret funktionsevne kommer i gang med genoptræning og rehabilitering, samt at dette sker hurtigere efter udskrivelsen. Flere kommuner (antallet er ikke specificeret i erfaringsopsamlingen) har på den baggrund besluttet at knytte terapeuter til de opfølgende hjemmebesøg efter udløbet af projektperioden.

Erfaringerne med gennemførelsen af opfølgende hjemmebesøg inden for 48 timer er begrænset, da det kun blev afprøvet i en kortere periode (én måned) og med en lægepraksis, hvorfor det kun blev afprøvet på ganske få besøg. I Vestklyngen arbejdes der videre med, hvordan udskrivningsbesøg af hjemmesygeplejerske inden for 24 timer efter udskrivelse kan understøtte det eventuelt efterfølgende opfølgende hjemmebesøg.

### 5.3.3 Erfaringer vedrørende pakkeforløb for patienter med hoftenære frakturer i Randers-klyngen

Det fremgår, at pilotafprøvningen, som planlagt, blev gennemført september-november 2014. I denne periode blev der inkluderet 95 patienter i afprøvningen. Alle patienters forløb blev evalueret via dataudtræk, og 36 af disse patienter har endvidere indgået i en auditundersøgelse, og endelig er der gennemført interview med 16 patienter.

De gennemførte dataudtræk er anvendt til at sammenligne patienterne i pakkeforløbet med landsgennemsnittet på en række faktorer. Evalueringen viser at patienterne, der modtager pakkeforløbet, klarer sig sammenligneligt med landsgennemsnittet i forhold til mortalitet og genindlæggelser inden for 30 dage. Samtidig er det i pilotprojektet lykkedes at reducere indlæggelsestiden til 3,5 dage i ukomplicerede forløb, sammenlignet med landsgennemsnittet som er 6,2 dage.

Audits og patientinterview viser endvidere, at patienterne generelt er tilfredse med deres forløb, og at de oplever god smertebehandling, samt at patienter og pårørende i passende omfang involveres i beslutninger om behandling, pleje og genoptræning. Samtidig vurderes det, at patienterne i tilstrækkelig grad mobiliseres og modtager genoptræning, samt at dette sker hurtigt efter operation og udskrivelse. Det konkluderes på den baggrund, at den opstillede patientforløbsbeskrivelse er implementeret som forudsat, samt at resultaterne er sammenlignelige med de resultater, der opnås i et traditionelt patientforløb. Endelig vurderes det, at indsatsen som minimum er omkostningsneutral, og på den baggrund har indsatsen fortsat været i drift siden udgangen af 2014.

De involverede vurderer, at indsatsen er overførbart til andre typer af patientforløb, såvel som andre klynger. Der gøres dog opmærksom på, at projektet er foregået som del af et stort forarbejde i regi af projektet 'sundhedsstrategisk ledelse af det nære sundhedsvæsen', som løb i perioden 2011-2013. Der er således foretaget en stor investering i at skabe en kapacitet til relationel koordinering og tværsektorielt ledelsesopbakning forud for projektet.

### 5.3.4 Erfaringer vedrørende styrket tværsektorielt samarbejde omkring det udgående geriatriske team på regionshospitalet i Horsens

Det fremgår af den indsendte erfaringsopsamling og de gennemførte interview, at det ikke er lykkedes at realisere ønsket om et styrket tværsektorielt samarbejde i Horsens-klyngen. Indsatsen er derfor ikke kommet i gang, fordi kommuner og hospital ikke har været i stand til at finde et fælles afsæt for arbejdet med projektet. Der har således manglet en fælles motivation og ledelsesopbakning, der kunne bære projektet. Dette forklares til dels med, at Horsens-klyngen er en relativ ny klynge, hvor kommunerne i højere grad er vant til at orientere sig

imod Vejle Sygehus og Regionshospitalet i Skanderborg frem for Horsens og dels med at det ikke lykkedes at finde et afsæt for projektet, som imødekom andre kommuners behov end Horsens'. Det fremstår på den baggrund som et vigtigt indsatsområde at styrke de tværsektorrelle relationer hos ledelser og nøglemedarbejdere i Horsens-klyngen.

### 5.3.5 Erfaringer vedrørende MedCom- kommunikation og tidlig indsats til akutindlagte patienter i Midtklyngen

Afprøvningen af den tidlige indsats for særligt svækkede ældre medicinske patienter i Midtklyngen havde til formål at styrke overleveringen til kommunerne ved udskrivelse samt at identificere plejkrævende patienter, der ikke var kendte af kommunen i forvejen. Oprindeligt var der fokus på at optimere anvendelsen af MedComs hjemmepleje-sygestandarder til koordinering af forløb for borgerne i målgruppen.

I forbindelse med det indledende projektarbejde blev det klart, at der knytter sig en række særlige problemstillinger til de særligt svækkede ældre medicinske patienter, der indlægges i under 24 timer på hospital. Derfor blev det besluttet at afprøve interventionen på både en akut modtageafdeling og en lungemedicinsk sengeafdeling. Indsatsen blev afprøvet i en tre måneders periode, og der blev i alt inkluderet 51 særligt svækkede ældre medicinske patienter. I de 51 patientforløb har hospitalet vurderet patientens behov for sygeplejefaglig opfølgning og videreformidlet denne vurdering til kommunerne, som efterfølgende har gennemført et opfølgende besøg i borgerens hjem inden for 24-48 timer efter udskrivelsen.

Den lokale evaluering af projektet viser, at det involverede personale finder indsatsen meningsfuld, fordi det vurderes, at den skaber en mere tryk overgang fra sygehus til eget hjem. Det vurderes videre, at der er et potentiale forbundet med at prioritere en særlig indsats umiddelbart efter udskrivelse fra hospitalet i forhold til at nedbringe antallet af akutte indlæggelser og genindlæggelser samt øge borgerens tryk på et kritisk tidspunkt i forløbet.

## 5.4 MedCom-standarder og opfølgende hjemmebesøg

### 5.4.1 Implementering af MedCom-standarder

I Region Midtjylland er MedCom rent teknisk implementeret, og kommunikationen er i dag baseret på de elektroniske meddelelser og standarder. Overgangen til MedCom opleves fortsat som et fremskridt, men der er også fortsat et behov for at forbedre rettidighed og kvalitet af indholdet i meddelelserne. Dette arbejdes der med, uafhængigt af indsatsen vedrørende forløbskoordination, som et tværgående indsatsområde i region og kommuner. Siden starten af maj måned 2016 har de fleste kommuner i Region Midtjylland været klar til at anvende de nye hjemmepleje-sygehusstandarder (version 1.0.3) og i forbindelse med seneste realease i Midt-EPJ den 4. september 2016 blev det også muligt for Region Midtjylland at sende og modtage de nye standarder. Senest med udgangen af november 2016 forventes samtlige kommuner klar til at anvende løsningen.

Interviewpersonerne oplever, at MedCom-standarderne ikke er fleksible nok i forhold til den information, der er nødvendig for at beskrive et kompliceret plejeforløb – fx efterlyses mulighed for at vedhæfte filer og mere fleksible skrivefelter plejeforløbsplanen:

*Når vi skal sende plejeforløbsplaner og udskrivelsesrapporter, så er der nogle felter, man kan udfylde, og de er ikke altid gode nok i forhold til DÆMP. Man har brug for flere oplysninger, end hvad MedCom lægger op til. (Hospitalsansat)*



Interviewpersonerne fortæller også om udfordringer i forhold til korte indlæggelsesforløb, hvor der ikke er tid til at udfylde udskrivelsesrapporter og aktivere MedCom. Det betyder, at kommunikation og koordinering af disse forløb ofte sker via telefon. Den fortsatte konsolidering af MedCom-standarderne udgør således et vigtigt fremadrettet indsatsområde.

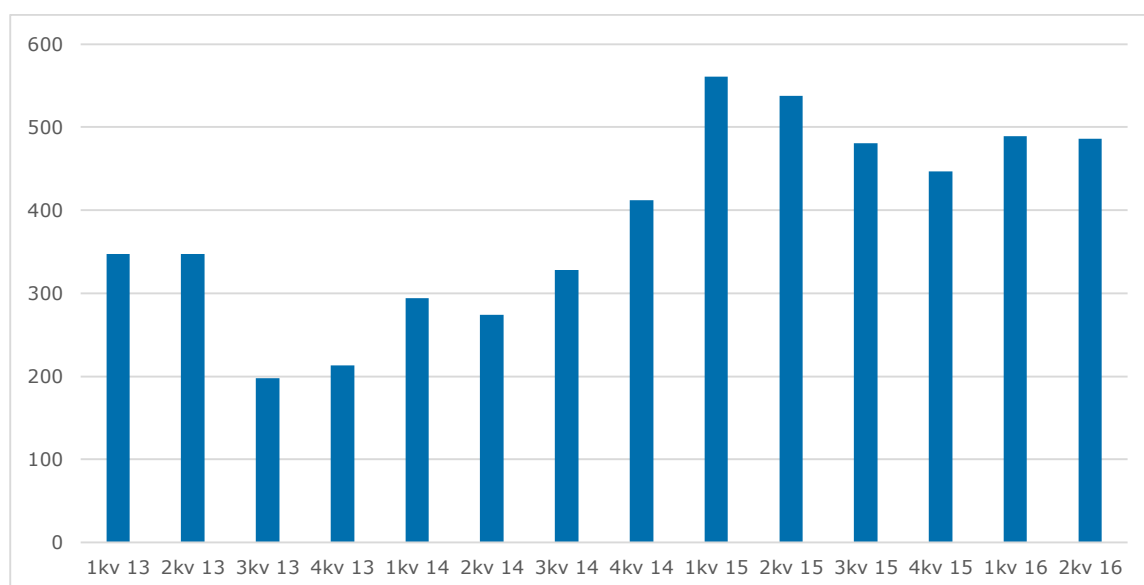
#### 5.4.2 Brug af opfølgende hjemmebesøg

Som gennemgået ovenfor, har Vestklyngen anvendt midlerne fra indsatsen vedrørende forløbskoordination til at konsolidere og videreudvikle brugen af opfølgende hjemmebesøg. Derudover er der ikke fundet eksempler på, at indsatsen vedrørende forløbskoordination har haft betydning for brugen af opfølgende hjemmebesøg. Der har imidlertid været et særligt fokus på at implementere opfølgende hjemmebesøg i hele Region Midtjylland i en årrække, og ordningen har siden 2014 været implementeret som fast tilbud i alle klynger. Der er dog forskel fra klynge til klynge på, hvilken rolle opfølgende hjemmebesøg spiller, fordi der fx har været hospitalsbaserede følge hjem-ordninger o.l. til patienterne i målgruppen.

En udfordring – som gælder i alle klynger – er, at op imod 2/3 af de borgere, som screenes positivt til at modtage et opfølgende hjemmebesøg, ikke ender med at modtage et besøg. Grundene til dette er ikke entydige, men konkurrerende tilbud og vanskeligheder med at få logistikken omkring praksislægers deltagelse til at gå op spiller en stor rolle. Endvidere har det vist sig meget vanskeligt at sikre en hurtig opfølgning, det vil sige, hvor et opfølgende hjemmebesøg gennemføres i de første dage efter udskrivelsen, hvor potentialet af den forventede effekt for borgeren formodes at være størst.

Derfor er der også et løbende fokus på monitorering og dialog omkring antallet af screeninger og gennemførte besøg, regionalt, såvel som i de enkelte klynger. Alle hospitalsenheder og kommuner har således haft fokus på at konsolidere ordningen i indsatsperioden med, som det også er afspejlet i antallet af gennemførte besøg, der er steget over perioden, jf. Figur 5.1. Det gennemsnitlige antal besøg er steget fra 276 pr. kvartal i 2013 til 488 besøg pr. kvartal i 2016.

**Figur 5.1** Antal gennemførte opfølgende hjemmebesøg i Region Midtjylland, 1. kvartal 2013-2. kvartal 2016



Kilde: Opgørelse fra Danske Regioner baseret på praktiserende lægers § 2-ydelser relateret til opfølgende hjemmebesøg

De opfølgende hjemmebesøg i Vestklyngen er tidligere evalueret systematisk (7), og i perioden med midler fra forløbskoordinationsindsatsen er der gennemført en antropologisk undersøgelse af det tværsektorielle samarbejde (8) som viser at både sundhedspersoner, patienter og pårørende oplever besøgene positivt. Dette gælder særligt, når det lykkes at afholde besøget inden for den planlagte tidsramme og med de relevante fagpersoner på plads. Vurderingen er i disse tilfælde, at besøgene både styrker samarbejdet omkring borgeren og medvirker til at forebygge genindlæggelser.

På den baggrund, samt de nye erfaringer fra Midt- og Aarhus-klyngen (jf. afsnit 5.3), har Region Midtjylland og regionens kommuner udarbejdet det fælles satspuljeprosjekt "Det rette tilbud til borgerne fra første kontakt", som gennemføres i klyngeregion. Her testes blandt andet, hvilken effekt man kan have af – gennem forskellige modeller – at yde en indsats for de svageste ældre inden for 24 timer efter udskrivelse fra hospitalet.

## 5.5 Fremadrettede perspektiver på DÆMP-samarbejdet

Som tidligere nævnt, er det i lille omfang lykkedes at indfri intentionerne om at skabe solid viden om de igangsatte indsatsers effekter i relation til genindlæggelser og økonomi. Til gengæld vurderer de involverede, at der er skabt en række værdifulde erfaringer, som fremadrettet kan være med til at forbedre samarbejdet omkring særligt svækkede medicinske patienter yderligere. Derfor er der afholdt et fælles læringsseminar den 19. september 2016 for at vurdere projekternes spredningspotentiale. Deltagerne er daglige driftsledere, afdelingsledelse, direktion, som har været involveret i projekterne. Læringsseminaret indgår som en del af den samlede evaluering, og målsætningen var, at seminaret skulle pege på en række fokusområder, der sammen med evalueringen kan anvendes som afsæt for beslutninger om, hvilke indsatser der skal videreføres og evt. udbredes på regionalt niveau. Temadagen pegede blandt andet på behovet for fokus inden for temaer som "tværsektoriel ledelse", "kultur og relationer" og "strukturel organisering".

Endvidere anvendes en del af erfaringerne fra de gennemførte indsatser i satspuljeprosjektet "Det rette tilbud til borgerne ved første kontakt". Projektet er målrettet de svageste ældre patienter over 65 år, der har kontakt til sygehus, almen praksis og samtidig har behov for hjælp fra kommunens hjemme- eller sygepleje i eget hjem, plejebolig eller på plejecenter. Projektet afprøver nedenstående to patientrettede interventioner:

**Spor 1:** Den rette tidlige indsats: Består af to tværsektorielle visitationsenheder, hvoraf den ene er bemandet og forankret i Midtklyngen, mens den anden er virtuel og forankret i Randersklyngen.

**Spor 2:** Afprøver forskellige former for tidlig indsats for de svageste ældre inden for 24 timer efter udskrivelse fra hospitalet: Opfølgning inden for 24 timer efter udskrivelse med og uden inddragelse af lægefaglige kompetencer (Aarhus-klyngen), virtuel udskrivningskonference og modtagebesøg inden for 24 timer mv. (Vestklyngen) og udgående team med henblik på at følge borgeren hjem og opfølgende besøg inden for 24 timer (Horsens-klyngen).

## 6 Region Nordjyllands indsats for særligt svækkede ældre medicinske patienter i primærsektor

### 6.1 Prioriterede indsatser og implementering

Region Nordjylland og regionens kommuner valgte at anvende de allokerede midler til at styrke hjemmesygeplejens og almen praksis' arbejde med særligt svækkede ældre patienter før og efter indlæggelse på sygehus. Der blev derfor indgået en § 2-aftale med almen praksis, med særligt fokus på nedenstående tre indsatser:

**Styrket proaktivt fokus på DÆMP-patienter:** Hver kommunes hjemmesygepleje og hver lægepraksis skulle udnævne tovholdere med særligt ansvar for samarbejdet om DÆMP-patienter. Tovholderne var ansvarlige for at afholde samarbejds møder, hvor DÆMP-patienter, med afsæt i rapporter fra Datafangst, blev identificeret, samtidig med at der skulle planlægges en koordineret og intensiveret indsats for at forebygge indlæggelser. Indsatsen skulle evalueres og kvalitetssikres på årlige evalueringsmøder mellem den enkelte lægepraksis og den kommunale tovholder.

**Styrket indsats i den subakutte/akutte fase umiddelbart inden en eventuel indlæggelse:** Kommunerne havde i forvejen fokus på tidlig opsporing af indlæggelsestruede borgere. Denne indsats skulle suppleres ved at etablere en kommunal udgående akutfunktion bemandet med sygeplejersker uddannet i akutte problemstillinger. Akutsygeplejersken skulle kunne tilse svækkede borgere inden for en time. Formålet var dels at få en hurtig vurdering og plan for borgerens situation på baggrund af basispersonalets observationer, og dels en mere effektiv og enstrengt koordinering mellem den kommunale akutsygeplejerske og egen læge.

**Styrket fokus på opfølgende hjemmebesøg:** Det blev vægtet, at alle tre parter i det tværsektorielle samarbejde kunne tage initiativ til etableringen af de fælles opfølgende hjemmebesøg. Sygehusets opgave var at screene og anbefale opfølgende hjemmebesøg. Kommunen vurderede herefter alle kendte borgere ved udskrivelsen. Almen praksis kunne ligeledes tage initiativ til at foreslå et fælles opfølgende hjemmebesøg. Den endelige beslutning om gennemførelse af besøg lå hos hjemmesygeplejen og egen læge.

### 6.2 Status ved midtvejsevaluering

Status på Region Nordjyllands indsatser var ved udgangen af 2014, at fem kommuner (Vesthimmerland, Rebild, Mariagerfjord, Brønderslev og Aalborg) og 22 lægepraksis med i alt 42 læger var tilknyttet de tre aftalte indsatser. Planen var samtidig, at indsatserne skulle udrulles til de resterende 6 kommuner i Nordjylland i løbet af 2015, samt at indsatserne skulle evalueres i samarbejde med forskere fra Aalborg Universitet.

Lukningen af adgangen til data fra den almen medicinske database i efteråret 2014 betød imidlertid, at de planlagte indsatser ikke kunne gennemføres. Det skyldtes, at fundamentet for indsatserne var, at opsporingen af særligt svækkede patienter skulle ske med afsæt i Den Almen Medicinske database (DAMD). Da det i løbet af 2015 viste sig, at lukningen af DAMD var permanent, aftalte Region Nordjylland, kommunerne og almen praksis at lukke indsatsen vedrørende forløbskoordination for særligt sårbare ældre.

Derved var der kun en mindre del af Region Nordjyllands indsats tilbage, som bestod i årlige audits, der skulle bidrage til kvalitetssikring og kvalitetsudvikling af den tværsektorielle kommunikation i forbindelse med indlæggelses- og udskrivningsforløb. Fokus i audits var bl.a. at sikre, at kommunikationen opfattes som kort, præcis og fyldestgørende for modtageren. Det fremgik af den seneste status, at de aftalte audits er i gang, samt at resultaterne i 2016, ville blive drøftet og anvendt i det videre arbejde med at sikre kvaliteten af kommunikation ved indlæggelse og udskrivning.

## 6.3 Status og oplevede resultater, august 2016

Region Nordjylland og regionens kommuner har som planlagt gennemført årlige tværsektorielle audits, hvor der har været fokus på at kortlægge og styrke kvaliteten af den tværsektorielle kommunikation (primært i relation til e-breve). Audits er arrangeret i regi af kontaktudvalgene, og det overordnede billede er, at den elektroniske kommunikation fungerer, men at der er forbedringspotentiale i forhold til at sikre sammenhæng i indsatsen. Samtidig fremgår det, at de gennemførte audits opleves som en nyttig løftestang til dette.

Det andet delelement i forløbskoordinationsindsatsen, som har kørt perioden ud, er indsatsen for at øge patienternes tryghed i forbindelse med udskrivningen fra hospital. Det skal enten ske ved at hjemme- eller sygeplejen er til stede ved hjemkomsten, eller ved at borgeren oplever, at der er lavet en tilstrækkelig præcis aftale for første besøg efter borgerens hjemkomst. Kommunerne har i den forbindelse anvendt de tilførte midlerne til at etablere en række lokale indsatser – fx fremskudt visitation – som understøtter målene med indsatsen.

## 6.4 MedCom-standarder og opfølgende hjemmebesøg

### 6.4.1 Implementering af MedCom-standarder

Region Nordjylland og kommunerne i regionen har været pilottester for MedCom-standarderne, og formelt set er den nyeste version implementeret og taget i anvendelse. I projektperioden er der (uafhængigt af puljemidlerne) gennemført nedenstående indsatser i forhold til fortsat konsolidering og udvikling af MedCom-standarderne:

#### **Rettidighed og kvalitet i de forskellige MedCom-meddelelser**

Interviewdeltagerne oplever overordnet MedCom-standarderne og den tilhørende sundhedsaftale for indlæggelse og udskrivning som et fremskridt. Der er dog stadig rum for forbedring i forhold til rettidighed ved udveksling af information, kvalitetssikring af indholdet i kommunikationen – ikke mindst for, at modtageren ikke drukner i store mængder upræcis information, som de ikke har brug for. Disse forhold arbejdes der med via ledelsesinformation og tværsektorielle patientforløbsaudits:

*Gennemgående må vi sige, at vi har behov for gensidig indsigt i hinandens arbejde og fælles mål for arbejdet med borgeren, hvor vi ikke bebrejder hinanden. Det er det, der i sidste ende kan give mulighed for rettidig kommunikation, nu hvor teknikken er ved at være på plads. (Praktiserende læge)*

De tværsektorielle audits (som også er omtalt i afsnit 6.3) har fokuseret på, om der er den rigtige information til modtageren, og om informationen er forståelig for modtageren. Samtidig har formålet været at øge de involverede fagpersoners kendskab til hinandens opgaver og arbejdsvilkår som afsæt for et forløbsorienteret samarbejde.

**Teknik og opbygning af MedCom-meddelelser:** Der er også arbejdet med at justere teknikken, for det første i forhold til koblingen mellem forskellige journal- og omsorgssystemer:

*Det kan se fint ud, når vi [sygehuset, red.] sender plejeforløbsplanen til kommunen, men så er det helt rodet rundt, når det kommer ud i kommunen. (Hospitalsansat leder)*

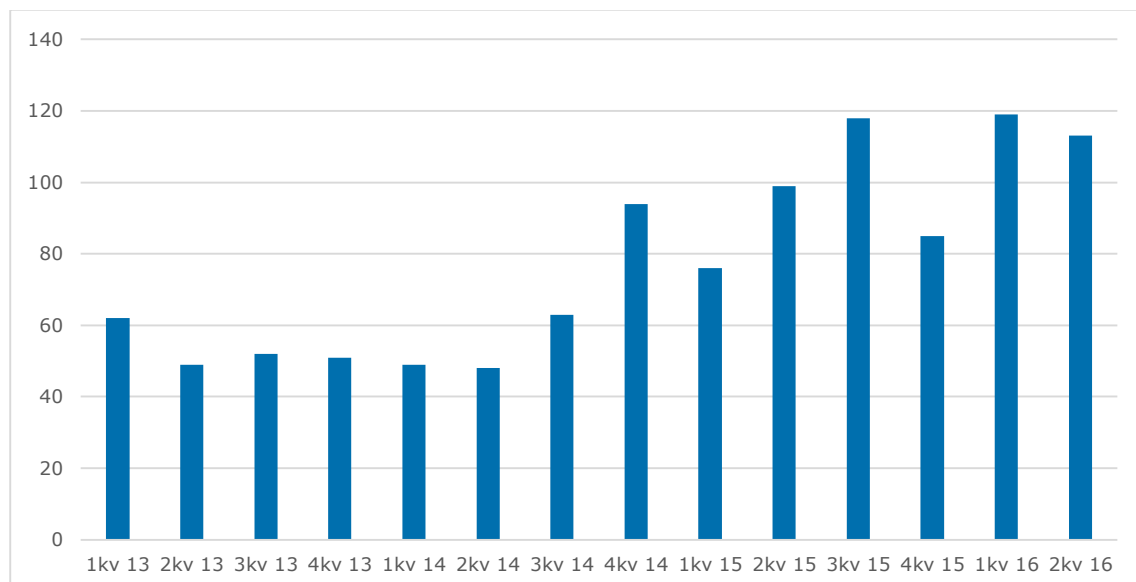
For at understøtte dette aspekt er der også etableret et feedback-system, hvor fagpersonerne løbende har mulighed for at melde forslag til forbedringer og justeringer ind til MedCom (fx forslag til ændringer i opbygningen af plejeforløbsplaner, muligheder for at vedhæfte billeddiagnostik, forflytningsplaner m.m.), så den elektroniske kommunikation kan blive mere enstrenget. I den forbindelse er oplevelsen, at MedCom er tungt at arbejde med, fordi det tager lang tid at få gennemført justeringer:

*Det er tungt at vente på systemet – vi har været i gang i mere end to år, og de første ønsker til forbedringer af plejeforløbsplaner o.l., som vi meldte ind, er først lige slået igennem. Teknikken er bestemt ikke færdigudviklet, og der er mange forbedringer, vi venter på. (Hospitalsansat leder)*

#### 6.4.2 Brug af opfølgende hjemmebesøg

Implementeringen af opfølgende hjemmebesøg er fortsat udfordret i Region Nordjylland ved afslutningen af indsatsen vedrørende forløbskoordination. Samtidig er der ikke meldt om eksempler på, at arbejdet med indsatsen vedrørende særligt svækkede ældre medicinske patienter har øget antallet af opfølgende hjemmebesøg. Det gennemsnitlige antal besøg er steget over perioden fra 54 pr. kvartal i 2013 til 116 besøg pr. kvartal i 2016, jf. Figur 6.1.

**Figur 6.1** Antal gennemførte opfølgende hjemmebesøg i Region Nordjylland, 1. kvartal 2013-2. kvartal 2016



Kilde: Opgørelse fra Danske Regioner

Siden 2012 har en almen praksis i regionen haft fokus på opfølgende hjemmebesøg, og der er indgået en § 2-aftale, som dækker alle ældre borgere med bopæl i Region Nordjylland, der har været indlagt på et af regionens sygehuse.

Den største udfordring for de praktiserende læger har været at få skabt opmærksomhed omkring ydelsen og sætte tid af til besøgene. Den lokale erfaringsopsamling viser, at der, i de praksis hvor det er lykkedes at skabe et fælles ansvar og en fast struktur omkring hjemmebesøgene, opleves en række positive effekter. For det første vurderes det, at andelen af akutte hjemmebesøg mindskes, ligesom også vagtlægebesøg på uhensigtsmæssige tidspunkter reduceres. For det andet er der en oplevelse af, at besøgene skaber større tryghed for borgerne, hvilket mindsker andelen af telefoniske henvendelser grundet borgerens usikkerhed. For det tredje er lægerne enige om, at hjemmebesøgene giver bedre overblik over patienternes medicinske behandling, der er bedre opfølgning på anbefalingerne i udskrivningsbrevet, og risikoen for genindlæggelse reduceres signifikant.

Til gengæld viser erfaringsopsamlingerne også, at ovenstående praksis/resultater ikke er dækkende for en stor del af de praktiserende læger. Det konstateres således, at implementeringen af indsatsen fortsat er meget ujævn, og at motivationen for at anvende indsatsen skal styrkes. Indsatsen vil derfor fremadrettet være forankret hos en tværsektoriel styregruppe, der har til opgave at aftale, hvordan en eventuel organisering af området fremadrettet skal være for at sikre en videreudvikling af indsatsen.

## 6.5 Fremadrettede perspektiver på DÆMP-samarbejdet

Erfaringerne med at gennemføre tværsektorielle audits, samt erfaringerne med at styrke den kommunale opfølgning ved udskrivelse, er positive. Derfor er det besluttet at gøre disse tiltag permanente ved afslutningen af Indsatsen vedrørende forløbskoordination. Det fremgår samtidig, at den sundhedsaftale, der blev indgået i forbindelse med indsatsen vedrørende forløbskoordination og den tilhørende styregruppe, videreføres.

Oplevelsen ved afslutningen af indsatsperioden er også, at indførelsen af MedCom-standarder og arbejdet med opfølgende hjemmebesøg styrker samarbejdet om særligt svækkede medicinske patienter. Samtidig fremhæves, at der er tale om et permanent indsatsområde, der vil fortsætte i regi af den samarbejdsorganisation, der er etableret omkring sundhedsaftalerne.

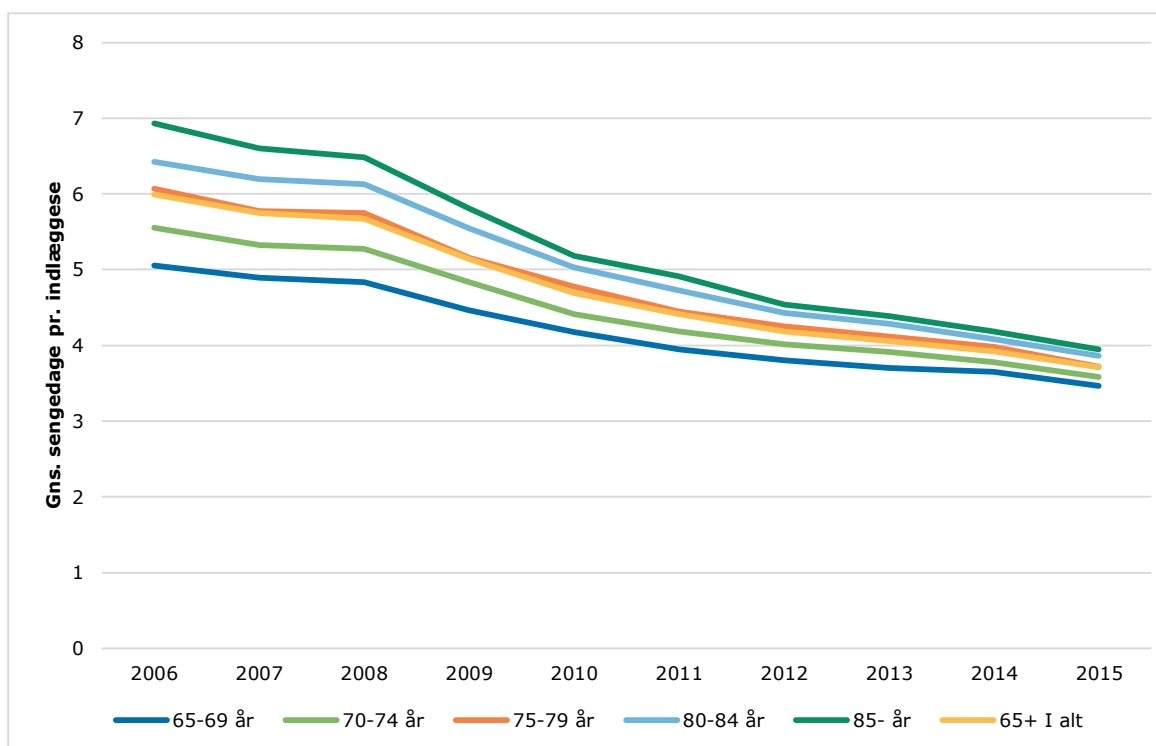
Endelig fremgår det, at der vil blive arbejdet videre med en række af de indsatsområder og principper, der lå til grund for de indsatser, det ikke lykkedes at gennemføre i perioden med midler til indsatsen vedrørende forløbskoordination for særligt svækkede ældre medicinske patienter. Det sker i projektet 'Tidlig Indsats på Tværs', der har fået tildelt midler fra satspuljen 'Styrket sammenhæng for de svageste ældre'.

## 7 Tværgående kommunikation og samarbejde om DÆMP-patienters forløb

Dette kapitel beskriver kommunale og regionale fagpersoners oplevelse af samarbejde og kommunikation vedrørende særligt svækkede ældre patienter. Kapitlet er baseret på den elektroniske spørgeskemaundersøgelse gennemført i foråret 2016 (3. runde), og resultaterne sammenlignes med resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen gennemført i foråret 2014 (1. runde) for at undersøge, om fagpersoners oplevelse af samarbejde og kommunikation har ændret sig væsentligt over perioden. Resultaterne er opsummeret sidst i kapitlet.

Spørgeskemaundersøgelsen er gennemført i en periode, hvor indlæggelsesforløb på sygehuse generelt er accelereret. Det gennemsnitlige antal sengedage pr. indlæggelse har været fallende over en længere periode, hvilket lægger ekstra pres på samarbejdet om udskrivelse, jf. Figur 7.1:

**Figur 7.1** Gennemsnitligt antal sengedage pr. indlæggelse for patienter over 65 år, 2006-2015



Kilde: Statistikbanken.dk, Danmarks Statistik

Det er vigtigt at være opmærksom på dette rammevilkår ved fortolkning af resultaterne, da det kan udgøre en forklarende faktor for de negative udviklingstendenser, der afdækkes i respondenterne vurderinger af den tværgående kommunikation og samarbejde omkring DÆMP-patienters forløb.

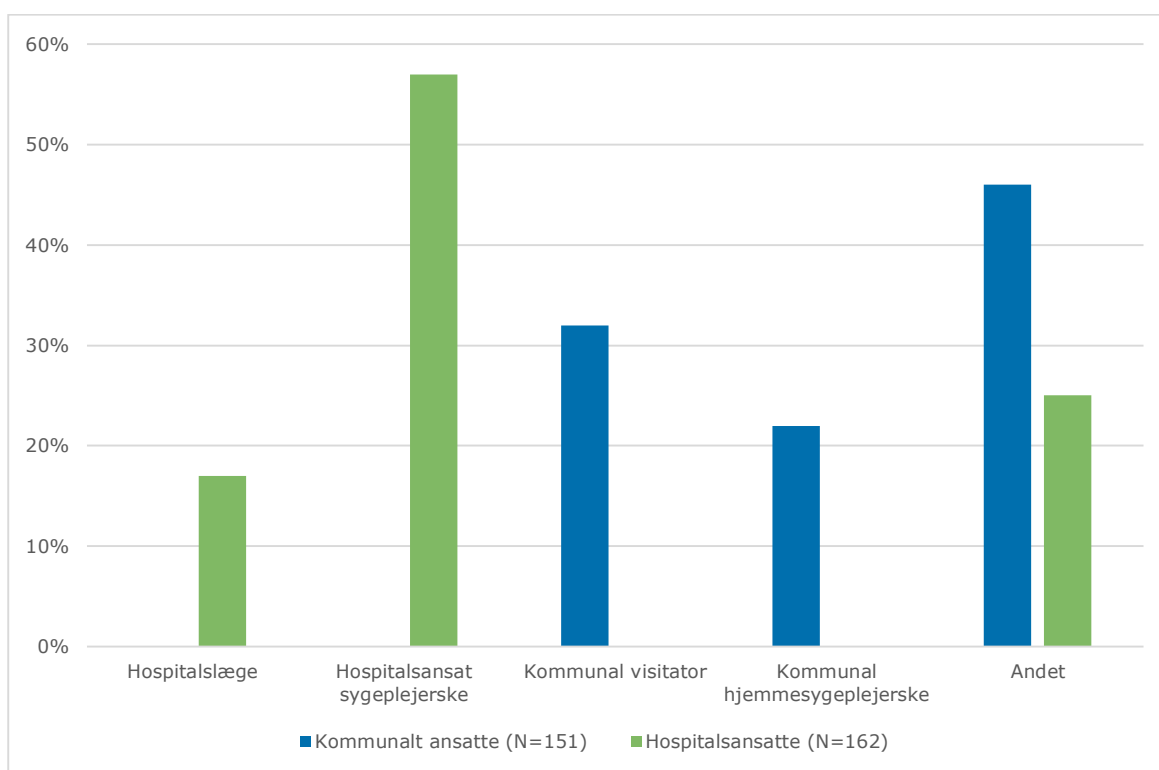
Bilag 2 indeholder tabeller, som viser respondenterne besvarelse af samtlige spørgsmål i spørgeskemaet i 1. runde og 3. runde. Besvarelserne er afrapporteret for regionerne samlet set,

da antallet af besvarelser for hver region vurderes at være for lille, til at det metodemæssigt giver mening at afrapportere resultater for hver region.

## 7.1 Baggrundsplysninger om respondenter

Respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen omfatter ansatte i kommuner og på hospitaler, som er særligt involverede i at koordinere indlæggelses- og udskrivningsforløb for ældre medicinske patienter, jf. afsnit 1.2. Godt 30 % af de kommunalt ansatte respondenter er kommunale visitatorer, og godt 20 % er hjemmesygeplejersker, jf. Figur 7.2 nedenfor. Blandt respondenterne ansat på hospitaler er knap 60 % sygeplejersker, og knap 20 % er læger. Resten har andre stillingsbetegnelser.

**Figur 7.2** Respondenter fordelt på stilling

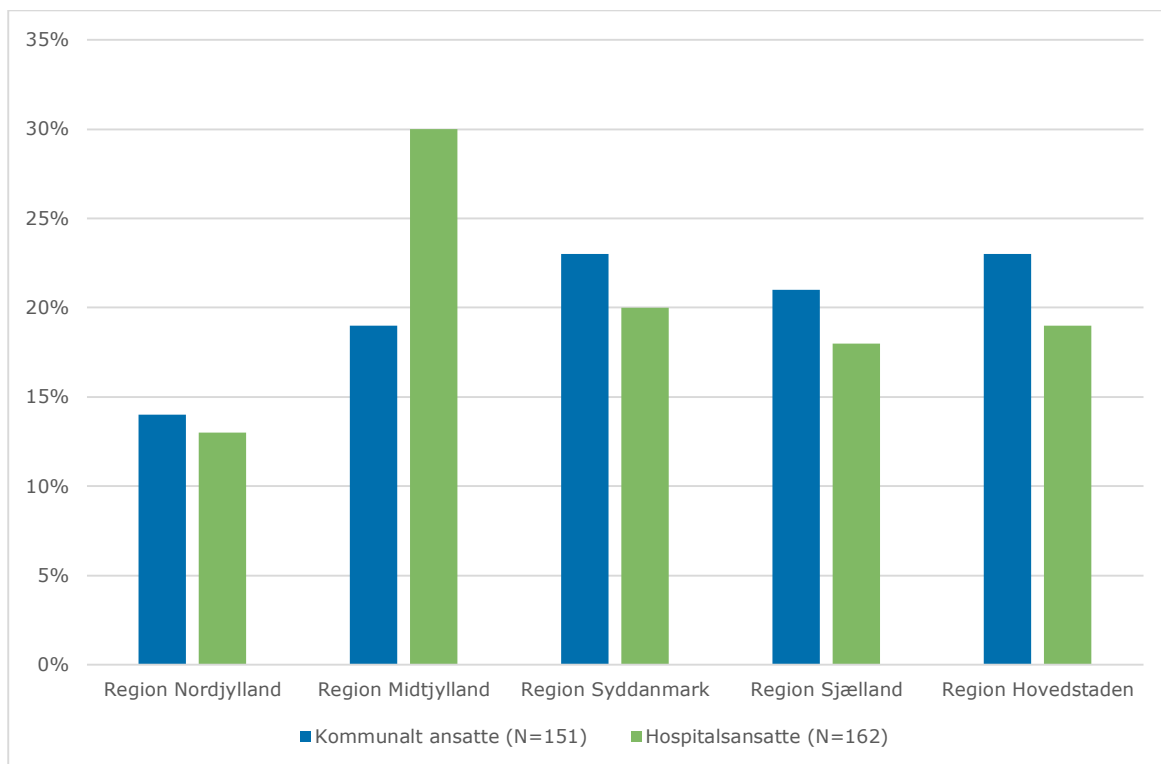


Kilde: KORAs spørgeskemaundersøgelse blandt kommunalt ansatte og hospitalsansatte, spørgsmål 1, 3. runde gennemført i foråret 2016.

Respondenterne er nogenlunde jævnt fordelt mellem de fem regioner, jf. Figur 7.3 nedenfor. Blandt kommunalt ansatte er der flest respondenter fra Region Syddanmark og Region Hovedstaden, mens der blandt hospitalsansatte er flest respondenter fra Region Midtjylland.



**Figur 7.3** Respondenter fordelt på regioner

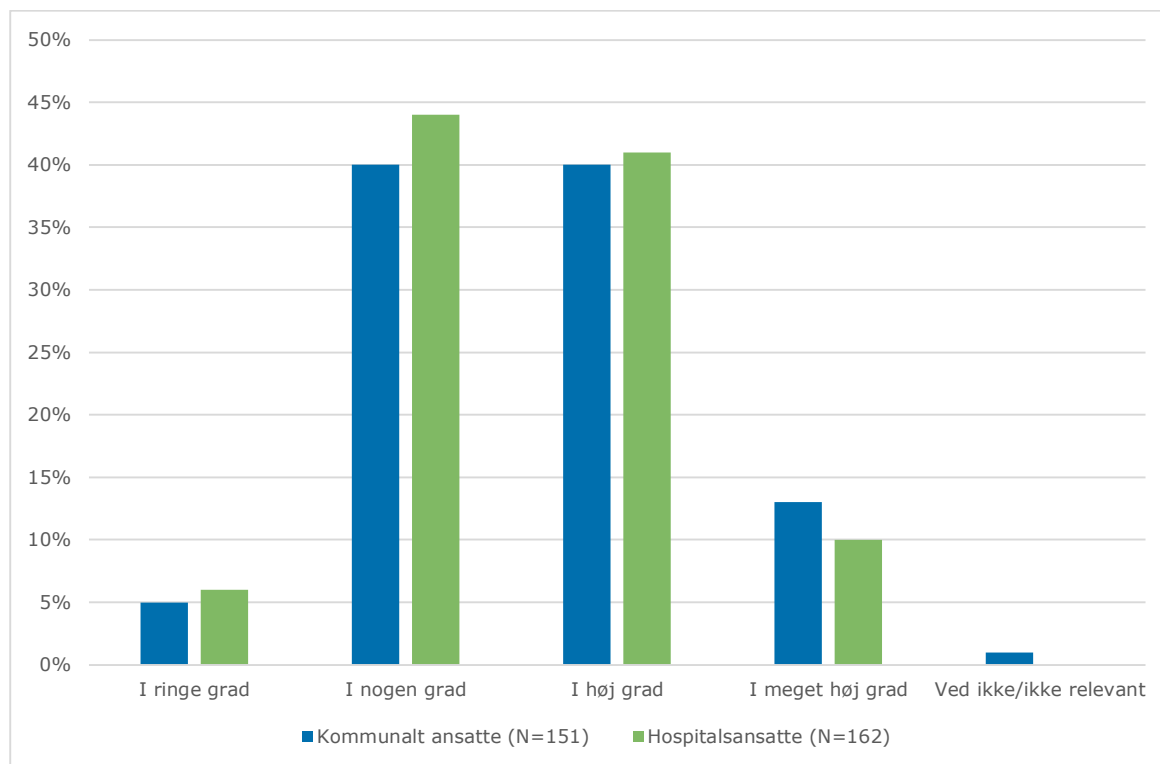


Kilde: KORAs spørgeskemaundersøgelse blandt kommunalt ansatte og hospitalsansatte, spørgsmål 3, 3. runde gennemført i foråret 2016.

Respondenterne deler sig i to lige store grupper med hensyn til tilfredshed med de eksisterende rammer for at udføre deres arbejde. Cirka halvdelen af respondenterne i både kommuner og på hospitaler er kun i ringe eller nogen grad tilfredse, mens den anden halvdel i høj eller meget høj grad er tilfredse med de eksisterende rammer for at udføre deres arbejde, jf. Figur 7.4 nedenfor.

Der er ikke statistisk signifikante forskelle i fordelingen af respondenter på stillingskategorier og regioner eller i svarfordelingen med hensyn til tilfredshed med de eksisterende rammer i 2016 sammenlignet med 2014.

**Figur 7.4** Er du tilfreds med de nuværende rammer for at udføre dit arbejde, alt taget i betragtning?

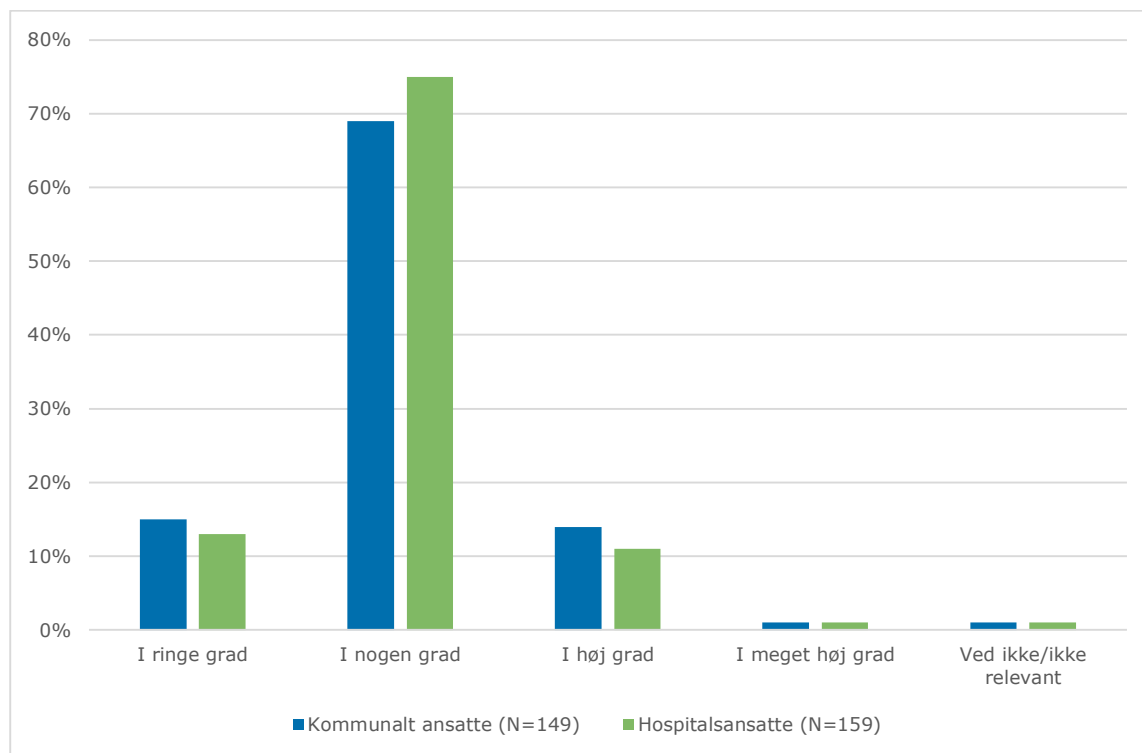


Kilde: KORAs spørgeskemaundersøgelse blandt kommunalt ansatte og hospitalsansatte, spørgsmål 4, 3. runde gennemført i foråret 2016.

## 7.2 Sammenhæng og samarbejde

Over 80 % af respondenterne vurderer, at der kun i ringe eller nogen grad er tilstrækkelig sammenhæng i forløb for særlig svækkede ældre medicinske patienter, jf. Figur 7.5. Andelen er uændret over perioden for både kommunalt ansatte og hospitalsansatte, dvs. at der ikke er statistisk signifikante forskelle i besvarelsen af dette spørgsmål i foråret 2016 sammenlignet med foråret 2014.

**Figur 7.5** Er der efter din vurdering tilstrækkelig sammenhæng i forløb for særligt svækkede medicinske patienter?



Kilde: KORAs spørgeskemaundersøgelse blandt kommunalt ansatte og hospitalsansatte, spørgsmål 5, 3. runde gennemført i foråret 2016.

Adspurgt om årsagerne til den manglende sammenhæng angiver cirka halvdelen eller flere af de kommunalt ansatte og hospitalsansatte, at de savner mere tid til indsatsen, flere informationer og bedre samarbejde med andre sektorer for at kunne skabe bedre sammenhæng i forløb, jf. Figur 7.6 nedenfor. Blandt de kommunalt ansatte er der flest, der efterlyser bedre samarbejde med andre sektorer, mens der blandt hospitalsansatte er flest, som efterlyser mere tid til indsatsen. Dette afspejler sig også i uddybende kommentarer til spørgeskemaundersøgelsen, jf. citater nedenfor og besvarelsen af spørgsmål 25 i Bilag 2.

*Frister for at få relevante tiltag på plads i forbindelse med udskrivelserne er blevet væsentligt indskrænket med de seneste sundhedsaftaler. Det er ofte nødvendigt at bede om yderligere oplysninger/vurderinger inden udskrivelsen for at sikre det gode patientforløb. Borgerne bliver generelt udskrevet tidligere og tidligere, hvilket stiller større og større krav til kommunernes personale [...]. (Kommunal ansat)*

*I min funktion som forholdsvis ny koordinerende sygeplejerske i hjemmesygeplejen (har også arbejdet som basissygeplejerske på et hospital) oplever jeg især sektorovergangen som udfordrende, hovedsageligt ved udskrivelser [...] Det er "ok" at udskrive hurtigt, hvis alle nødvendige foranstaltninger og tiltag er i orden, når borgeren udskrives. Hvis de ikke er, opleves udskrivelsen som problematisk og u hensigtsmæssig, både for borgeren og for os som sundhedspersonale. Personligt opfatter jeg hospitalssystemet som presset og stresset, der finder hurtige løsninger, som ikke altid er gennemtænkte. (Kommunal ansat)*

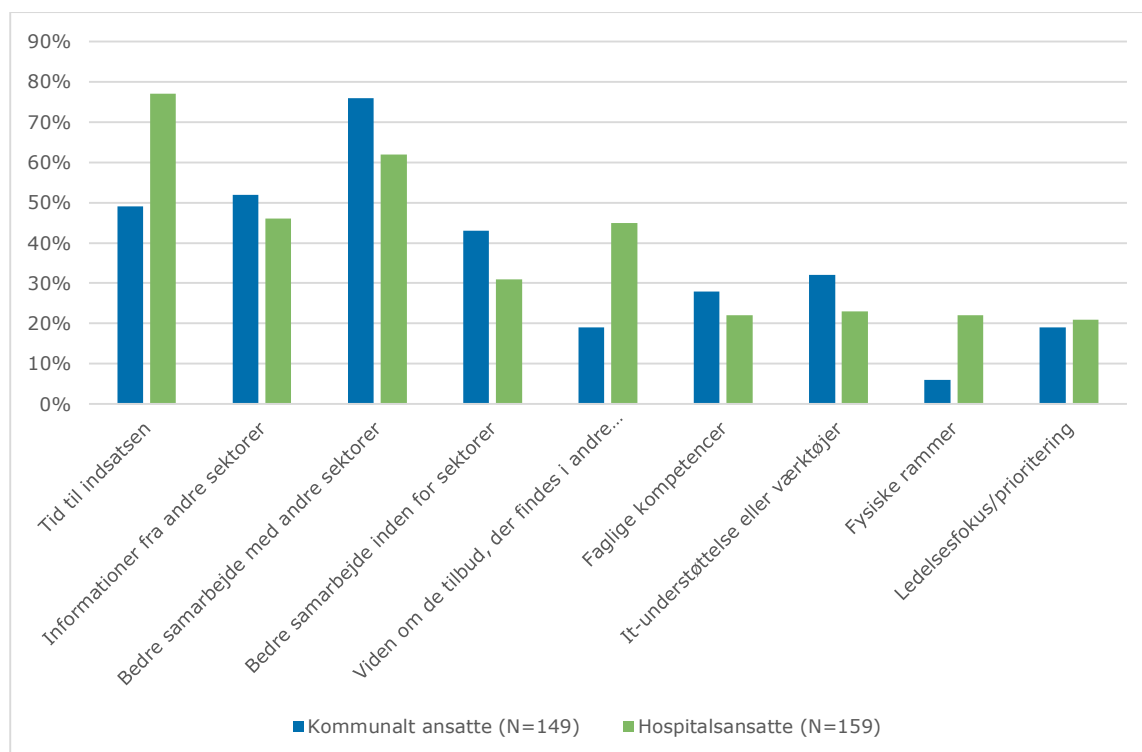
*Vi som læger ved, at der er et politisk og offentlig ønske om at gøre det bedre for de svækkede ældre medicinske patienter, og alle de professionelle ønsker uden tvivl at bidrage, og rigtig mange har de nødvendige kompetencer, men det kniber med erkendelsen af, at det tager tid. [...]. (Hospitalsansat)*

*Der er ikke behov for at indsætte flere administrative led som forløbskoordinatorer, men bedre udnyttelse af de eksisterende aktører og kommunikationsveje samt erkendelse af, at samarbejdet omkring denne patientgruppe er tidskrævende. (Hospitalsansat)*

*Vi mangler tiden rigtig meget for at sikre et godt udskrivelsesforløb, især sygehuse. (Hospitalsansat)*

Andelen af kommunalt ansatte og hospitalsansatte, som oplever, at de savner forudsætninger for at kunne skabe bedre sammenhæng, er steget signifikant fra 2014 til 2016, jf. besvarelsen af spørgsmål 6a-6j i Bilag 2. Der er således en statistisk signifikant større andel af de adspurgte kommunalt ansatte og hospitalsansatte, der savner tid til indsatsen, informationer fra andre sektorer, bedre samarbejde med andre sektorer og inden for egen sektor samt faglige kompetencer. Det kan være udtryk for, at forudsætninger for at skabe bedre sammenhæng er forværret over perioden fx på grund af besparelser, men kan også skyldes et øget fokus på at skabe sammenhæng i forløb og hermed en større bevidsthed om de forudsætninger, som mangler.

**Figur 7.6** Hvilke forudsætninger savner du for at skabe bedre sammenhæng i forløb for særlig svækkede ældre medicinske patienter?

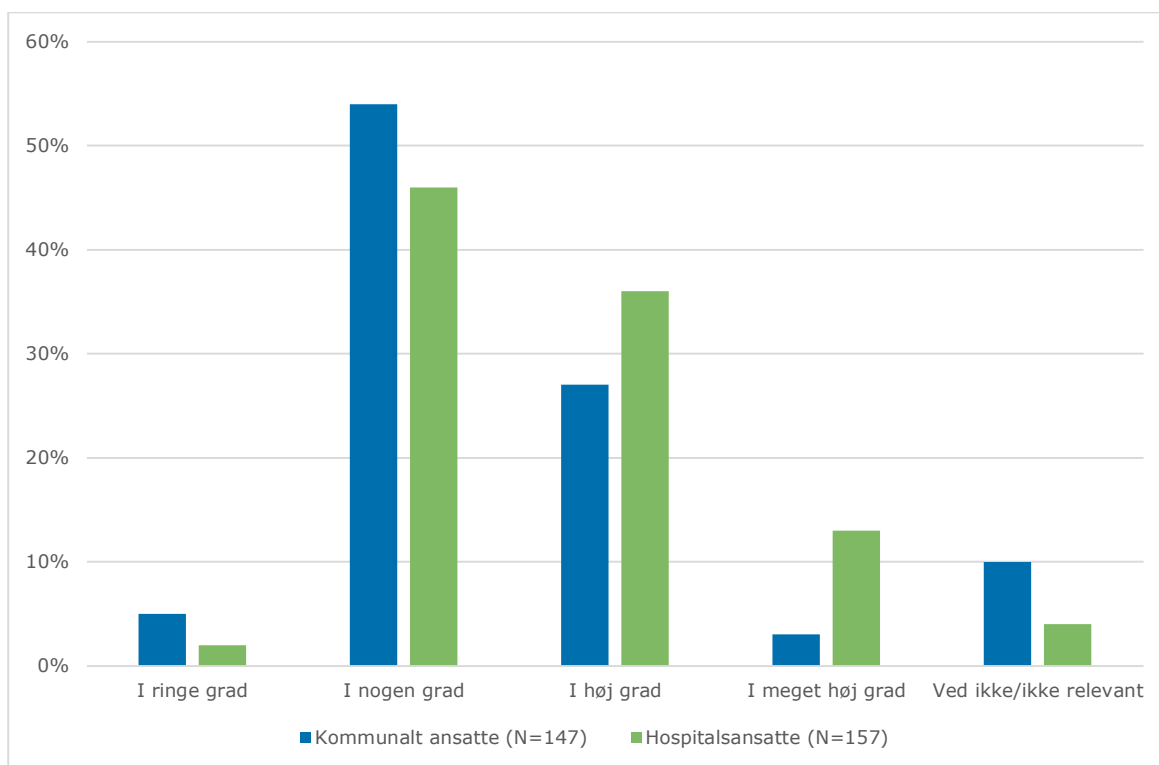


Kilde: KORAs spørgeskemaundersøgelse blandt kommunalt ansatte og hospitalsansatte, spørgsmål 6, 3. runde gennemført i foråret 2016.

Cirka halvdelen af respondenterne i både kommuner og på hospitaler oplever kun i ringe eller nogen grad at have tilstrækkelig viden om den enkelte patient i forhold til at kunne løse deres

arbejdsopgaver, jf. Figur 7.7 nedenfor. Andelen af respondenter, som i 2016 oplyser, at de i høj eller meget høj grad har tilstrækkelig viden om patienten, er signifikant lavere sammenlignet med 2014 for både kommunalt ansatte og hospitalsansatte. Andelen er faldet fra 37 % til 30 % for kommunalt ansatte og fra 57 % til 49 % for hospitalsansatte, jf. besvarelsen af spørgsmål 7 i Bilag 2.

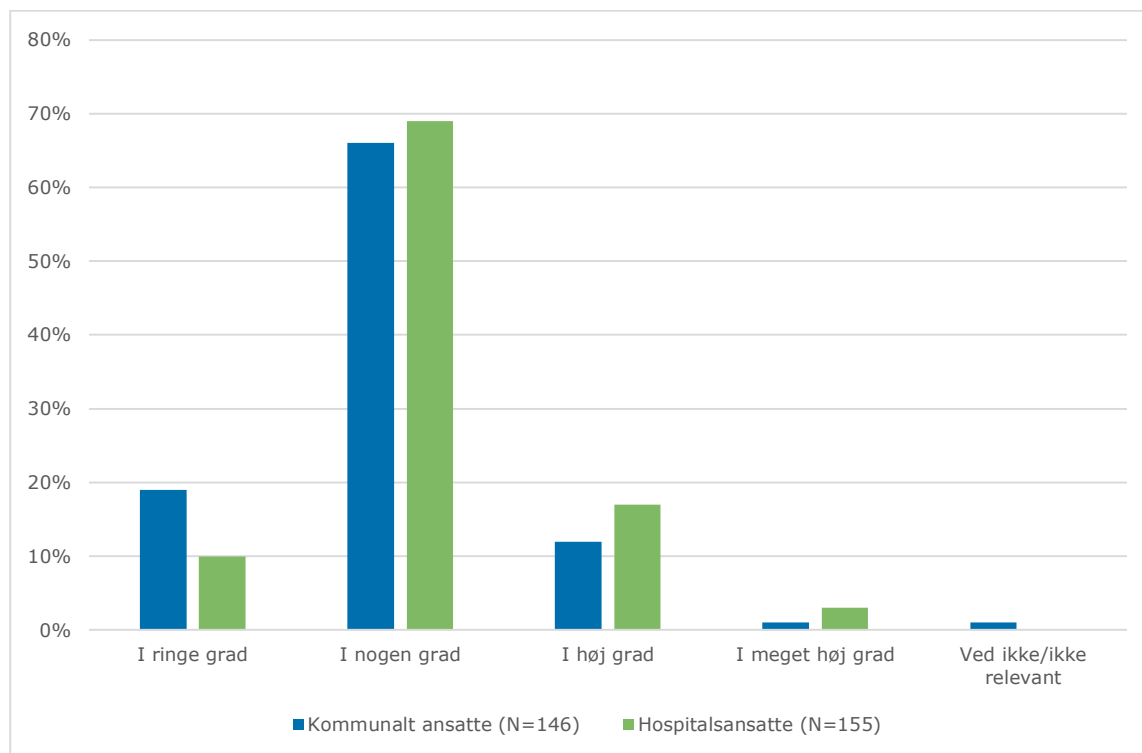
**Figur 7.7** Oplever du, at du har tilstrækkelig viden om den enkelte patient i forhold til at løse dine arbejdsopgaver med særligt svækkede ældre medicinske patienter?



Kilde: KORAs spørgeskemaundersøgelse blandt kommunalt ansatte og hospitalsansatte, spørgsmål 7, 3. runde gennemført i foråret 2016

Endvidere oplever størstedelen af respondenterne i både kommuner og på hospitaler, at man kun i ringe eller nogen grad har nemt ved at samarbejde om patientforløbene på tværs af sektorer, jf. Figur 7.8 nedenfor.

**Figur 7.8** Oplever du, at I på tværs af sektorer har nemt ved at samarbejde om patientforløbene?



Kilde: KORAs spørgeskemaundersøgelse blandt kommunalt ansatte og hospitalsansatte, spørgsmål 8c, 3. runde gennemført i foråret 2016.

Størstedelen af respondenterne mener, at man kun i ringe eller nogen grad har et fælles defineret mål for patientforløbet, har viden om hinandens arbejde og gensidig respekt for hinandens arbejdsopgaver, jf. besvarelsen af spørgsmål 8a, 8b og 8d i Bilag 2. Der ses dog en statistisk signifikant forbedring fra 2014 til 2016 i vurderingen af den gensidige respekt på tværs af sektorer blandt hospitalsansatte, jf. besvarelsen af spørgsmål 8d i Bilag 2. Der er dog tale om forholdsvis små ændringer.

Respondenterne er generelt mere positive, når de bliver bedt om at vurdere samarbejdet inden for egen sektor, men det er fortsat ca. halvdelen, som kun i ringe eller nogen grad oplever, at de ovennævnte forudsætninger for samarbejde er opfyldt inden for egen sektor, jf. besvarelsen af spørgsmål 9a-9d i Bilag 2. For hospitalsansatte ses en statistisk signifikant forværring i vurderingen af samarbejdet inden for egen sektor fra 2014 til 2016. Der er således en større andel af hospitalsansatte i 2016, som oplever, at man kun i ringe eller nogen grad har viden om hinandens arbejde inden for egen sektor, jf. besvarelsen af spørgsmål 9b i Bilag 2. Samtidig ses en stigning i andelen, som oplever, at man kun i ringe eller nogen grad har nemt ved at samarbejde om patientforløbene inden for egen sektor, jf. besvarelsen af spørgsmål 9c i Bilag 2.

Når det kommer til den konkrete koordination af de patientforløb, som respondenterne er involverede i, vurderer mellem 60 og 80 %, at koordinationen kun i ringe eller i nogen grad fungerer godt jf. besvarelsen af spørgsmål 10a-10c i Bilag 2. Dette gælder både koordinationen mellem almen praksis og sygehus, mellem sygehus og kommune samt mellem kommune og almen praksis.

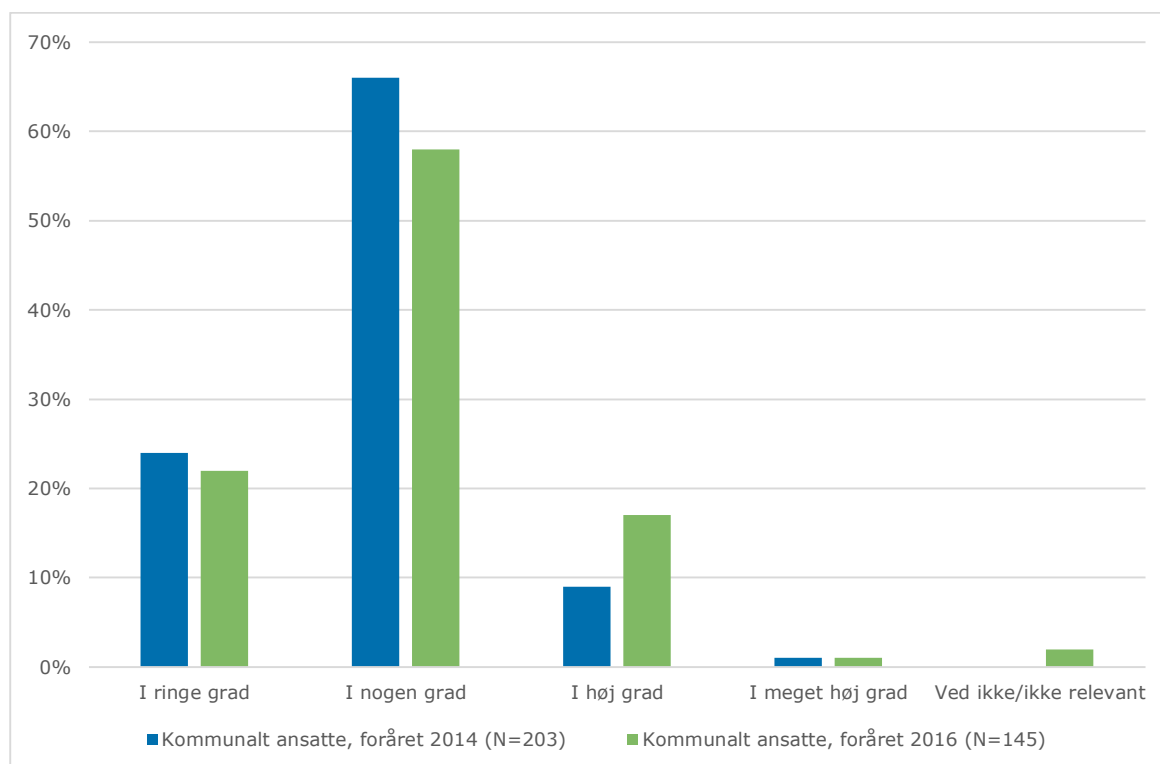
Samtidig oplever over halvdelen af respondenterne kun i ringe eller nogen grad, at fordelingen af opgaver og roller mellem sektorer er klar, jf. besvarelsen af spørgsmål 11a-11c i Bilag 2. Set over perioden er der en statistisk signifikant forværring i kommunalt ansattes og hospitalsansattes vurdering af klarheden i opgavefordelingen mellem sygehus og kommune, jf. spørgsmål 11b. Omvendt ses en statistisk signifikant forbedring i de hospitalsansattes vurdering af klarheden i opgavefordelingen mellem almen praksis og sygehus, jf. spørgsmål 11a. I begge tilfælde er der dog tale om forholdsvis små ændringer.

### 7.3 Kommunikation

På trods af at respondenterne på en række områder oplever forværrede forudsætninger for at skabe sammenhæng i forløb, jf. afsnit 7.2, ses også statistisk signifikante forbedringer i de kommunalt ansatte eller hospitalsansattes vurdering af kommunikationen i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter. Der er dog også her tale om forholdsvis små ændringer.

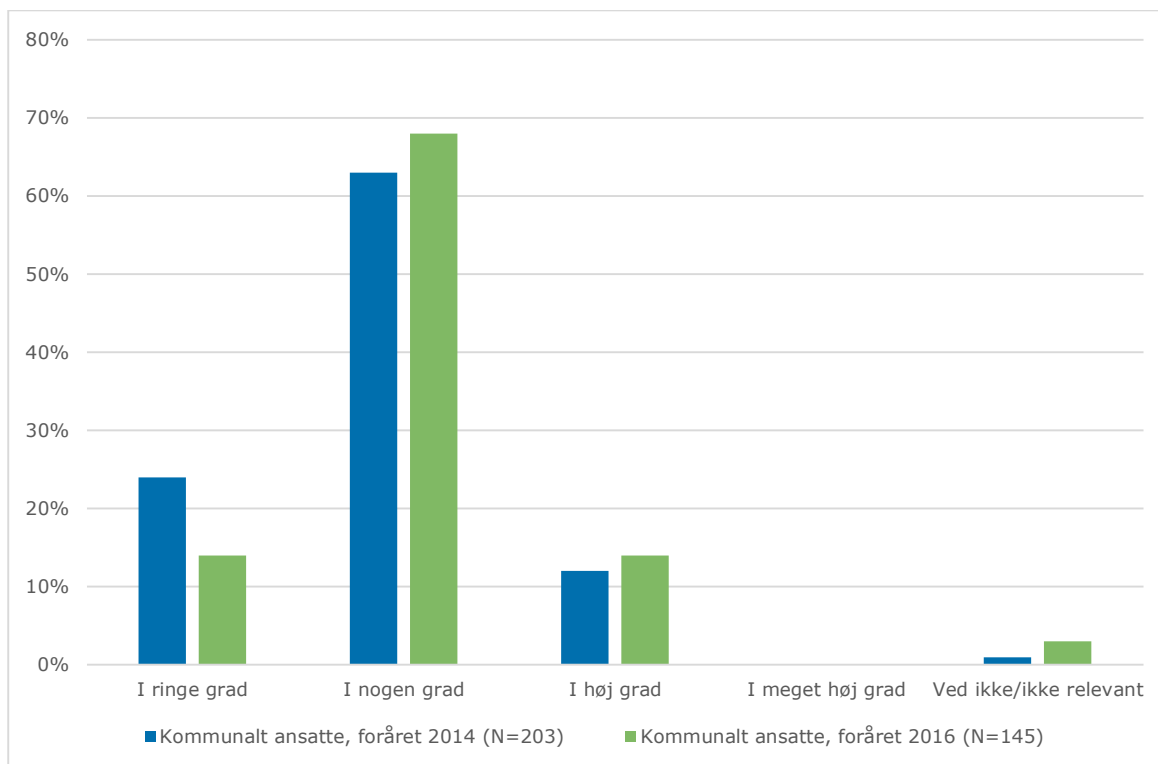
En statistisk signifikant større andel af de kommunalt ansatte vurderer således i 2016, at der i høj eller meget høj grad kommunikerer nok til at have tilstrækkelig viden om patienten, og at informationerne fra andre sektorer er relevante og målrettet behov, jf. Figur 7.9 og Figur 7.10 nedenfor.

**Figur 7.9** Vi kommunikerer nok til, at vi har tilstrækkelig fælles viden om patienten



Kilde: KORAs spørgeskemaundersøgelse blandt kommunalt ansatte, spørgsmål 12a, 3. runde gennemført i foråret 2016.

**Figur 7.10** Informationerne fra de andre sektorer er relevante og målrettet mine behov

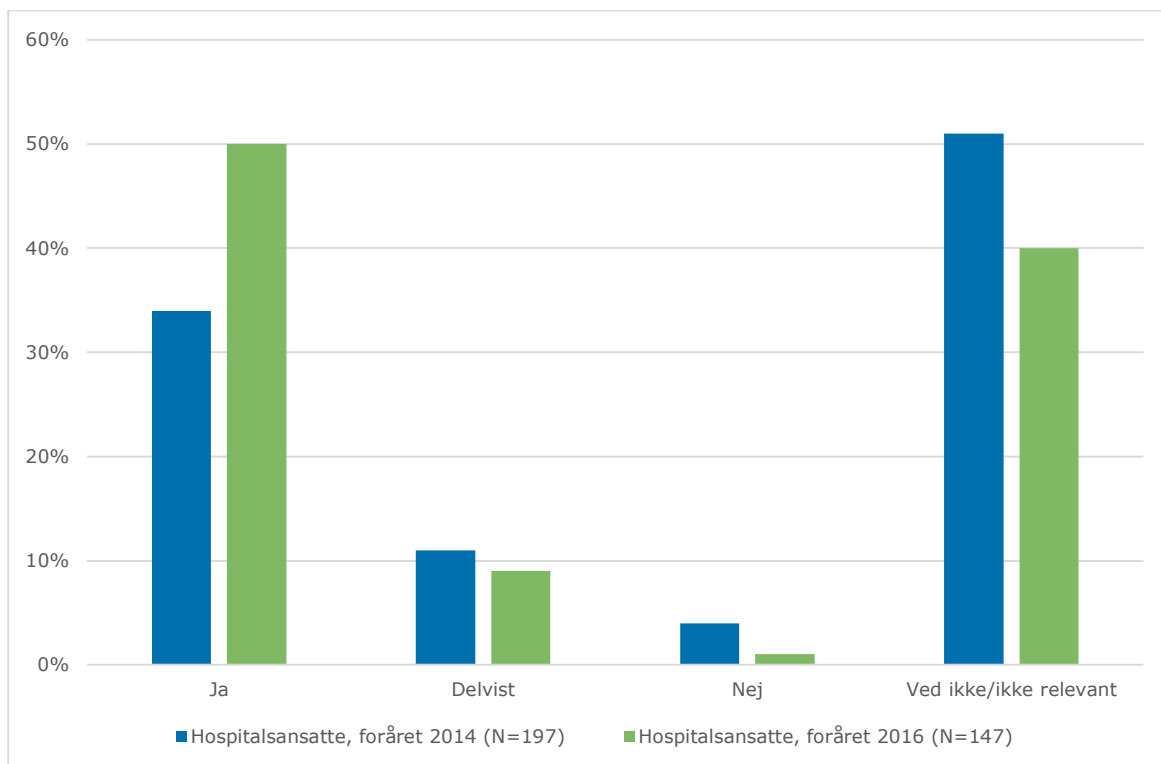


Kilde: KORAs spørgeskemaundersøgelse blandt kommunalt ansatte, spørgsmål 12c, 3. runde gennemført i foråret 2016.

Endvidere er der en større andel af hospitalsansatte, som i 2016 oplyser, at man følger MedCom-standarder for den skriftlige kommunikation sammenlignet med 2014, jf. Figur 7.11 nedenfor. Samtidig ses der over perioden en statistisk signifikant forbedring af hospitalsansattes vurdering af MedCom-rapporternes indhold og tendens til forbedring af vurderingen af rapporternes læsevenlighed, jf. besvarelsen af spørgsmål 19b-19c i Bilag 2. Resultaterne fra spørgeskemaet understøtter således indtrykket fra de gennemførte interview.



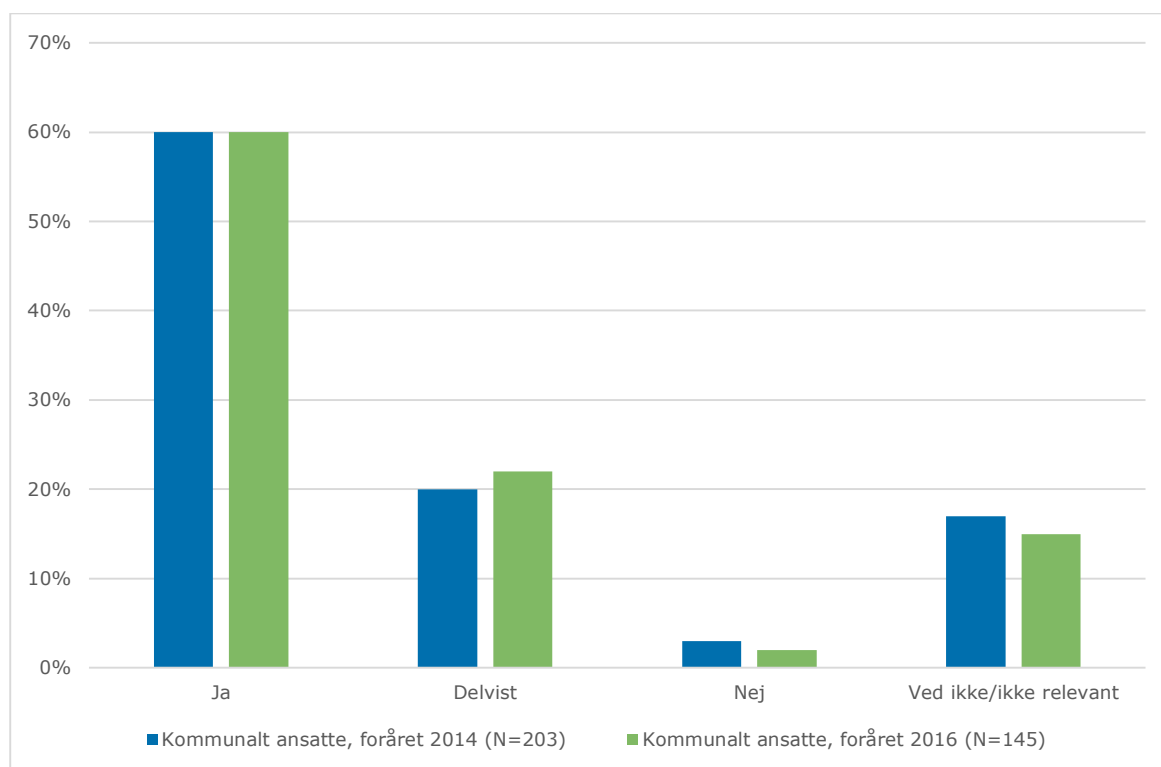
**Figur 7.11** Følger I MedCom-standarder for den skriftlige kommunikation på hospitalet?



Kilde: KORAs spørgeskemaundersøgelse blandt hospitalsansatte, spørgsmål 19a, 1. og 3. runde gennemført i foråret 2014 og 2016.

Andelen for kommunalt ansatte, som oplyser, at man følger MedCom-standarder for den skriftlige kommunikation, er uændret fra 2014 til 2016, jf. Figur 7.12 nedenfor. Der ses til gengæld en statistisk signifikant forbedring af kommunalt ansatte vurdering af MedCom-rapporternes læsevenlighed, jf. besvarelsen af spørgsmål 19c i Bilag 2.

**Figur 7.12** Følger I MedCom-standarder for den skriftlige kommunikation i kommunen?



Kilde: KORAs spørgeskemaundersøgelse blandt kommunalt ansatte, spørgsmål 19a, 1. og 3. runde gennemført i foråret 2014 og 2016.

Der er dog fortsat et stort potentiale for at forbedre kommunikationen i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter.

Mindst ca. 80 % af respondenterne i både kommuner og på hospitaler oplever, at der kun i ringe eller nogen grad kommunikeres nok til, at man har tilstrækkelig fælles viden om patienten, at informationerne fra de andre sektorer kommer tids nok, og at informationerne er relevante og målrettet modtagerens behov, jf. besvarelsen af spørgsmål 12a-12c i Bilag 2. Mellem 50 og 60 % oplever endvidere, at de kun i ringe eller nogen grad har mulighed for dialog med relevante samarbejdspartnere fra andre sektorer, når der opstår problemstillinger i patientforløbet, jf. besvarelsen af spørgsmål 12d i Bilag 2.

Potentialet for at forbedre kommunikationen afspejler sig også i uddybende kommentarer til spørgeskemaundersøgelsen, bl.a. efterlyses oplysninger om borgerens funktionsniveau af både kommunalt ansatte og hospitalsansatte, jf. citater nedenfor og besvarelsen af spørgsmål 25 i Bilag 2.

*Plejeforløbsplaner fra sygehuset er det ikke altid særligt oplysende [...] Mange gange mangler der aktuel funktionsbeskrivelse. Derfor kontaktes sygehuset for at få yderligere oplysninger [...] Vi har i en lang periode forsøgt kontakt til sygehuset ved at svare/sende plejeforløbsplaner retur med specifikke spørgsmål. Som regel er disse spørgsmål ikke blevet læst [...] Dermed får vi intet svar, hvilket trækker sagen i langdrag, særligt hvis der er tale om udskrivelse samme dag, kan der jo være en del, der skal koordineres, og hvis vi ikke kan få svar, kan vi blive nødt til at ringe til sygehuset. [...]. (Kommunal ansat)*

*Jeg savner meget en mere uddybende information om, hvad der er af aktuelle problematikker ved udskrivelse fra hospital. Det er tit og ofte usynligt, hvad der er sket under indlæggelse, og i hvor høj grad patienten er involveret i egen sygdomssituation. (Kommunal ansat)*

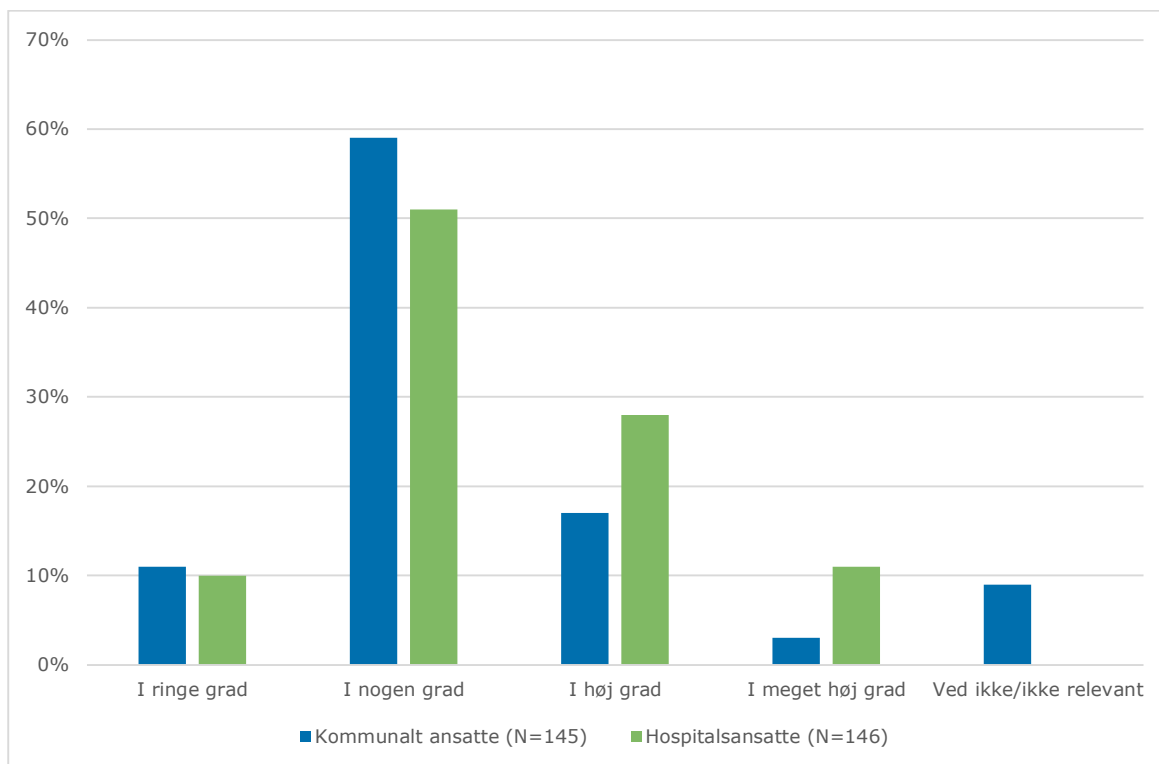
*Vi savner i meget høj grad informationer om patienternes habituelle funktions- og kognitive niveau ved indlæggelsen. Specielt da en del af disse patienter bliver meget forvirrede og konfuse under indlæggelsen, og det derfor ikke altid er helt retvisende informationer, de giver. Hvis der så ikke er pårørende, vi kan kontakte, bliver det rigtig svært. Det er meget utilfredsstillende, da der ligger et krav den modsatte vej om, at vi skal informere kommunerne om ændringer i funktionsniveau eller hjælpebehov, hvilket er umuligt, hvis vi ikke kender udgangspunktet. [...]. I de tre år jeg snart har siddet i denne stilling, kan det tælles på én hånd, hvor ofte jeg har oplevet, at funktionsevne i indlæggelsesrapporten har været udfyldt. [...] (Hospitalsansat)*

*Jeg savner generelt, at kommunen ved indlæggelse af ældre medicinske svækkede patienter sørger for at skrive, hvad tidligere funktionsniveau er i fx MedCom, som reelt aftalt i sundhedsaftalen. (Hospitalsansat)*

## 7.4 Inddragelse af patienter og pårørende

Cirka 70 % af respondenterne fra kommuner og cirka 60 % af respondenterne fra hospitaler vurderer, at der kun i ringe eller nogen grad er tilstrækkelig inddragelse af patienter og pårørende i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter, jf. Figur 7.13 nedenfor. Der er en statistisk signifikant stigning i andelen, som vurderer, at der ikke er tilstrækkelig inddragelse af patienter og pårørende sammenlignet med 2014, jf. besvarelsen af spørgsmål 20 i Bilag 2.

**Figur 7.13** Er der efter din vurdering tilstrækkelig inddragelse af patienter og pårørende i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter?



Kilde: KORAs spørgeskemaundersøgelse blandt kommunalt ansatte og hospitalsansatte, spørgsmål 20, 3. runde gennemført i foråret 2016.

Adspurgt om årsagerne til den manglende inddragelse af patienter og pårørende angiver cirka halvdelen eller flere af de kommunalt ansatte og hospitalsansatte, at de savner afstemning af patienters og pårørendes forventninger, tilstrækkelig tid og ressourcer, jf. Figur 7.14 nedenfor. Blandt de kommunalt ansatte er der flest, der efterlyser afstemning af patienters og pårørendes forventninger, mens der blandt hospitalsansatte er flest, som efterlyser mere tid. Dette afspejler sig også i uddybende kommentarer til spørgeskemaundersøgelsen, jf. citater nedenfor og besvarelsen af spørgsmål 25 i Bilag 2.

*Der er ALT for lidt viden sektorerne imellem, så information og vejledning i forhold til kommunale indsatser kommer ikke frem, og patient/pårørende er for utrygge ved udskrivelse. Eller sygehuset lover for meget, som kommunen ikke kan leve op til. [...]* (Kommunal ansat)

*Vi er godt i gang med borger- og pårørendeinddragelse. Vi er ved at implementere metoder og tilpasse rammerne. Der er ledelsesmæssig opbakning, men det tager tid at få det i gang i organisationen.* (Kommunal ansat)

*[...]. Det tager tid og kræver god planlægning at få en stuegang kombineret og aftalt i forhold til deltagelse af de pårørende, og de stadigt faldende indlæggelsesdage gør det ekstra svært. [...]* (Hospitalsansat)

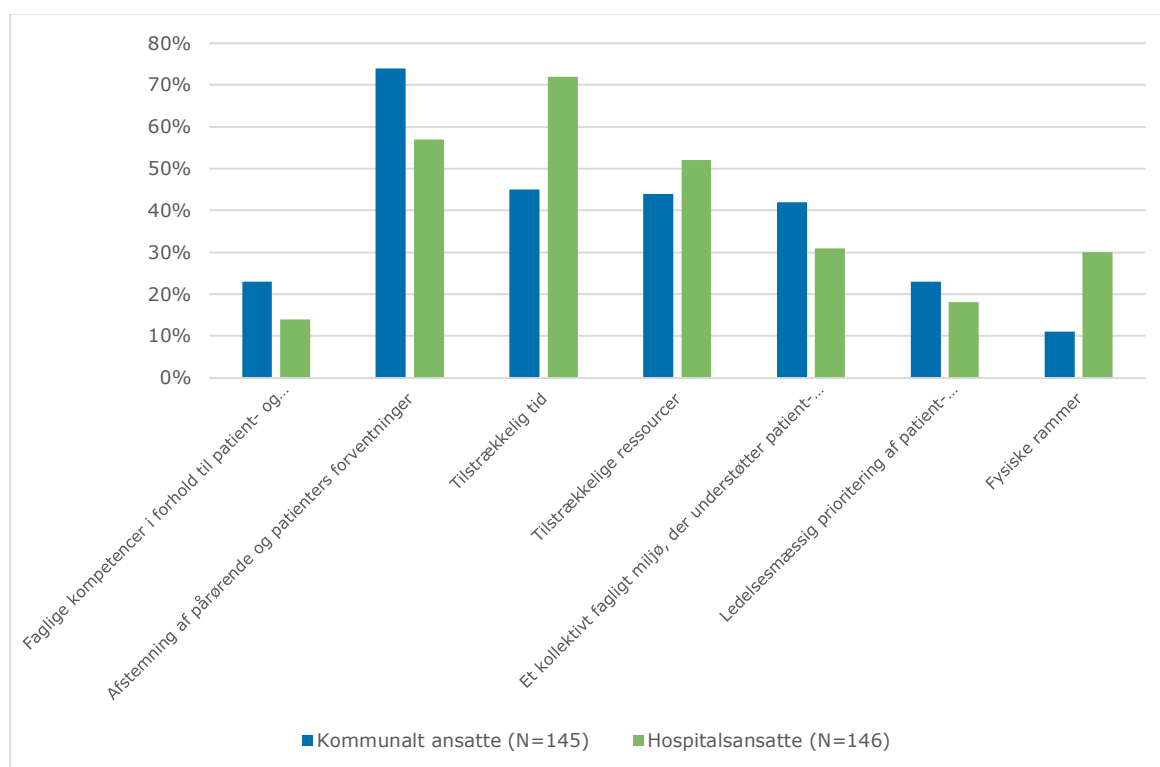
*Der skal tid til inddragelse af pårørende samt planlægning af videre forløb, så patienten bliver tryk. Dette kræver nok hænder og ekspertise.* (Hospitalsansat)

*Der er klart brug for mere kvalificeret forventningsafstemning i forhold til, hvad vi som sygehus skal tage os af, og hvad kommunen tager sig af. Dette i forhold til patienter og pårørendes forventninger. [...]. (Hospitalsansat)*

Andelen af kommunalt ansatte og hospitalsansatte, som oplever, at de savner forudsætninger for at kunne inddrage patienter og pårørende er steget signifikant fra 2014 til 2016, jf. besvarelsen af spørgsmål 21a-21h i Bilag 2. Der er således en statistisk signifikant større andel af de adspurgte kommunalt ansatte og hospitalsansatte, der savner afstemning af patienters og pårørendes forventninger, tilstrækkelig tid og ressourcer, faglige kompetencer og et kollektivt fagligt miljø samt fysiske rammer, der understøtter patient- og pårørendeinddragelsen.

Udviklingen kan være et udtryk for, at forudsætningerne for patient- og pårørendeinddragelse er forværret, men kan også skyldes et øget fokus på patient- og pårørendeinddragelse og hermed en større bevidsthed om, hvornår det ikke sker som ønsket og årsagerne hertil.

**Figur 7.14** Hvilke forudsætninger savner du for at kunne inddrage patienter og pårørende bedre i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter?

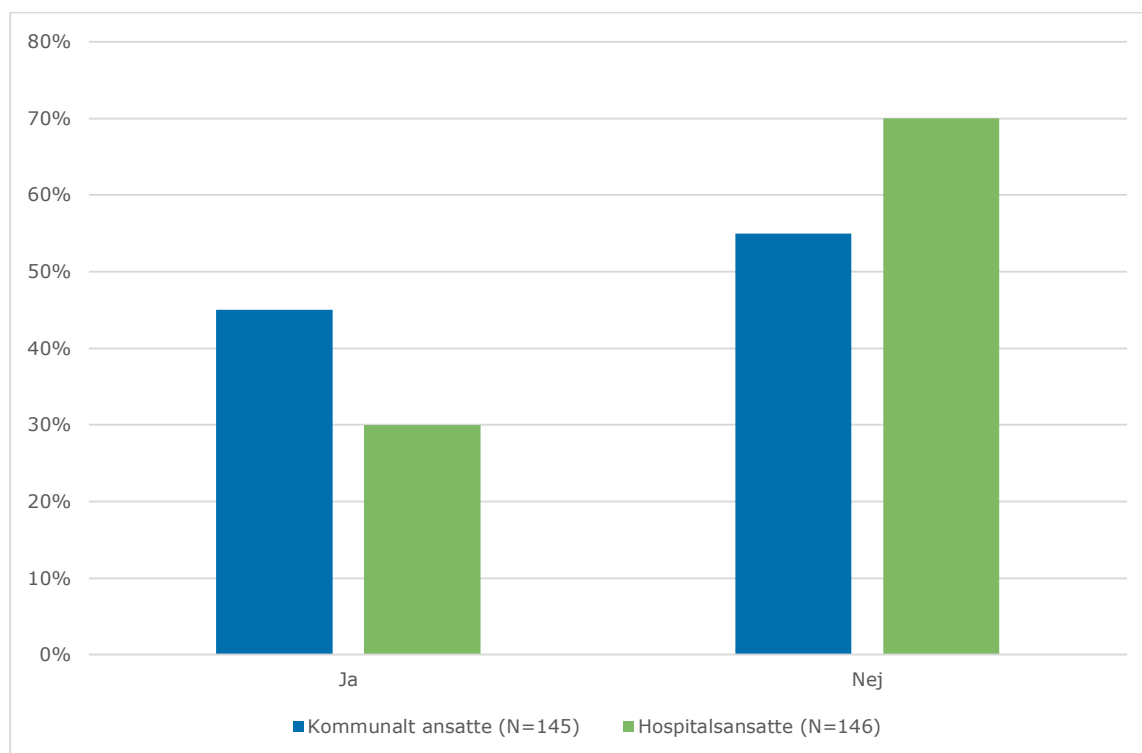


Kilde: KORAs spørgeskemaundersøgelse blandt kommunalt ansatte og hospitalsansatte, spørgsmål 21, 3. runde gennemført i foråret 2016.

## 7.5 Kendskab til og vurdering af aktiviteter finansieret af midler til styrket forløbskoordination

Knap halvdelen af alle kommunale respondenter oplyser i 2016, at de kender til kommunale og/eller regionale aktiviteter, som er helt eller delvist finansieret af indsats til forløbskoordination af særligt svækkede ældre patienters forløb, jf. Figur 7.15. Andelen er 30 % blandt hospitalsansatte.

**Figur 7.15** Kender du til kommunale og/eller regionale aktiviteter, som er helt eller delvist finansieret af puljen til forløbskoordination for særligt svækkede ældre medicinske patienter?



Kilde: KORAs spørgeskemaundersøgelse blandt kommunalt ansatte og hospitalsansatte, spørgsmål 21, 3. runde gennemført i foråret 2016.

Cirka 30 % af de kommunalt ansatte og 35 % af de ansatte på hospitaler, som deltager i spørgeskemaundersøgelsen, og som oplyser, at de kender til aktiviteter, der er finansieret af forløbskoordinationsindsatsen, oplever, at disse aktiviteter i høj eller meget høj grad medvirker til at forbedre samarbejdet, jf. besvarelsen af spørgsmål 24b i Bilag 2.

## 7.6 Opsamling

Over 80 % af de adspurgte kommunalt ansatte og hospitalsansatte vurderer i 2016, at der kun i ringe eller nogen grad er tilstrækkelig sammenhæng i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter. Andelen er uændret i forhold til 2014. Andelen af kommunalt ansatte og hospitalsansatte, som oplever, at de savner forudsætninger for at kunne skabe bedre sammenhæng i forløb, er steget signifikant i forhold til 2014. Blandt kommunalt ansatte er der flest, der efterlyser bedre samarbejde med andre sektorer, mens der blandt hospitalsansatte er flest, som efterlyser mere tid til indsatsen. Dette er også afspejlet i de frie kommentarer til spørgeskemaet, hvor disse pointer er hyppigt nævnte, jf. besvarelsen af spørgsmål 25 i Bilag 2.

På trods af at respondenterne på en række områder oplever forværrede forudsætninger for at skabe sammenhæng i forløb, ses også statistisk signifikante forbedringer i de kommunalt ansatte eller hospitalsansattes vurdering af kommunikationen i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter. En større andel af de kommunalt ansatte oplever i 2016, at der kommu-

nikeres nok til at have tilstrækkelig viden om patienten, og at informationerne fra andre sektorer er relevante og målrettet modtagerens behov. Samtidig oplyser en større andel af hospitalsansatte i 2016, at man følger MedCom-standarderne for den skriftlige kommunikation, og både kommunalt ansatte og hospitalsansatte vurderer indhold/læsevenlighed af MedCom-rapporterne mere positivt end i 2014. Der er dog fortsat et stort potentiale for at forbedre kommunikationen i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter.

Størstedelen af de adspurgte kommunalt ansatte og hospitalsansatte vurderer, at der kun i ringe eller nogen grad er tilstrækkelig inddragelse af patienter og pårørende i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter. Andelen er steget signifikant fra 2014 til 2016. Blandt de kommunalt ansatte er der flest, der efterlyser afstemning af patienters og pårørendes forventninger, mens der blandt hospitalsansatte er flest, som efterlyser mere tid for at kunne sikre en bedre patient- og pårørendeinddragelse.

Samlet set er der således en tendens til, at fagpersonernes vurdering af rammerne for samarbejde samt patient- og pårørendeinddragelse er forværret fra 2014 til 2016, om end der generelt er tale om små ændringer. Udviklingen kan være udtryk for, at forudsætninger for at skabe bedre sammenhæng samt patient- og pårørendeinddragelse er forværret over perioden, fx på grund af besparelser, men kan også skyldes et øget fokus og hermed en større bevidsthed om, hvornår det mangler.

## 8 Konklusioner og anbefalinger

### 8.1.1 Prioriterede indsatser og resultater

Også ved afslutningen af indsatsen vedrørende forløbskoordination er der tilfredshed med de projektorganisationer og samarbejdsaftaler, der er indgået for at understøtte udmøntningen af indsatsen. De eksisterende sundhedsaftaleorganisationer fungerer i dag som et naturligt sted at forankre tværgående indsatser, og samarbejdet i disse fora opleves velfungerende.

Størstedelen af de allokerede midler til forløbskoordination er anvendt til at videreføre og styrke eksisterende indsatser, der allerede fungerer i drift. Dette fremhæves som en fordel – dels fordi omkostningerne til implementering og udvikling er minimeret, og dels fordi det er relativt let at fastholde indsatserne som en del af den faste drift, da de ikke bryder afgørende med eksisterende rutiner og opgaver. Herudover er der en del af (især regionernes) midler, som er anvendt på (patient)undersøgelser af samarbejdet omkring ældre medicinske patienter, samt afprøvning af nye indsatser. En del af disse er endnu ikke færdigevalueret, men forventes videreført på baggrund af gode erfaringer og/eller bidrager med viden, der anvendes til at afprøve nye projekter. Disse konklusioner udfoldes nedenfor.

**Kommunernes udmøntning af indsatsen vedrørende forløbskoordination:** I kommunerne er midlerne fra indsatsen vedrørende forløbskoordination i vidt omfang anvendt til at styrke den eksisterende udskrivningskoordination, der varetages af de kommunale myndighedsafdelinger. En væsentlig andel af midlerne er anvendt til fremskudt visitation og til at afholde udskrivningskonferencer på hospitaler forud for udskrivelse. Denne anvendelse af midlerne matcher formålet med indsatsen vedrørende forløbskoordination, og den opleves relevant af de informanter, der har deltaget i evalueringen. Dels anses det vigtigt at styrke koordineringen af de mest komplekse udskrivningsforløb, og dels ses det som en fordel, at midlerne er anvendt direkte i det patientrettede arbejde. Det fremgår også, at kommunerne i vidt omfang viderefører deres arbejde med styrket udskrivningskoordination, samt at mange kommuner – bl.a. med afsæt i regeringens puljer til ældreområdet – planlægger at udvikle arbejdet med fremskudt visitation i de kommende år.

Evalueringens casestudier af fire kommuners arbejde med fremskudt visitation (2) understøtter fagpersonernes vurderinger og kommunernes fortsatte satsninger på styrket udskrivningskoordination. Undersøgelsen dokumenterede således, at denne indsats kan forebygge genindlæggelser, samtidig med at den som minimum er omkostningsneutral. Endvidere ses den fremskudte visitation som en kilde til bedre samarbejde og bedre inddragelse og øget tryghed i forbindelse med udskrivning af både fagpersoner og patienter. På grundlag af disse resultater, anbefaler KORA, at

- landets kommuner overvejer at videreføre/etablere fremskudt visitation med afsæt i de anbefalinger, der er opstillet i rapporten om fremskudt visitation (2).
- kommuner og hospitalsafdelinger, som det allerede sker mange steder, prioriterer udskrivningsansvarlige brobyggere i begge sektorer med henblik på at understøtte kontinuitet, fælles fokus og relationsdannelse på tværs af den vigtige overgang fra hospital til kommune.

**Regionernes udmøntning af indsatsen vedrørende forløbskoordination:** Regionerne har i højere grad end kommunerne anvendt forløbskoordinationsmidlerne til kvalitetsudvikling og konsolidering af procedurer, som skal sikre identifikation og overlevering af viden om særligt svækkede ældre patienter til kommunerne. Erfaringerne viser, at arbejdet med screeningsredskaber – fx i Region Syddanmark – ikke forbindes med en mere præcis identifikation og styrket



overlevering af særligt svækkede patienter til kommunerne. Det forklares med, at det er svært at udarbejde vejledninger, der præcist indfanger målgruppen af særligt svækkede ældre medicinske patienter. Derfor oplever de involverede fagpersoner vejledningerne som dobbeltarbejde, der i for lille omfang gavner patientforløbet. De steder, hvor de er afprøvet, har screeningsvejledningerne haft vanskeligt ved at finde fodfæste i hospitalsregi, og de involverede fagpersoner anbefaler i stedet, at fremadrettede indsatser fokuserer på fortsat konsolidering af MedCom-standarder samt de aftaler, der er indgået for kommunikationen vedrørende indlæggelse og udskrivelse.

Der er også igangsat en række konkrete indsatser, kortlægninger og forskningsprojekter, som er forankret på individuelle hospitalsmatrikler. De gennemførte interview, lokale erfaringsopsamlinger og indsendte statusnotater indeholder mange eksempler på, at disse indsatser har givet ny viden og øget fokus på patientgruppens særlige behov samt konkrete eksempler på, hvordan denne viden anvendes til at styrke overgangen ved udskrivning. Derfor er der også i alle regioner eksempler på indsatser og erfaringer, der tages med videre i det tværsektorielle samarbejde omkring særligt svækkede ældre medicinske patienter. Det sker fx via de projekter, der har fået tildelt midler fra satspuljen 'Styrket sammenhæng for de svageste ældre'. Der er således tale om nye indsatser, som er direkte afledt fra de erfaringer, der er opnået i perioden med forløbskoordinationsmidler. Flere af de involverede i indsatsen vedrørende forløbskoordination for særligt svækkede ældre patienter, ser det i den forbindelse som en styrke, at med den nye pulje er det prioriteret at afprøve konkrete patientrelaterede indsatser, hvor der er tilknyttet forskningsbaseret evaluering. Vurderingen er, at denne tilgang i højere grad, end det har været tilfældet med indsatsen vedrørende forløbskoordination, vil gøre det muligt at skabe solid viden, der fremadrettet kan udbredes til fordel for de mest svækkede ældre medicinske patienter.

### 8.1.2 Patient- og pårørendeinddragelse

De fagpersoner og ledere, der har været involveret i indsatsen vedrørende forløbskoordination, ser generelt et stort behov for øget patient- og pårørendeinddragelse. Dette er også afspejlet i spørgeskemaundersøgelsen, der viser, at 70 % af respondenterne fra kommuner og ca. 60 % af respondenterne fra regioner vurderer, at der kun i ringe eller nogen grad er tilstrækkelig inddragelse af patienter og pårørende i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter. Andelen af fagpersoner, der efterlyser øget patient- og pårørendeinddragelse, er steget signifikant fra 2014 til 2016.

Udviklingen i fagpersonernes svar kan fortolkes som en øget opmærksomhed på de positive aspekter, der forbundet med patient- og pårørendeinddragelse, der i stigende grad ses som en forudsætning for kvalitet i sundhedsvæsenets ydelser. Selv om der løbende skabes dokumentation for de positive effekter af patient- og pårørendeinddragelse (se fx 3, 9 og 10), er der fortsat tale om en ny og på mange måder udfordrende disciplin for sundhedsfagligt personale og sundhedsfaglige organisationer (11 og 12). Den øgede opmærksomhed – og frustration over rammerne for patient- og pårørendeinddragelse – kan ses som en positiv anledning til at sætte yderligere fokus på området fremadrettet.

Perspektiverne fra spørgeskemaet er også afspejlet i udmøntningerne af midlerne fra indsatsen vedrørende forløbskoordination. Der er således en erkendelse af, at området er vigtigt, men også en erkendelse af, at forløbskoordinationsmidlerne ikke i den grad, det var forventet, har ændret tilgangen til patient- og pårørendeinddragelse for målgruppen. Det skyldes dels, at de tilførte midler ikke har haft et omfang – og et fokus – der har gjort det muligt at skabe et tydeligt ledelsesmæssigt fokus samt at introducere nye kompetencer og organisatoriske rutiner, der understøtter den forventede grad af inddragelse. Dels at inddragelse generelt ses som en særligt vanskelig opgave i relation til indlæggelse og udskrivning af særligt svækkede ældre

medicinske patienter. Sidstnævnte forklares bl.a. med, at mange patienter kognitivt og fysisk er meget svækkede, samtidig med at arbejdet omkring indlæggelse og udskrivning foregår i en kontekst, der er stærkt struktureret af faglige og organisatoriske hensyn.

Med ovenstående in mente, er der dog også en række eksempler på, at midlerne fra indsatsen vedrørende forløbskoordination har understøttet arbejde med patient- og pårørendeinddragelse. Evalueringens casestudier viser således (2), at de prioriterede indsatser vedrørende udskrivningskoordination og fremskudt visitation øger muligheden for at involvere patienter og pårørende i udskrivningsforløbet. Både patienter og fagpersoner forbinder disse indsatser med reel inddragelse, forventningsafstemning og større tryghed over for udskrivelsen. Det fremstår derfor positivt, at et stigende antal kommuner og hospitalsafdelinger fremadrettet sætter øget fokus på denne type af indsatser.

Slutevalueringen har også refereret en række eksempler på patientinddragelse på organisatorisk niveau som er baseret på resultater fra audits, patientinterview og spørgeskemaer. Resultaterne fra disse aktiviteter er i projektperioden anvendt til at prioritere nye indsatser for de særligt svækkede ældre medicinske patienter, ligesom der er planlagt en række fremadrettede initiativer, jf. afsnit 9.2 ovenfor. De konkrete erfaringer og indsatser er præsenteret løbende i kapitel 2-6, som refererer til de regionale og kommunale indsatser og erfaringer.

### 8.1.3 MedCom-standarder og opfølgende hjemmebesøg

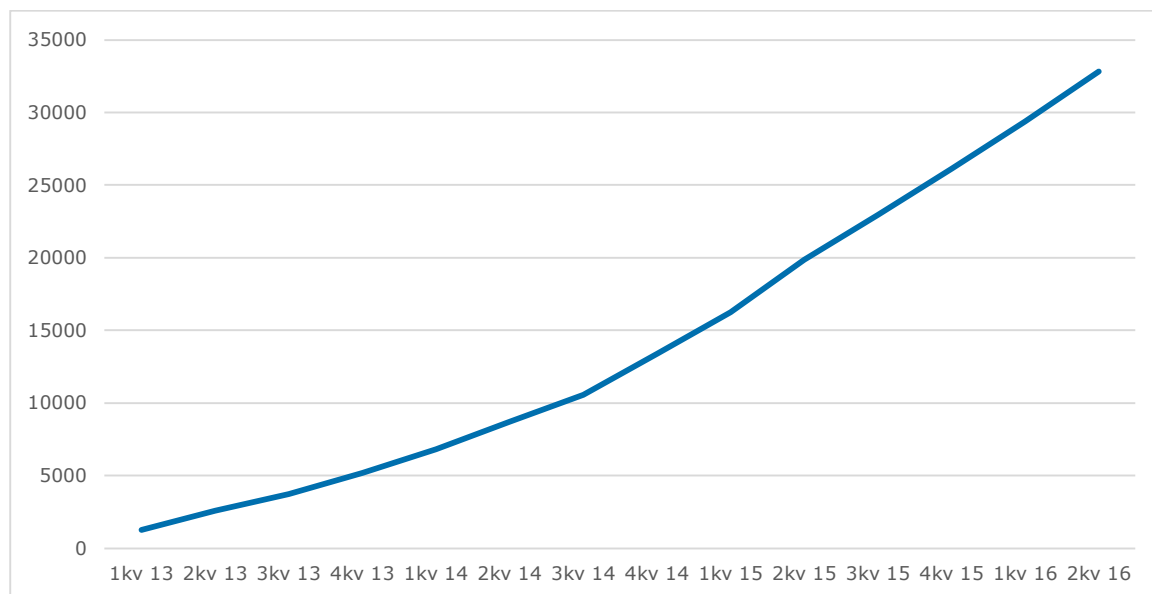
Implementeringen af MedCom-standarderne har taget længere tid end planlagt, men ved afslutningen af indsatsen vedrørende forløbskoordination var de implementeret i alle fem regioner. Interview og indsendte statusnotater viser, at overgangen til elektronisk kommunikation overvejende opleves som et fremskridt for samarbejdet om svækkede ældre medicinske patienters forløb. Dette er også afspejlet i evalueringens spørgeskemaundersøgelse, som viser signifikante fremskridt i fagpersonernes vurdering af MedCom-rapporternes indhold og læsevenlighed.

Det fremgår dog også, at der er stor forskel på, hvorvidt MedCom rent teknisk er implementeret, og hvornår meddelelserne anvendes rettidigt og målrettet. Øget rettidighed i de forskellige meddelelser og bedre kvalitet af den information, der udveksles, udgør således et vigtigt indsatsområde, som der arbejdes med i alle regioner og kommuner.

I udmøntningsplanen vedrørende styrket forløbskoordination for særligt svækkede ældre medicinske patienter var der en forventning om, at indsatsen ville have en positiv betydning for, hvor mange besøg der gennemføres. Evalueringen viser imidlertid, at dette ikke har været tilfældet. Det skyldes overordnet, at de prioriterede forløbskoordinationsindsatser ikke er relateret til opfølgende hjemmebesøg, ligesom de generelt ikke har påvirket de eksisterende procedurer for henvisning af patienter til opfølgning.

Evalueringen viser til gengæld, at alle regioner har indgået aftaler med praktiserende læger omkring afholdelse af opfølgende hjemmebesøg, ligesom alle regioner har arbejdet systematisk med at understøtte indsatsen. Som det fremgår af Figur 8.1, har dette resulteret i en markant stigning i antallet af opfølgende hjemmebesøg, hvilket betyder, at handlingsplanens målsætning om mindst 30.000 gennemførte besøg er indfriet. De seneste seks kvartaler har antallet ligget relativt stabilt mellem 3-3.500 gennemførte besøg pr. kvartal. Det fremgår dog også af opgørelserne i kapitel 2-6, at der er stor variation i antallet af gennemførte besøg fra region til region, samt at den fortsatte konsolidering af opfølgende hjemmebesøg ses som et vigtigt indsatsområde, der fortsætter efter afslutningen af handlingsplanen.

**Figur 8.1** Antal gennemførte opfølgende hjemmebesøg - kumuleret, 1. kvartal 2013-2. kvartal 2016



Kilde: Opgørelse fra Danske Regioner

Interview og statusnotater viser endvidere, at organisering og gennemførelse af opfølgende hjemmebesøg har udviklet sig i løbet af indsatsperioden. For det første er der åbnet op for, at både hospital, hjemmesygepleje og praktiserende læge kan anbefale et opfølgende hjemmebesøg. Dette er dels begrundet i et ønske om at kunne trække på alle involverede parter viden om patienten, og dels et ønske om at øge antallet af afholdte besøg. For det andet er der mange steder åbnet op for, at besøget kan gennemføres uden deltagelse af egen læge for at håndtere de logistiske udfordringer, der opstår, når egen læge og hjemmesygepleje inden for en kort tidsramme skal mødes i borgerens hjem.

#### 8.1.4 Status for tværgående kommunikation og samarbejde

Spørgeskemaundersøgelsen blandt fagpersoner viser, at der fortsat ikke vurderes at være tilstrækkelig sammenhæng i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter. Andelen af fagpersoner, som vurderer, at der kun i ringe eller nogen grad er tilstrækkelig sammenhæng, er over 80 % og uændret fra 2014 til 2016. Samtidig er andelen af kommunalt ansatte og hospitalsansatte, som oplever, at de savner forudsætninger for at kunne skabe bedre sammenhæng i forløb, steget signifikant. Blandt kommunalt ansatte er der flest, der efterlyser bedre samarbejde med andre sektorer, mens der blandt hospitalsansatte er flest, som efterlyser mere tid til indsatsen. Dette er også afspejlet i de frie kommentarer til spørgeskemaet (jf. bilag 2), hvor disse pointer er de mest nævnte.

Der er også fortsat et stort potentiale for at forbedre kommunikationen i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter, selv om spørgeskemaundersøgelsen også viser statistisk signifikante forbedringer i fagpersonernes vurdering af kommunikationen fra 2014 til 2016.

Samlet set er der således en tendens til, at fagpersonernes vurdering af forudsætningerne for sammenhæng er forværret fra 2014 til 2016. Der er dog generelt tale om små ændringer. Udviklingen kan være udtryk for, at forudsætninger for at skabe bedre sammenhæng samt

patient- og pårørendeinddragelse er forværret over perioden fx på grund af besparelser, men kan også skyldes et øget fokus og hermed en større bevidsthed om, hvornår det mangler.

### 8.1.5 Perspektivering

Det er KORAs vurdering, at udmøntningen af indsatsen vedrørende forløbskoordination indeholder to væsentlige læringspunkter, som beslutningstagere og det ansvarlige embedsværk kan anvende til at styrke udmøntningen og evalueringen af fremtidige handlingsplaner. Læringspunkterne knytter sig for det første til at sikre en fornuftig balance mellem udmøntningen af puljemidler og de forventninger til dokumentation og resultater, som knyttes til midlerne. For det andet til at understøtte en god balance mellem det valgte evalueringsdesign og den valgte udmøntning. Disse pointer uddybes og begrundes nedenfor.

#### **Balance mellem udmøntningsmåde og graden af projektspecifikke krav**

Midlerne fra indsatsen vedrørende forløbskoordination er fordelt via bloktilskudsnøglen. Det betyder, at alle kommuner og hospitaler har fået del i midlerne, samtidig med at de tildelte midler i gennemsnit kun har udgjort ca. 0,2 % af driftsbudgettet i de berørte organisationer. Derved har midlerne haft et begrænset omfang, som opleves ude af trit med udmøntningsplanens krav om monitorering, de specifikke anvisninger for organisering, fælles kvalitetsudviklingsarbejde og ikke mindst de ambitiøse forventninger til dokumentation af resultater og evaluering. Derfor var der også stor tilfredshed med, at de udmeldte krav om dokumentation for antallet af koordinerede forløb blev trukket tilbage i sommeren 2014.

Et andet forhold, som har optaget de fagpersoner og ledere, der er involveret i udmøntningen af indsatsen, er, at der i indsatsens udmøntningsplan er et eksplicit fokus på, at midlerne skal anvendes til at oprette fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorfunktioner bemandet med forløbskoordinatorer. Dette fokus ses dels som en modsætning til, at det i udmøntningsplanen også fremgår, at der så vidt muligt ikke skal oprettes nye funktioner, samt at de igangsatte indsatser efter projektperioden skal kunne videreføres inden for rammerne af den eksisterende drift. Dels som en modsætning til store dele af den viden om arbejdet med forløbskoordination, der inden for de seneste år er skabt i Danmark, fordi denne netop peger på, at god forløbskoordination handler om mange andre forhold end ansættelse af nye koordinatorer.

#### **Balance mellem valgt model for udmøntning og design af evaluering**

Det har løbende været nødvendigt at tilpasse evalueringen til den faktiske udmøntning, der er valgt i regioner og kommuner. Den virkelighed, evalueringen har skullet imødekomme, knytter sig til, at kommuner og regioner i høj grad har anvendt midlerne til at styrke eksisterende driftsfunktioner, mens evalueringen var designet til at undersøge og dokumentere resultaterne fra sammenhængende og tværsektorielle modeller for forløbskoordination. Evalueringen har derfor fået en mere overordnet og deskriptiv karakter, end det var tiltænkt fra starten, ligesom de cases, der er undersøgt nærmere, allerede var etableret forud for indsatsen vedrørende forløbskoordination.

Det fremstår i den forbindelse som en væsentlig pointe, at evalueringer, der forventes at dokumentere effekter, skal matches med projekter, der afprøver veldefinerede indsatser, hvor der er en patientgruppe, der kan måles på. Når midlerne er fordelt bredt og udgør en lille del af driften de steder, hvor de er udmøntet, kan det være en fordel at evaluere effekten af udvalgte veldefinerede indsatser, som midlerne medvirker til at finansiere, snarere end at søge at evaluere effekten af de tildelte midler. Casestudierne, der er gennemført som led i denne evaluering (2), udgør et godt eksempel på, hvordan denne fremgangsmåde kan tilvejebringe viden om både effekter og omkostninger forbundet med en given indsats.

# Litteratur

- (1) Buch MS, Jakobsen M. Evaluering af indsats for forløbskoordination – midtvejsrapport. København: KORA; 2016.
- (2) Buch MS, Jakobsen M, Kolodziejczyk C, Ladekjær E: Evaluering af indsats for forløbskoordination –erfaringer med fremskudt visitation i fire kommuner. København: KORA; 2016.
- (3) Coulter A. Patient Engagement – What works? Journal of Ambulatory Care Management. 2012 Apr-Jun;35(2):80-9.
- (4) Eriksen, NK, Simonsen RL, Nygaard SM. Evaluering af forløbskoordination. Herlev og Gentofte Hospital, Kvalitet og udvikling, juni 2016
- (5) Sivertsen DM et al. Evaluering af geriatrisk forløbskoordination i Gastroenterologisk Enhed, Hvidovre Hospital. Amager og Hvidovre Hospital juni 2016.
- (6) Buch MS, Boll-Hansen E, Jørgensen MM: Evaluering af kommunikationsaftale for indlæggelse og udskrivning i Region Hovedstaden. København: KORA; 2014.
- (7) Oxholm A., Kellberg J, Delrapport fra Vestklyngen i Region Midtjylland: Erfaringer med opfølgende hjemmebesøg. 2. udg. København: KORA; 2012.
- (8) Møller MCR. Billeder - en antropologisk undersøgelse af tværsektorielle patientforløb. Erfaret og fortalt af patienter, pårørende og personale. [U.st.]: Region Midtjylland; 2013.
- (9) Coleman EA, Parry C, Chalmers, S, Min, S.-J. The care transitions intervention. Results of a randomized controlled trial, Archives of Internal Medicine 2006;166(17):1822-8.
- (10) Rangachari P, Bhat, A, Seol, Y. Using the "Customer Service Framework" to successfully implement patient- and family-centered care. Quality Management in Healthcare, 2011;20(3):179-97.
- (11) Brorholt G, Nielsen KVL, Kjellberg, PK. Borgernes sundhedsvæsen – frontpersonalets perspektiv. København: KORA; 2015.
- (12) Holm-Petersen C, Navne LE. Ledelse af brugerinddragelse- tre case baserede eksempler. København: KORA; 2013.

# Bilag 1 Interviewguide – ledere og projektdeltagere ved projektafslutning

- Introduktion til interviewform
- Præsentation af interviewer og referent, samt kort præsentation evaluering/formål med interview
- Evaluering af puljens/prioriterede indsatsers resultater – fokus erfaringer, læring, hvad I tager med videre, anbefalinger til det videre arbejde. Refleksioner over forløbet etc.

Præsentation af interviewdeltagere (navn, stilling og evt. særlige opgaver og ansvarsområder med relevans for puljemidlerne).

Spørgsmål inden vi går i gang?

## **Organisering af samarbejdet om puljen**

- Beskriv, hvordan det er gået med at udmønte de planlagte indsatser
  - Udfordringer og succeser?
  - Ledelsesmæssig forankring?
- I udmøntningsplanen er der lagt op til tillægsaftale under sundhedsaftalerne, som sætter en fælles og forpligtende ramme for puljemidlerne. Hvad tænker I om den fremgangsmåde i dag?
  - Styrker og svagheder ved jeres projektorganisation?
- Hvilke resultater er skabt?
  - Lokale evalueringer og erfaringsopsamling som kan understøtte slutevalueringen?

## **Implementering og anvendelse af MedCom-standarder**

Væsentlig antagelse om udmøntningen af puljen (og den skriftlige kommunikation om indlæggelses- og udskrivningsforløb i det hele taget), at den understøttes af MedCom-standarder.

- Oplevede effekter af MedCom:
  - Rettidighed?
  - Målrettet indhold?
  - Smidigere kommunikation og koordinering?
  - Udfordringer – forbedringspotentialer?
- Hvilke planer er der lagt for videre konsolidering af MedCom?
- Hvordan fungerer MedCom/hvordan følger I op på anvendelsen – fx via audits?

## **Opfølgende hjemmebesøg**

- Kobling til opfølgende hjemmebesøg – hvordan? Udfordringer? (også for gennemførelse af de opfølgende hjemmebesøg).
- Opsporing, screening, effektivering af besøg?
- Noget nyt siden sidste interviewrunde?

## **Patient- og pårørendeinddragelse**

- Status/planer for pårørendeinddragelse i forbindelse med forløbskoordinationen?
  - Udfordringer for patient- og pårørendeinddragelse?

- Har I nogle eksempler på indsatser, der arbejder målrettet med patient- og pårørende-inddragelse?
- Hvor langt er I nået i projektperioden/hvilke resultater er skabt?
- Hvordan planlægger I at anvende resultater og erfaringer fremadrettet?

### **Afrunding**

- Synes I, der er noget, vi mangler at spørge om/pointer der skal uddybes?
- Har I spørgsmål til os?

## Bilag 2 Resultater af spørgeskemaundersøgelsen

Der er anvendt Chi<sup>2</sup>-test til at undersøge, om der er statistisk signifikante forskelle i besvarelsen af spørgeskemaet i foråret 2016 (3. runde) sammenlignet med foråret 2014 (1. runde). Statistisk signifikante ændringer er fremhævet med blå kursiv skrift.

		Kommune/region			
		1. runde kommune	3. runde kommune	1. runde hospital	3. runde hospital
		N=213	N=151	N=209	N=162
1. Hvad er din stilling? (Kun et svar. Har du flere stillinger, bedes du sætte kryds ved den stilling, som du primært beskæftiger dig med)	Hospitalslæge	0 %	0 %	15 %	17 %
	Hospitalsansat sygeplejerske	1 %	0 %	61 %	57 %
	Kommunal visitator	32 %	32 %	0 %	0 %
	Kommunal hjemmesygeplejerske	29 %	22 %	1 %	0 %
	Andet	38 %	46 %	23 %	25 %

		Kommune/region			
		1. runde kommune	3. runde kommune	1. runde hospital	3. runde hospital
		N=213	N=151	N=209	N=162
2. Hvor arbejder du? (Kun et svar. Hvis du arbejder flere steder, bedes du sætte kryds ved din primære arbejdsplads)	Sygehus	1 %	1 %	99 %	100 %
	Kommune	99 %	99 %	1 %	0 %

		Kommune/region			
		1. runde kommune	3. runde kommune	1. runde hospital	3. runde hospital
		N=213	N=151	N=209	N=162
3. Hvilken region befinder din (primære) arbejdsplads sig i?	Region Nordjylland	17 %	14 %	17 %	13 %
	Region Midtjylland	18 %	19 %	29 %	30 %
	Region Syddanmark	22 %	23 %	21 %	20 %
	Region Sjælland	22 %	21 %	16 %	18 %
	Region Hovedstaden	21 %	23 %	17 %	19 %

		Kommune/region			
		1. runde kommune	3. runde kommune	1. runde hospital	3. runde hospital
		N=212	N=151	N=208	N=162
4. Er du tilfreds med de nuværende rammer for at udføre dit arbejde, alt taget i betragtning?	I ringe grad	3 %	5 %	7 %	6 %
	I nogen grad	33 %	40 %	47 %	44 %
	I høj grad	45 %	40 %	36 %	41 %
	I meget høj grad	16 %	13 %	10 %	10 %
	Ved ikke/ikke relevant	2 %	1 %	0 %	0 %

		Kommune/region			
		1. runde kommune	3. runde kommune	1. runde hospital	3. runde hospital
		N=210	N=149	N=205	N=159
5. Er der efter din vurdering tilstrækkelig sammenhæng i forløb for særligt svækkede medicinske patienter?	I ringe grad	17 %	15 %	14 %	13 %
	I nogen grad	72 %	69 %	70 %	75 %
	I høj grad	10 %	14 %	15 %	11 %
	I meget høj grad	0 %	1 %	1 %	1 %
	Ved ikke/ikke relevant	1 %	1 %	0 %	1 %



	Kommune / region			
	1. runde kommune	3. runde kommune	1. runde hospital	3. runde hospital
	N=209	N=149	N=202	N=159
6a. Hvilke forudsætninger savner du for at skabe bedre sammenhæng i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? (Evt. flere svar) - Tid til indsatsen	35 %	49 %	47 %	77 %
6b. Hvilke forudsætninger savner du for at skabe bedre sammenhæng i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? (Evt. flere svar) - Informationer fra andre sektorer	43 %	52 %	29 %	46 %
6c. Hvilke forudsætninger savner du for at skabe bedre sammenhæng i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? (Evt. flere svar) - Bedre samarbejde med andre sektorer	58 %	76 %	41 %	62 %
6d. Hvilke forudsætninger savner du for at skabe bedre sammenhæng i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? (Evt. flere svar) - Bedre samarbejde inden for sektorer	29 %	43 %	17 %	31 %
6e. Hvilke forudsætninger savner du for at skabe bedre sammenhæng i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? (Evt. flere svar) - Viden om de tilbud, der findes i andre sektorer	20 %	19 %	31 %	45 %
6f. Hvilke forudsætninger savner du for at skabe bedre sammenhæng i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? (Evt. flere svar) - Faglige kompetencer	12 %	28 %	11 %	22 %
6g. Hvilke forudsætninger savner du for at skabe bedre sammenhæng i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? (Evt. flere svar) - It-understøttelse eller værktøjer	24 %	32 %	17 %	23 %
6h. Hvilke forudsætninger savner du for at skabe bedre sammenhæng i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? (Evt. flere svar) - Fysiske rammer	4 %	6 %	10 %	22 %
6i. Hvilke forudsætninger savner du for at skabe bedre sammenhæng i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? (Evt. flere svar) - Ledelsesfokus/prioritering	17 %	19 %	15 %	21 %
6j. Hvilke forudsætninger savner du for at skabe bedre sammenhæng i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? (Evt. flere svar) - Ved ikke/ikke relevant	1 %	3 %	1 %	0 %

	Kommune / region				
	1. runde kommune	3. runde kommune	1. runde hospital	3. runde hospital	
	N=208	N=147	N=202	N=157	
7. Oplever du, at du har tilstrækkelig viden om den enkelte patient i forhold til at løse dine arbejdsopgaver med særligt svækkede ældre medicinske patienter?	I ringe grad	4 %	5 %	2 %	2 %
	I nogen grad	55 %	54 %	38 %	46 %
	I høj grad	31 %	27 %	49 %	36 %
	I meget høj grad	6 %	3 %	8 %	13 %
	Ved ikke/ikke relevant	4 %	10 %	2 %	4 %

	Kommune / region				
	1. runde kommune	3. runde kommune	1. runde hospital	3. runde hospital	
	N=208	N=146	N=202	N=155	
8a. Oplever du, at I på tværs af sektorer har et fælles defineret mål for patientforløbet?	I ringe grad	36 %	34 %	28 %	24 %
	I nogen grad	53 %	55 %	56 %	56 %
	I høj grad	9 %	8 %	12 %	15 %
	I meget høj grad	1 %	1 %	3 %	2 %
	Ved ikke/ikke relevant	1 %	1 %	1 %	3 %

		Kommune / region			
		1. runde kommune	3. runde kommune	1. runde hospital	3. runde hospital
		N=208	N=146	N=202	N=155
8b. Oplever du, at I på tværs af sektorer har viden om hinandens arbejde?	I ringe grad	21 %	22 %	23 %	21 %
	I nogen grad	66 %	66 %	65 %	66 %
	I høj grad	10 %	12 %	10 %	12 %
	I meget høj grad	2 %	0 %	1 %	1 %
	Ved ikke/ikke relevant	1 %	1 %	1 %	0 %

		Kommune / region			
		1. runde kommune	3. runde kommune	1. runde hospital	3. runde hospital
		N=208	N=146	N=202	N=155
8c. Oplever du, at I på tværs af sektorer har nemt ved at samarbejde om patientforløbene?	I ringe grad	21 %	19 %	9 %	10 %
	I nogen grad	62 %	66 %	70 %	69 %
	I høj grad	16 %	12 %	20 %	17 %
	I meget høj grad	1 %	1 %	1 %	3 %
	Ved ikke/ikke relevant	0 %	1 %	0 %	0 %

		Kommune / region			
		1. runde kommune	3. runde kommune	1. runde hospital	3. runde hospital
		N=208	N=146	N=202	N=155
8d. Oplever du, at I på tværs af sektorer har gensidig respekt for hinandens arbejdsopgaver?	I ringe grad	8 %	9 %	6 %	5 %
	I nogen grad	61 %	59 %	55 %	52 %
	I høj grad	29 %	25 %	37 %	35 %
	I meget høj grad	1 %	4 %	2 %	7 %
	Ved ikke/ikke relevant	1 %	3 %	0 %	1 %

		Kommune / region			
		1. runde kommune	3. runde kommune	1. runde hospital	3. runde hospital
		N=206	N=146	N=202	N=154
9a. Oplever du, at I inden for din egen sektor har et fælles defineret mål for patientforløbet?	I ringe grad	7 %	7 %	4 %	7 %
	I nogen grad	49 %	48 %	46 %	48 %
	I høj grad	39 %	40 %	43 %	36 %
	I meget høj grad	5 %	4 %	8 %	8 %
	Ved ikke/ikke relevant	1 %	1 %	0 %	1 %

		Kommune / region			
		1. runde kommune	3. runde kommune	1. runde hospital	3. runde hospital
		N=206	N=146	N=202	N=153
9b. Oplever du, at I inden for din egen sektor har viden om hinandens arbejde?	I ringe grad	3 %	4 %	2 %	3 %
	I nogen grad	42 %	40 %	34 %	42 %
	I høj grad	48 %	47 %	54 %	40 %
	I meget høj grad	7 %	8 %	9 %	14 %
	Ved ikke/ikke relevant	1 %	1 %	0 %	0 %

		Kommune / region			
		1. runde kommune	3. runde kommune	1. runde hospital	3. runde hospital
		N=206	N=146	N=202	N=153
9c. Oplever du, at I inden for din egen sektor har nemt ved at samarbejde om patientforløbene?	I ringe grad	3 %	3 %	2 %	5 %
	I nogen grad	42 %	51 %	45 %	46 %
	I høj grad	48 %	42 %	43 %	37 %
	I meget høj grad	6 %	3 %	11 %	12 %
	Ved ikke/ikke relevant	1 %	1 %	0 %	0 %

		Kommune / region			
		1. runde kommune	3. runde kommune	1. runde hospital	3. runde hospital
		N=206	N=146	N=202	N=153
9d. Oplever du, at I inden for din egen sektor har gensidig respekt for hinandens arbejdsopgaver?	I ringe grad	1 %	3 %	1 %	1 %
	I nogen grad	33 %	33 %	31 %	39 %
	I høj grad	54 %	51 %	52 %	42 %
	I meget høj grad	11 %	11 %	15 %	18 %
	Ved ikke/ikke relevant	1 %	1 %	0 %	0 %

		Kommune / region			
		1. runde kommune	3. runde kommune	1. runde hospital	3. runde hospital
		N=203	N=146	N=202	N=151
10a. Hvordan oplever du koordinationen mellem sektorer af forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? - Koordinationen af patientforløb mellem almen praksis og sygehus fungerer godt	I ringe grad	18 %	21 %	19 %	13 %
	I nogen grad	36 %	38 %	53 %	63 %
	I høj grad	3 %	4 %	11 %	9 %
	I meget høj grad	0 %	1 %	1 %	1 %
	Ved ikke/ikke relevant	42 %	36 %	15 %	14 %

		Kommune / region			
		1. runde kommune	3. runde kommune	1. runde hospital	3. runde hospital
		N=203	N=146	N=202	N=151
10b. Hvordan oplever du koordinationen mellem sektorer af forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? - Koordinationen af patientforløb mellem sygehus og kommune fungerer godt	I ringe grad	12 %	13 %	8 %	4 %
	I nogen grad	64 %	63 %	61 %	66 %
	I høj grad	22 %	20 %	28 %	27 %
	I meget høj grad	1 %	1 %	2 %	2 %
	Ved ikke/ikke relevant	1 %	3 %	0 %	1 %

		Kommune / region			
		1. runde kommune	3. runde kommune	1. runde hospital	3. runde hospital
		N=203	N=146	N=202	N=151
10c. Hvordan oplever du koordinationen mellem sektorer af forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? - Koordinationen af patientforløb mellem kommune og almen praksis fungerer godt	I ringe grad	9 %	6 %	2 %	6 %
	I nogen grad	53 %	49 %	25 %	23 %
	I høj grad	25 %	29 %	3 %	3 %
	I meget høj grad	1 %	1 %	0 %	1 %
	Ved ikke/ikke relevant	11 %	14 %	69 %	68 %

		Kommune / region			
		1. runde kommune	3. runde kommune	1. runde hospital	3. runde hospital
		N=203	N=145	N=201	N=151
11a. Hvordan oplever du ansvarsfordelingen mellem sektorer i relation til særligt svækkede ældre medicinske patienter? - Fordelingen af opgaver og roller mellem almen praksis og sygehus er klar	I ringe grad	9 %	12 %	10 %	9 %
	I nogen grad	37 %	39 %	50 %	46 %
	I høj grad	12 %	10 %	22 %	24 %
	I meget høj grad	1 %	1 %	1 %	4 %
	Ved ikke/ikke relevant	41 %	37 %	16 %	17 %

		Kommune / region			
		1. runde kommune	3. runde kommune	1. runde hospital	3. runde hospital
		N=203	N=145	N=201	N=151
11b. Hvordan oplever du ansvarsfordelingen mellem sektorer i relation til særligt svækkede ældre medicinske patienter? - Fordelingen af opgaver og roller mellem sygehus og kommune er klar	I ringe grad	5 %	10 %	6 %	7 %
	I nogen grad	53 %	60 %	53 %	49 %
	I høj grad	37 %	25 %	35 %	36 %
	I meget høj grad	3 %	3 %	4 %	4 %
	Ved ikke/ikke relevant	2 %	2 %	1 %	4 %

		Kommune / region			
		1. runde kommune	3. runde kommune	1. runde hospital	3. runde hospital
		N=203	N=145	N=201	N=151
11c. Hvordan oplever du ansvarsfordelingen mellem sektorer i relation til særligt svækkede ældre medicinske patienter? - Fordelingen af opgaver og roller mellem kommune og almen praksis er klar	I ringe grad	5 %	6 %	1 %	2 %
	I nogen grad	48 %	42 %	22 %	23 %
	I høj grad	33 %	34 %	6 %	5 %
	I meget høj grad	2 %	3 %	0 %	1 %
	Ved ikke/ikke relevant	12 %	14 %	71 %	70 %

		Kommune / region			
		1. runde kommune	3. runde kommune	1. runde hospital	3. runde hospital
		N=203	N=145	N=198	N=150
12a. Hvordan oplever du kommunikationen mellem sektorer i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? - Vi kommunikerer nok til, at vi har tilstrækkelig fælles viden om patienten	I ringe grad	24 %	22 %	17 %	19 %
	I nogen grad	66 %	58 %	65 %	69 %
	I høj grad	9 %	17 %	15 %	11 %
	I meget høj grad	1 %	1 %	2 %	1 %
	Ved ikke/ikke relevant	0 %	2 %	1 %	0 %

		Kommune / region			
		1. runde kommune	3. runde kommune	1. runde hospital	3. runde hospital
		N=203	N=145	N=198	N=149
12b. Hvordan oplever du kommunikationen mellem sektorer i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? - Informationerne fra de andre sektorer kommer tids nok	I ringe grad	22 %	20 %	24 %	26 %
	I nogen grad	67 %	71 %	59 %	56 %
	I høj grad	9 %	6 %	14 %	13 %
	I meget høj grad	1 %	1 %	1 %	3 %
	Ved ikke/ikke relevant	2 %	3 %	3 %	1 %

		Kommune / region			
		1. runde kommune	3. runde kommune	1. runde hospital	3. runde hospital
		N=203	N=145	N=198	N=149
12c. Hvordan oplever du kommunikationen mellem sektorer i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? - Informationerne fra de andre sektorer er relevante og målrettet mine behov	I ringe grad	24 %	14 %	20 %	22 %
	I nogen grad	63 %	68 %	63 %	60 %
	I høj grad	12 %	14 %	14 %	12 %
	I meget høj grad	0 %	0 %	1 %	3 %
	Ved ikke/ikke relevant	1 %	3 %	3 %	3 %

		Kommune / region			
		1. runde kommune	3. runde kommune	1. runde hospital	3. runde hospital
		N=203	N=145	N=198	N=149
12d. Hvordan oplever du kommunikationen mellem sektorer i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? Jeg har mulighed for dialog med relevante samarbejdspartner fra andre sektorer, når der opstår problemstillinger i patientforløbet	I ringe grad	11 %	12 %	8 %	11 %
	I nogen grad	39 %	45 %	49 %	50 %
	I høj grad	41 %	32 %	34 %	32 %
	I meget høj grad	6 %	8 %	7 %	7 %
	Ved ikke/ikke relevant	2 %	3 %	2 %	1 %

		Kommune / region			
		1. runde kommune	3. runde kommune	1. runde hospital	3. runde hospital
		N=203	N=145	N=198	N=148
13a. Hvordan oplever du den skriftlige kommunikation mellem kommune og sygehus ved indlæggelsen af særligt svækkede ældre medicinske patienter? - Alle relevante oplysninger udveksles mellem kommune og sygehus ved indlæggelsen	I ringe grad	20 %	21 %	41 %	38 %
	I nogen grad	49 %	60 %	41 %	53 %
	I høj grad	19 %	11 %	10 %	7 %
	I meget høj grad	1 %	0 %	1 %	0 %
	Ved ikke/ikke relevant	11 %	8 %	7 %	2 %

		Kommune / region			
		1. runde kommune	3. runde kommune	1. runde hospital	3. runde hospital
		N=203	N=145	N=198	N=148
13b. Hvordan oplever du den skriftlige kommunikation mellem kommune og sygehus ved indlæggelsen af særligt svækkede ældre medicinske patienter? - Oplysninger udveksles rettidigt mellem kommune og sygehus ved indlæggelsen	I ringe grad	13 %	14 %	26 %	30 %
	I nogen grad	51 %	54 %	51 %	48 %
	I høj grad	24 %	16 %	13 %	16 %
	I meget høj grad	2 %	3 %	1 %	2 %
	Ved ikke/ikke relevant	11 %	12 %	9 %	5 %

		Region		
		1. runde hospital	3. runde hospital	
		N=196	N=148	
14. Hvordan oplever du den skriftlige kommunikation mellem henvisende/egen læge og sygehus ved indlæggelsen af særligt svækkede ældre medicinske patienter? - Alle relevante oplysninger udveksles mellem henvisende/egen læge og sygehus ved indlæggelsen	I ringe grad		17 %	16 %
	I nogen grad		40 %	36 %
	I høj grad		6 %	9 %
	I meget høj grad		1 %	1 %
	Ved ikke/ikke relevant		37 %	37 %

		Kommune / region			
		1. runde kommune	3. runde kommune	1. runde hospital	3. runde hospital
		N=203	N=145	N=198	N=147
15. I hvilken grad oplever du, at der lægges en fælles skriftlig plan mellem sygehus og kommune for udskrivelsen af særligt svækkede ældre medicinske patienter? - Der lægges en fælles skriftlig plan for udskrivelsen mellem sygehus og kommune	I ringe grad	29 %	24 %	15 %	15 %
	I nogen grad	41 %	52 %	39 %	42 %
	I høj grad	23 %	16 %	30 %	33 %
	I meget høj grad	3 %	3 %	9 %	8 %
	Ved ikke/ikke relevant	4 %	5 %	7 %	3 %

		Kommune / region			
		1. runde kommune	3. runde kommune	1. runde hospital	3. runde hospital
		N=203	N=145	N=198	N=147
16. I hvilken grad oplever du, at der gives skriftlig melding fra sygehus til kommune om færdigbehandling af særligt svækkede ældre medicinske patienter? - Der gives skriftlig melding fra sygehus til kommune om færdigbehandling	I ringe grad	9 %	5 %	3 %	1 %
	I nogen grad	29 %	28 %	14 %	12 %
	I høj grad	43 %	49 %	50 %	46 %
	I meget høj grad	12 %	12 %	23 %	32 %
	Ved ikke/ikke relevant	7 %	6 %	10 %	10 %

		Kommune / region			
		1. runde kommune	3. runde kommune	1. runde hospital	3. runde hospital
		N=203	N=145	N=197	N=147
17a. Hvordan oplever du den skriftlige kommunikation mellem kommune og sygehus ved udskrivelsen af særligt svækkede ældre medicinske patienter? - Alle relevante oplysninger udveksles mellem kommune og sygehus ved udskrivelsen	I ringe grad	23 %	21 %	3 %	3 %
	I nogen grad	57 %	63 %	42 %	46 %
	I høj grad	15 %	12 %	41 %	38 %
	I meget høj grad	1 %	0 %	6 %	9 %
	Ved ikke/ikke relevant	3 %	4 %	9 %	4 %

		Kommune / region			
		1. runde kommune	3. runde kommune	1. runde hospital	3. runde hospital
		N=203	N=145	N=197	N=147
17b. Hvordan oplever du den skriftlige kommunikation mellem kommune og sygehus ved udskrivelsen af særligt svækkede ældre medicinske patienter? - Oplysninger udveksles rettidigt mellem kommune og sygehus ved udskrivelsen	I ringe grad	11 %	10 %	3 %	3 %
	I nogen grad	65 %	66 %	40 %	36 %
	I høj grad	20 %	19 %	40 %	44 %
	I meget høj grad	1 %	1 %	7 %	12 %
	Ved ikke/ikke relevant	3 %	4 %	10 %	5 %

		Region	
		1. runde hospital	3. runde hospital
		N=195	N=147
18a. Hvordan oplever du den skriftlige kommunikation mellem sygehus og egen læge ved udskrivelsen af særligt svækkede ældre medicinske patienter? - Alle relevante oplysninger udveksles mellem sygehus og egen læge ved udskrivelsen	I ringe grad	5 %	3 %
	I nogen grad	31 %	23 %
	I høj grad	27 %	31 %
	I meget høj grad	5 %	10 %
	Ved ikke/ikke relevant	32 %	33 %

		Region	
		1. runde hospital	3. runde hospital
		N=195	N=147
18b. Hvordan oplever du den skriftlige kommunikation mellem sygehus og egen læge ved udskrivelsen af særligt svækkede ældre medicinske patienter? - Udskrivningsbrev/epikrise sendes rettidigt fra sygehus til egen læge	I ringe grad	7 %	4 %
	I nogen grad	19 %	20 %
	I høj grad	26 %	34 %
	I meget høj grad	11 %	13 %
	Ved ikke/ikke relevant	37 %	29 %

		Kommune / region			
		1. runde kommune	3. runde kommune	1. runde hospital	3. runde hospital
		N=203	N=145	N=197	N=147
19a. Følger I MedCom-standarder for den skriftlige kommunikation?	Ja	60 %	60 %	34 %	50 %
	Delvist	20 %	22 %	11 %	9 %
	Nej	3 %	2 %	4 %	1 %
	Ved ikke/ikke relevant	17 %	15 %	51 %	40 %

		Kommune / region			
		1. runde kommune	3. runde kommune	1. runde hospital	3. runde hospital
		N=161	N=120	N=89	N=85
19b. Hvordan oplever du MedCom-rapporternes anvendelighed som værktøj til kommunikation mellem sektorer? - MedCom-rapporternes indhold er tilfredsstillende	I ringe grad	15 %	14 %	12 %	8 %
	I nogen grad	60 %	65 %	62 %	53 %
	I høj grad	20 %	13 %	12 %	25 %
	I meget høj grad	0 %	1 %	0 %	1 %
	Ved ikke/ikke relevant	6 %	7 %	13 %	13 %

		Kommune / region			
		1. runde kommune	3. runde kommune	1. runde hospital	3. runde hospital
		N=161	N=120	N=89	N=85
19c. Hvordan oplever du MedCom-rapporternes anvendelighed som værktøj til kommunikation mellem sektorer? - MedCom-rapporternes læsevenlighed er tilfredsstillende	I ringe grad	24 %	14 %	20 %	18 %
	I nogen grad	46 %	56 %	46 %	42 %
	I høj grad	24 %	21 %	20 %	25 %
	I meget høj grad	1 %	2 %	0 %	1 %
	Ved ikke/ikke relevant	6 %	8 %	13 %	14 %

		Kommune / region			
		1. runde kommune	3. runde kommune	1. runde hospital	3. runde hospital
		N=203	N=145	N=197	N=146
20. Er der efter din vurdering tilstrækkelig inddragelse af patienter og pårørende i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter?	I ringe grad	9 %	11 %	5 %	10 %
	I nogen grad	64 %	59 %	42 %	51 %
	I høj grad	22 %	17 %	44 %	28 %
	I meget høj grad	2 %	3 %	9 %	11 %
	Ved ikke/ikke relevant	3 %	9 %	1 %	0 %

	Kommune / region			
	1. runde kommune	3. runde kommune	1. runde hospital	3. runde hospital
	N=201	N=145	N=197	N=146
21a. Hvilke forudsætninger savner du for at kunne inddrage patienter og pårørende bedre i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? (Evt. flere svar) - Faglige kompetencer i forhold til patient- og pårørendeinddragelse	12 %	23 %	8 %	14 %
21b. Hvilke forudsætninger savner du for at kunne inddrage patienter og pårørende bedre i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? (Evt. flere svar) - Afstemning af pårørende og patienters forventninger	53 %	74 %	43 %	57 %
21c. Hvilke forudsætninger savner du for at kunne inddrage patienter og pårørende bedre i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? (Evt. flere svar) - Tilstrækkelig tid	33 %	45 %	47 %	72 %
21d. Hvilke forudsætninger savner du for at kunne inddrage patienter og pårørende bedre i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? (Evt. flere svar) - Tilstrækkelige ressourcer	33 %	44 %	36 %	52 %
21e. Hvilke forudsætninger savner du for at kunne inddrage patienter og pårørende bedre i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? (Evt. flere svar) - Et kollektivt fagligt miljø, der understøtter patient- og pårørendeinddragelsen	30 %	42 %	21 %	31 %
21f. Hvilke forudsætninger savner du for at kunne inddrage patienter og pårørende bedre i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? (Evt. flere svar) - Ledelsesmæssig prioritering af patient-/pårørendeinddragelse	13 %	23 %	14 %	18 %
21g. Hvilke forudsætninger savner du for at kunne inddrage patienter og pårørende bedre i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? (Evt. flere svar) - Fysiske rammer	5 %	11 %	14 %	30 %
21h. Hvilke forudsætninger savner du for at kunne inddrage patienter og pårørende bedre i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter? (Evt. flere svar) - Ved ikke/ikke relevant	5 %	7 %	2 %	1 %

		Kommune / region			
		1. runde kommune	3. runde kommune	1. runde hospital	3. runde hospital
		N=201	N=145	N=197	N=146
22. Hvordan oplever du kommunikationen med særligt svækkede ældre medicinske patienter og deres pårørende ved udskrivelse fra sygehus? - Der er en velfungerende kommunikation med patienter og pårørende ved udskrivelse fra sygehus	I ringe grad	12 %	10 %	3 %	3 %
	I nogen grad	59 %	67 %	43 %	49 %
	I høj grad	17 %	14 %	44 %	38 %
	I meget høj grad	1 %	1 %	6 %	5 %
	Ved ikke/ikke relevant	10 %	9 %	5 %	4 %

		Kommune / region			
		1. runde kommune	3. runde kommune	1. runde hospital	3. runde hospital
		N=201	N=145	N=197	N=146
23. I hvilken grad oplever du, at særligt svækkede ældre medicinske patienter og deres pårørende deltager aktivt i planlægningen af udskrivningsforløbet? - Patienter og pårørende er aktivt involverede i planlægningen af udskrivningsforløbet	I ringe grad	20 %	17 %	6 %	10 %
	I nogen grad	56 %	56 %	48 %	46 %
	I høj grad	12 %	10 %	34 %	32 %
	I meget høj grad	1 %	2 %	6 %	8 %
	Ved ikke/ikke relevant	11 %	14 %	6 %	4 %

		Kommune / region			
			3. runde kommune		3. runde hospital
			N=145		N=146
24a. Kender du til kommunale og/eller regionale aktiviteter, som er helt eller delvist finansieret af puljen til forløbskoordination for særligt svækkede ældre medicinske patienter?	Ja		45 %		30 %
	Nej		55 %		70 %



		Kommune / region	
		3. runde kommune	3. runde hospital
		N=65	N=43
24b. Oplever du, at disse aktiviteter finansieret af puljen har medvirket til at forbedre samarbejdet om særligt svækkede ældre medicinske patienter?	I ringe grad	9 %	9 %
	I nogen grad	52 %	49 %
	I høj grad	25 %	28 %
	I meget høj grad	2 %	7 %
	Ved ikke/ikke relevant	12 %	7 %

*Spørgsmål 25. Hvis du har andre kommentarer om samarbejdet om særligt svækkede ældre medicinske patienter, kan du skrive dem her:*

Kategorisering	Kommunale fagpersoners kommentarer
Forløb er ikke planlagt ved udskrivelse	Jeg oplever, at pt er meget svækkede ved udskrivelsen, at der ikke er lagt et klart forløb efter udskrivelsen.
Få aflastningspladser	Der er alt for få aflastningspladser til de sårbare ældre efter en udskrivelse og derved alt for mange genindlæggelser
Træning gavner borgerne, men hjemmepleje mangler ressourcer at fortsætte træning	Arbejder i en stor kommune, der har meget fokus på rehabilitering af særligt svækkede borgere. Der laves sygeplejefaglige udredninger. Der medinddrages terapeuter og synes borgerne får meget ud af det på kort sigt. På langt sigt er det et problem, at hjemmeplejen ikke har tid til at bruge de ressourcer, borgeren har opnået. Det er demotiverende for både borger og systemet. Tror, man skal kigge på opdeling af ressourcer og mere målrette træning/aktivitet til det, der er borgerens mål at kunne i og uden for hjemmet.
Borgerne udskrives for hurtigt	Mange borgere udskrives meget ofte, inden man ser, om en medicinændring har den ønskede virkning. Der er ofte et stort pres fra de pårørende om genindlæggelse, hvis borgerens tilstand forværres umiddelbart efter udskrivelsen, også hvis det drejer sig om problematikker, som kan løses i samarbejde med almen praksis.
For lidt viden om hindeans behov ved MedCom-kommunikation	Modtageren af indlæggelsesrapporten bør definere, hvilke oplysninger de har behov for, modtageren af plejeforløbsplanerne bør definere, hvilke oplysninger de har behov for, modtageren af udskrivningsrapporten bør definere, hvilke oplysninger de har behov for. På den måde sikrer vi, at relevante oplysninger for den enkelte afdeling/enhed deles.
Hjemmesygepleje mangler oplysninger om sygdomsforløb ved udskrivelse	Der mangler ofte konkrete data om borgers diagnoser behandlingsmål for forløb, hvornår der skal følges op på behandling, udskrivningsrapport i forbindelse med udskrivning. Hvilket er kritisk i forhold til kommunens sygeplejersker, som generalister skal støtte op efter mange indlæggelser fra specialafdeling. Der er stor risiko for, at sygeplejerskerne overser tidlige tegn til komplikation på baggrund af for lidt viden i forbindelse med den konkrete udskrivelse. Der kunne med fordel laves forløbskoordination af hjemmesygeplejerske, som henter borgeren hjem fra indlæggelse og sikre flere data om forløbene.
MedCom opleves som en begrænsning for ønsket viden	MedCom: Sygeplejeindsatser kan ikke skrives. Der står sygepleje ja/nej, og det er ikke godt nok. Der kunne stå sygepleje og dermed åbne op for beskrivelse af sygeplejen - som det er nu, skriver afdelingen blot ja eller nej (lukket spørgsmål). Der kunne også være et felt vedrørende udskillelser. Indlæggelser/genindlæggelser er ofte forårsaget af urinvejsinfektion eller forstoppelse. MedCom er fortrinsvis knyttet op på servicelovsydelser og ikke så meget med fokus på sundhedslovsydelser og dette til trods for, at borgerne bliver hurtigere udskrevet og mere syge/svækket og derfor særlig behov for koordinering af sygepleje og sygeplejeindsatser. Den ældre medicinske patient er en voksende gruppe, og hvordan hjælper vi dem på vej? Jeg ser nu også kirurgiske ældre patienter, som bliver skrøbelige fx efter hoftebrud. Ensomhed er et tabuemne, som også skal italesættes i kommunen, og at der også er tilbud til gruppen. Tværfaglighed praktiserende læge - kommune og sammen spotte de ældre og sætte ind sammen. Men hvem har den relationelle koordinering - det, tror jeg, er en stor udfordring i kommunen med de mange instanser, der er fagfordelt.
Behov for fokus på kirurgiske patienter også	

Kategorisering	Kommunale fagpersoners kommentarer
For lidt fælles viden	Der er ALT for lidt viden sektorerne imellem, så info og vejledning ift. kommunale indsatser kommer ikke frem, og pt/pårørende er for utrygge ved udskrivning. Eller sygehuset lover for meget, som kommunen ikke kan leve op til. Sygehuset har ingen viden om palliative indsatser i kommunen. I vores kommune har ledelsen valgt at sætte den dårligst uddannede til at udfylde MedCom-standarden Funktionsevnevurdering - og det bære det tydelig præg af. Mange sygehusafdelinger ved ikke, hvad en DÆMP pt. er og kender heller ikke kriterierne for dette.
For lidt fælles viden	Jeg oplever ofte, at personalet på sygehusene ikke kender til eller mangler vejledning om Den Ældre Medicinske Patient. Men oftest gerne vil modtage information. Personalet udtrykker ofte, at det er godt at vide, at kommunen og praktiserende læge gør en indsats, bl.a. for at undgå gentagne genindlæggelse.
Forbehold for svar	Mine besvarelser er på formodning, og det jeg hører i afdelingen - jeg har ikke fungeret som forløbskoordinator siden sommeren 2015.
Forbehold for svar	Min besvarelse bærer meget præg af, at jeg er ansat som it-underviser, så jeg har ingen borgerkontakt.
Forbehold for svar	Da jeg ikke er ansat i hjemmeplejen, afspejler mine svar en lidt anden vinkel, som skal ses i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse og dermed indsatser, som knytter sig til ind- og udskrivelser.
Implementering af sundhedsaftaler kniber	Gode intentioner er beskrevet formelt i vores sundhedsaftaler, men det kniber med implementeringen - det kræver tid, fokus og ledelsesmæssig opbakning. Der er brug for at praksis-sektoren også VIL deltage i indsatserne - og har den fornødne tid og fokus.
Opfølgende hjemmebesøg anvendes for lidt	Synes kendskabet til muligheden for de opfølgende hjemmebesøg med læge og kommune er alt for lidt brugt, vi har kun modtaget to fra sygehuset det sidste år, og så har vi selv foreslået nogle stykker. Vi bor desværre også i et område med stor lægemangel, så ressourcerne til dette tætte samarbejde er små.
Ønsker fælles journal	En fælles journal må være det optimale, når den svækkede ældre medicinske patient udskrives og indlægges, der opstår for mange uklarheder om den medicinske behandling.
MedCom-plejeforløbsplaner indeholder for lidt viden	Plejeforløbsplaner fra sygehuset er det ikke altid særligt oplysende. Nogle gange en kort beskrivelse omkring selve indlæggelse, nogle gange en "kort" beskrivelse af videre plan. Mange gange mangler der aktuell funktionsbeskrivelse. Derfor kontaktes sygehuset for at få yderligere oplysninger, så forløb kan koordineres. Der er lagt op til gensidig skriftlig kommunikation. Vi har en lang periode forsøgt kontakt til sygehuset, ved at svare/sendte plejeforløbsplaner retur med specifikke spørgsmål. Som regel er disse spørgsmål ikke blevet læst, da det er en sekretær, der trækker disse retursendte plejeforløbsplaner x 1-2 dagligt, og spørgsmål kommer sjældent videre til rette sygeplejerske. Dermed får vi intet svar, hvilket trækker sagen i langdrag, særligt hvis der er tale om udskrivelse samme dag, kan der jo være en del, der skal koordineres, og hvis vi ikke kan få svar, kan vi igen blive nødt til at ringe til sygehuset. Vi søger på plejeforløbsplaner mange gange i løbet af dagen, måske op til 10-15 gange, for at sikre flow. Den person, der starter en plejeforløbsplan, underskriver. Når vi får flere plejeforløbsplaner på samme borger, er det den samme underskrift, selv om plejeforløbsplanen er udfyldt af en anden person. Ofte er indholdet ikke tilrettet. Vi er dagligt i dialog vedrørende færdigbehandlingsdatoer på plejeforløbsplanen, med at de tilrettes, så dato står korrekt i forhold til det, der er aftalt med sygehuset. Det hænder, at vi får en tilsendt "færdigbehandling", også her kan dato ofte være forkert, og vi må sikre, at den korrekte sendes.
Udfordringer MedCom-kommunikation	
Korte indlæggelser presser det gode udskrivningsforløb	Frister for at få relevante tiltag på plads i forbindelse med udskrivelserne er blevet væsentligt inddækket med de seneste sundhedsaftaler. Det er ofte nødvendigt at bede om yderligere oplysninger/vurderinger inden udskrivelsen for at sikre det gode patientforløb. Borgerne bliver generelt udskrevet tidligere og tidligere, hvilket stiller større og større krav til kommunernes personale i forhold til kompetencer og tid, samt opsamling på behandlingsforløbet og sikring af bl.a. den rette medicin ved udskrivelsen. Flere og flere opgaver skubbes over i den primære sundhedssektor, så det snart er nødvendigt at oprette "mini"-geriatrike/langtidsmedicinske afdelinger i kommunerne.
Mangelfuld viden via MedCom	I vores MedCom-system kommer der kun automatisk besked om indlæggelse eller udskrivelse, hvis det drejer sig om en borger, som er i døgnplejeregion. Vi, der laver forebyggende hjemmebesøg (efter den nye lov hos borgere som er i særlig risiko for at få nedsat social, psykisk eller fysisk funktionsevne, helt ned til 65år), savner besked om den målgruppes indlæggelser. Da vi har en formodning om, at nogle borgere har mange

Kategorisering	Kommunale fagpersoners kommentarer
	indlæggelser, og vi regner med at kunne forebygge ved at svare på spørgsmål/se på medicin7, se på de hjemlige forhold o.m.a.
Godt gavn af udskrivningskoordinatorer, der arbejder på hospitalet	Vi har god gavn af tæt samarbejde med vores udskrivningskoordinatorer, der besøger hospitalerne, men indimellem kommer komplekse borgere hjem uden deres vidende.
Projekt- og puljetyranni forstyrrer langsigtet udvikling	Puljer giver kortvarigt fokus og forhindrer langsigtede indsatser.
Har fokus på patient- og pårørendeinddragelse, men det tager tid	Vi er godt i gang med borgere- og pårørendeinddragelse. Vi er ved at implementere metoder og tilpasse rammerne. Der er ledelsesmæssig opbakning, men det tager tid at få det i gang i organisationen.
Efterlyser mere direkte kontakt mellem kommune og hospital ved udskrivelse	Jeg mangler meget den direkte dialog mellem hjemmeplejen og hospitalet. Det er visitator, der har telefonisk kontakt til hospitalet. Hjemmepleje får kun elektronisk besked om behov for hjælp. Igen igen direkte kontakt. Venlig hilsen
Forbehold for besvarelse	Jeg har svaret Ved ikke/ikke relevant på en del spørgsmål. Det beror på, at jeg ikke er "ude i virkeligheden". OG så er det ikke sjovt at ende med at svare, at noget ikke er relevant, hvis det udelukkende er en mulighed at svare sådan, når jeg ikke ved det...
Specialisering udfordrer	Jo flere Specialer, der er involveret i den enkelte DÆMP pt., jo flere problemer/uafklaret spørgsmål opstår der. Stort problem omkring de pt., der er tilknyttet regionsklinik med skiftende læger!! Der bliver afholdt for få opfølgende samtaler mellem pt, (pårørende), læge og HSY.
Specialisering giver udfordringer.	Der er ingen, der tager det fulde ansvar rent behandlingsmæssigt for den svækkede borger. En nyrelæge kan sige, at borgeren skal drikke mindre og hvor en hjertemediciner kan sige, at borgeren skal drikke mindre for ikke at belaste hjertet. Borgeren bliver forvirret og ved ikke, hvad denne skal rette sig efter. Der er ingen sammenhæng, og hvert speciale passer sit. Der er behov for større ressourcer til at samle indsatsen omkring den svækkede borger. Kontaktlæge og kontaktsygeplejerske.
Behov for tovholder der tager et samlet ansvar	
Efterlyser tovholder	Jeg oplever, at mange ældre medicinske borgere er hægtet af og føler sig hægtet af egen situation i forbindelse med sygdom og behandling. Bliver ved kontakt henvist til andre afdelinger gange mange, da ingen har/påtager sig det overordnede ansvar i behandlingsforløbet. Det giver et større og større arbejde for hjemmesygeplejen at være tovholder for patientforløbet. Der er stadig mange mennesker, som ikke selv kan håndtere de mange aftaler eller kan håndtere it, de er klemte i dagens Danmark, også i sundhedssystemet, mærkeligt nok.
Forbehold for besvarelse	Jeg har haft svært ved at besvare spørgsmålene fyldestgørende på baggrund af min stilling som sundhedskonsulent. Jeg har udfyldt i det omfang, jeg mener, er korrekt.
Kommunen får for lidt viden om indlæggelsesforløbet	Oftentimes vides det ikke i kommunen, hvilket forløb patient/borger har været igennem under indlæggelsen. Diverse observationer gøres i blinde, idet hj.sygeplejen ikke ved, hvor fokus skal være.
Hurtigere indlæggelsesforløb giver udfordringer	Det er tydeligt, at patientforløbene på sygehuset er accelereret. Det gør, at de borgere, vi får hjem til hjemmeplejen, er betydelig mere svækkede end tidligere. Der er brug for mange flere hjælpemidler, bl.a. også flere plejesenge. En øget udfordring for den kommunale økonomi. Vi oplever, at der er flere genindlæggelser, fordi borgerne ikke er færdigbehandlede inden udskrivelsen. Genindlæggelser til stor ulempe for borgerne. Jeg oplever flere gange om ugen, at borgerne under deres indlæggelse ikke bliver mobiliseret, og at deres funktionsniveau er væsentligt nedsat på denne baggrund.
Vigtigt, at samarbejdet tager udgangspunkt i borgernes behov	Tænker, det afgørende, at udgangspunktet er borger/patient i fokus, >at grundlaget er en koordineret og afstemt borgerprofil, >at individuelle kompetencer prioriteres frem, og at bedste kompetencer bruges som rollemodel, >at alle er indstillet på at holde fokus på borger/patient, og ikke at borger/patient må indrette sig efter os, >at personale er deres rolle bevidst og klar til udfordring, >at der skabes ro ved implementering.
Efterlyser fælles mål for inddragelse af borgere	Bedre fælles mål med inddragelse af borgeren ville være gavnligt.
For meget variation. Geriatriks afdelinger er et foregangs eksempel	Der er stor variation i samarbejdet med sygehusafdelingerne ved udskrivelsen. Der er betydeligt bedre samarbejde om forløbet med de geriatriks afdelinger. Generelt er borger og pårørende ofte i tvivl om, hvad forløbet er og efterlyser større åbenhed.

Kategorisering	Kommunale fagpersoners kommentarer
Der mangler en læge, som tager ansvar for patientforløbet	Det kunne være ønskværdigt, at der under patientens indlæggelsesforløb er én læge, der står for koordineringen. Det er ofte således, at denne patientkategori er omkring flere afdelinger, og ingen har det overordnede overblik over, hvorvidt der er taget hånd om det hele, hvilket betyder, at patient/pårørende er meget frustreret og forvirret over, hvilke planer der er lagt ifm. udskrivelse. Det kunne fx være den læge, der først ser patienten. At kommunen først får meldt patient hjem, når patient ER færdig. Det er meget ofte sådan, at den samme patient meldes hjem flere gange, før patient reelt kommer hjem. Dette betyder, at kommunen sætter mange ressourcer i værk flere gange, uden at patienten kommer hjem.
Forbehold for besvarelse	Jeg har ikke direkte patientkontakt eller arbejder direkte med forløbene. Jeg har været involveret på et mere strategisk niveau, hvilket afspejles i mine svar. Jeg har en forventning om, at de reviderede MedCom-standarder, der træder i kraft i løbet af foråret, vil løfte nogle af de informationsbehov, vi har i kommunerne.
Fremskudt visitation styrker samarbejdet om udskrivelse	Vi har et forholdsvis velfungerende samarbejde omkring udskrivelser fra hospitalet og ligger efter opstart af Fremskudt visitation lavt i borger, der venter på hospitalet, efter de er blevet færdigmeldt. Også skabt gode udskrivelser til en tryk hjemkomst. Vi har mange, der er meget svækket af hospitalsopholdet og overhovedet ikke er ude af sengen under forløbet, og det er dyrt for kommunen at få borger på benene igen. Ofte kommer de fleste af den årsag på et midlertidigt døgnophold, behovet for en sådan plads ses stigende. Jeg kan ikke forstå, hvorfor der ikke bruges nogle af midlerne (penge) til at øge træning på hospitalerne og de midlertidige døgnpladser i kommunerne og på træningsstederne. Oprette flere MDP-pladser i kommunerne og ansætte (hos os), en eller to mere til Fremskudt visitation. Vi har arbejdet med fremskudt visitation siden 2012 og ikke modtaget yderligere penge eller anden optimering i de 4 år. Ej heller set øgning i træningen på hospitalerne. Hvorfor ikke bruge pengene der, hvor det åbenlyst virker??? Lange ventetider til træning efter § 140 GOP.
Hospitalet mangler viden om kommunerne	I fremskudt visitation oplever vi ofte, at sygehuspersonale ikke har forståelse for kommunernes kvalitetsstandarder/lovgivning. De stiller ofte spørgsmål ved, at patienterne ikke "bare" kan få den hjælp, som, de har vurderet, er nødvendigt. Vi oplever ofte, at vi må tydeliggøre vores funktion, og at det er visitationen, der vurderer, hvad der er muligt ud fra serviceniveauet i kommunen. Kommunerne har forskellige serviceniveauer, og derfor kan de ikke altid sammenlignes. Dette overrasker ofte sgh personalet. Særligt nyansatte. I kommunerne arbejder vi aktuelt meget med rehabilitering og den nye lovgivning § 83A (national). Sygehuspersonalet tænker ofte i alt for høj grad på den kompenserende hjælp og ikke den udviklende og rehabiliterende hjælp. Derfor sender vi forskellige udmeldinger til patienterne, som vanskeliggør udskrivelse/og patientens forventninger, når de kommer hjem. Bedre dialog og orientering om disse områder mellem sygepleje og kommune kunne fremme samarbejdet og patientens oplevelse af, at der er styr på deres udskrivelse.
Fremskudt visitation – vigtigt at prioritere fysisk møde	Vi er i gang med et projekt, hvor vi afprøver en form for fremskudt visitation (være til stede på sygehuset). Desværre er den målgruppe, vi i øjeblikket er bedt om at tilgode, ikke altid den ældre svækkede medicinske patient. Jeg håber, vi ved evaluering har mulighed for at ændre lidt på målgruppen, så vi i højere grad har mulighed for personligt møde med patient, pårørende og hospitalspersonale for at sikre den gode udskrivning.
For få udskrivningskonferencer	Der mangler tid/ressourcer til udskrivningskonferencer på hospitaler og til hurtigt opfølgende visitationsbesøg i hjemmene efter udskrivelsen. Udskrivningsrapporterne er mangelfulde eller ikke eksisterende, selvom der er lagt en plan for udskrivelsen. Følge hjem-team mangler info om den plan, der er lagt for udskrivelsen.
Kommune mangler viden om patient ved udskrivelsen	Jeg savner meget en mere uddybende information om, hvad der er af aktuelle problematikker ved udskrivelse fra hospital. Det er tit og ofte usynligt, hvad der er sket under indlæggelsen, og i hvor høj grad patienten er involveret i egen sygdomssituation.
Mange ting, der kan gå galt ved udskrivelsen	I min funktion som forholdsvis ny koordinerende sygeplejerske i hjemmesygeplejen (har også arbejdet som basissygeplejerske på et hospital), oplever jeg især sektorovergangen som udfordrende, hovedsagelig ved udskrivelser, hvor der ofte mangler medicin til borgeren, at der ved ændringer i medicinen fx ikke er lagt det nye medicin på recept-serveren. Ligesom at borgeren ofte udskrives til eget hjem til weekenden med medicin-ændringer, hvor der ikke er medgivet medicin til mandagen. Som hjemmesygeplejerske er der ikke mulighed for at hente og dosere medicin i weekenderne. Desuden lukker apotekerne tidligt lørdag og helt lukket søndag. Hvis borger fx udskrives med midlertidig KAD, er borgeren ikke informeret om, hvem der rent faktisk skal levere KA-pose

**Kategorisering****Kommunale fagpersoners kommentarer**

m.m. til borgeren. Vi har et stort arbejde i at forklare, hvordan det hænger sammen, fx om det er regionen, der skal levere, eller om det kommunerne. Det samme gør sig gældende ved udredning af diabetes, når borgere udskrives med midlertidig BS-måling. Kommunerne vil først bevillige BS-apparater, KAD m.m. når borgere er udredt hos enten regionerne eller hos praktiserende læge. Vi oplever stor usikkerhed og plan m.m. hos borgerene, når de udskrives fra hosp. Vi bruger mange ressourcer på at rede trådende ud for borgeren. I hjemmesygeplejen kan vi sagtens magte opgaven med komplekse borger/pt i eget hjem, hjemmesygeplejen skal blot have en god "overlevering" og være velinformeret fra sekundær sektor, dette gælder i øvrigt også information til pt/borger. Derimod oplever vi et godt samarbejde med de praktiserende læger og i primær sektor, derudover har hjemmesygeplejen et møde med en repræsentant fra de praktiserende læger 2-3 gange årligt, hvor vi forventningsafstemmer og har fokus på evt. nye tiltag, fx FMK eller dosisdispensering m.m. I vores regi ville det være ønskeligt, hvis der er større fokus på det koordinerede patientforløb ved sektorovergang, ved udskrivelse samt opfølgende hjemmebesøg enten fra "Følge hjem-team" eller praktiserende læge. Ved sektorovergang mener jeg, at kommunens visitatorer samt udviklings sygeplejersker har en opgave at løfte, fx forventningsafstemning i forhold til udskrivelser. Samtidig er det ønskeligt, at hosp./sygehuse opnår større viden om, hvad vi egentlig laver herude i kommunerne. Der er "ok" at udskrive hurtigt, hvis alle nødvendige foranstaltninger og tiltag er i orden, når borgeren udskrives. Hvis de ikke er, opleves udskrivelse som problematisk og uhensigtsmæssigt, både for borgeren og os som sundhedspersonale. Personligt opfatter jeg hosp.systemet som presset og stresset, der finder hurtige løsninger, som ikke altid er gennemtænkt. Derfor mit ønske om, at viden om hinandens sektorer ville give en større forståelse for hinandens arbejdsopgaver. Derudover er det ønskeligt, at der ledelsesmæssigt sættes ind med ressourcer/fokus på at forebygge ind- og genindlæggelser, som fx "Tidlig opsporing" En ting er at have visioner om et bedre patientforløb, en anden ting er rent faktisk at være katalysator. Hvis der skal være kvalitet i vores arbejde som sundhedsfaglig person, er det ikke kun sygeplejerskerne, der skal undervises, men derimod alle faggrupper. Jævnligt fokus herpå ville være ønskeligt. Som jeg kan se, er det i sidste ende økonomi, det hele handler om. I takt med, at borgere og pt bliver dårligere og udskrevet hurtigere, stiger udgifterne i begge sektorer. Det handler om at bruge pengene fornuftigt, og i mine øjne handler det om forebyggelse og information. I begge sektorer oplever jeg, at man kan forebygge en masse arbejdsopgaver ved blot at informere pt/borger.

**Kategorisering****Hospitalsansattes kommentarer**

Begrænsninger forbundet med MedCom-kommunikation

Organisatoriske bestemmelser medfører, at indlæggelsesinformation ikke kommer rettidigt til sygehuset, da kommunerne ikke kan afsende indlæggelses rapporter automatisk/manuel, før end pt er registreret indlagt. DVS at akutmodtagelserne (hvor patienten befinder sig og opstarter behandlingerne, inden de "registreres indlagt") ikke har mulighed for at få informationerne, selvom det faktisk er der, det er meget vigtigt (funktionsevne, medicin mv) - Teknisk er MedCom-udskrivningsrapporterne lavet, så der er begrænsninger på antal ord i boksene. Det bevirker, at det er svært at afgive informationerne, da det er bestemt på forhånd, hvor mange ord man må skrive. Komplekse patienter medfører, at der er meget viden, som skal gives videre, men dette kan ikke lade sig gøre. Kommunale bestemmelser om, hvem der kan udfylde " funktionsevne beskrivelsen " i indlæggelsesrapporten medfører, at dette ikke er udfyldt ved indlæggelsen. Hjemmesygeplejersken vil gerne udfylde den men kan ikke, da det i flere kommuner kun er kommunal visitator, som må udfylde den ... og dette er ikke gjort/ikke ajourført - nye samarbejdsaftaler medfører, at det stive system med varslingsfrister er afløst af smidigere samarbejds muligheder. Lange kommunale visitator-telefonåbningstider medfører smidighed i forhold til planlægningen af udskrivninger.

Behov for kommunale akutpladser og regionale følge hjem-ordninger

I nogle tilfælde vil der være behov for en sygehusindlæggelse, men i andre tilfælde vil kommunen, i et samarbejde med almenpraksis og eller sygehus, kunne varetage behandlingen og plejen af den ældre patient i en kommunal akutfunktion. Der skal være de fornødne kompetencer til de sundhedsprofessionelle i kommunen. Etablering af følge hjem-ordning skal prioriteres.

Klarere fordeling af opgaver mellem hospitaler og kommuner.

Der er klart brug for en mere kvalificeret forventningsafstemning i forhold til, hvad vi som sygehus skal tage os af, og hvad kommunen tager sig af. Dette i forhold til patienter og pårørendes forventninger. Generelt er patienterne, der indlægges, meget dårligere både fysisk og psykisk, end de tidligere har været. Der er ikke tilført ressourcer til

Kategorisering	Hospitalsansattes kommentarer
Systemet er presset af flere patienter med komplekse behov	at kompensere for dette i de sidste 10 år. Plejetyngden og kompleksiteten er steget år for år, og plejenormeringen er ændret historisk lav.
Plejhjemspatienter udgør en overset gruppe	Kan i mit arbejde se en meget stor udfordring i at udskrive patienter til deres plejehjem igen efter indlæggelse for dehydrering og manglende indtagelse af mad. Der mangler forventningsafstemning mellem patient, pårørende og plejehjemmets personale. Dette resulterer MANGE gange i genindlæggelser. De pårørende er frustrerede over ikke at blive orienteret om udskrivelse tilbage til plejehjemmet, orienteret om hvorfor patienten udskrives, og hvorfor man ikke på hospitalet beholder patienten, når det nu er det eneste sted, hvor man kan give patienten mad og væske. På plejhjemmene mangler personalet sygeplejefaglige kompetencer til at passe patienten, og personalet her står oftest mellem hospital og pårørende og er klemmt. Personalet er bange for at få taget snakken med pårørende og patient om, hvorvidt indlæggelser er det, der er behov for. Samarbejdet mellem kommunen og praksislæge har ikke fokus på plejhjemsbeboerne, og der er ikke taget den nødvendige snak om behandlingsniveau/indlæggelser. Det er et stort problem.
Mangler tid til at hjælpe patienterne ordentligt	Vi som læger ved, at der er et politisk og offentlig ønske om at gøre det bedre for de svækkede ældre medicinske patienter, og alle de professionelle ønsker uden tvivl at bidrage, og rigtig mange har de nødvendige kompetencer, men det kniber med erkendelsen af, at det tager tid. Der er en høj comorbiditet hos en sådan patient, som kræver tid til at fordybe sig i journalmaterialet for at få overblik. Det tager tid og kræver god planlægning at få en stuegang kombineret og aftalt i forhold til deltagelse af de pårørende, og de stadigt faldende indlæggelsesdage gør det ekstra svært. Ud over dette må der gives mulighed for at give tilstrækkelig tid til information og dialog med den ældre patient, som har behov for at få tid til at forstå og kommentere sin holdning til vores ofte mange indviklede planer. Til sidst - hvorfor taler man kun om ældre "medicinske" patienter - de ældre "kirurgiske" patienter er måske endnu dårligere stillet = operationen gik fint, men patienten døde. Der er behov for at se organisatorisk helt anderledes på det, så man ikke deler det op i kirurgi og medicin vedrørende den ældre, svækkede patient, men at man i stedet etablerer afdelinger, hvor man ser på patienten på tværs af faggrænser = et afsnit for ældre patienter med høj comorbiditet, og så håndterer både kirurger og medicinere patienten i fælles samarbejde og med et dedikeret bredt uddannet plejepersonale, som uddannes i den bedste mulige forløbsplanlægning i forhold til primærsektoren.
Behov for at opprioritere geriatrien	Fokus på Geriatrike teams i afdelingerne. Evt. geriatrik afd. på NOH. Endnu mere fokus på at få identificeret disse patienter ved ankomst, evt. geriatrik spor, (alder, multisyge, multifarmasi, stort plejebæhov primær sektor) der udløser nogle opgaver ift. afklaring af hjemlige forhold, tidlig kommunekontakt, kontakt til pårørende og egen læge tidligt i behandlingen - ikke først v udskrivelse, medicingennemgang. Ressourcer til fremskudte visitationer, så de rent faktisk er på hospitalerne. Evt. deltage på kapacitetskonferencer. Mere smidigt samarbejde mellem sektorer, der er meget dobbeltarbejde i dag.
Behov for at prioritere fremskudt visitation	
Mangler viden om habituel funktionsevne	Jeg savner generelt, at kommunen ved indlæggelse af ældre medicinsk svækket patienter sørger for at skrive, hvad tidligere funktionsniveau er i fx MedCom, som reelt aftalt i sundhedsaftalen.
Følge hjem-ordning	Jeg arbejder som følge hjem-sygeplejerske. Dette er en stilling, som i høj grad tager hånd om denne gruppe og virker som bindeled mellem sygehus og kommune. Min oplevelse er stor tilfredshed fra både patienter og pårørende. Jeg samarbejder hovedsageligt med Geriatrik afd., og det er her mine svar passer til. Havde det været de andre medicinske afd., hvor jeg ind imellem har hjem-følgninger, ville mine svar se anderledes ud. Fokus på de ældre svækkede daler, når jeg bevæger mig væk fra geriatrik afd.
Geriatrisk afdeling som forbillede	
Vigtigt område med udfordringer	Det er helt sikkert et felt, man kan vinde meget ved at se på. Der er alt for mange huller i nettet.
Samarbejdet er presset	Fortsat forbedre samarbejdet mellem læge-kommune og sygehus. Alle tre instanser er utroligt pressede - og her kommer den ældre medicinske patient i klemme.
Behov for mere kontinuitet og bedre udskrivningsrapport	Der savnes en højere grad af kontinuitet i plejen af den svækkede ældre. Det kunne være med til at sikre en bedre dialog mellem de involverede parter og dermed også en mere fyldestgørende overleveringsrapport i forbindelse med udskrivelse fra sygehus.
Mangler medarbejderressourcer	Vi kan i begge sektorer mærke, at der er for få kvalificerede medarbejdere til at tage sig af komplekse patienter.

Kategorisering	Hospitalsansattes kommentarer
Behov for mere fælles viden samt flere kommunale akuttilbud	Større forståelse for hinandens arbejde i kommune og sygehus til gavn for borgeren/patienten. Blive bedre til at opspore tidlig indsats i hjemmet/plejehjemmet. Få afdækket og afstemt behov med patienten og pårørende. Et Sundhedshus eller et akut udekørende team i kommunalt regi ville være optimalt for den ældre svækkede patient (som ikke er så kompleks) til at give intravenøs væske og antibiotika, tage blp osv. Ville også være fint at bruge ved udskrivelse i overgangsfasen til eget hjem. Den manglende tid og manglende personaleresourcer både hos kommunal- samt sygehusansatte er også en væsentlig faktor i kvaliteten af arbejdet.
Mangler tid og ressourcer til at prioritere opgaven	Der er ikke behov for at indsætte flere administrative led som forløbskoordinatorer, men bedre udnyttelse af de eksisterende aktører og kommunikationsveje samt erkendelse af, at samarbejdet omkring denne patientgruppe er tidskrævende.
Behov for at styrke eksisterende samarbejdsrelationer og drift.	
Behov for tid og ressourcer til at prioritere opgaven	
Behov for at styrke samarbejdet med almen praksis	Det er min opfattelse, at prioriteringen pga. primært sygepleje- og administrationsdrevne processer har ligget på sygehus-kommuneaksen. Almen praksis-sygehusaksen er nødlidende på forskellig baggrund bl.a.: Manglende inddragelse fra sygehuse oftest kun i form af orienterende karakter lige før processens deadline frem for reel inddragelse på tidligere tidspunkter i processer. Problemstillingen omkring praktiserende lægers aflønning ved deltagelse i regionalt udviklingsarbejde, hvor behovet ikke tilgodeses alene af praksiskonsulent ordninger. I den sammenhæng er det et stort og markant fremskridt med reel og praktisk/daglig betydning, at praktiserende læger honoreres for opfølgende hjemmebesøg. Viden herom og om praktiserende lægers kompetencer – muligheder, begrænsninger såvel som forpligtelser – er lav i hospitalslægekredse. Der savnes pædagogisk fokus og tiltag, som kan udbrede sygehusenes tværsektorielt arbejdende men ofte enkeltstående "superbrugeres" detaljeviden om samarbejdsformer med kommuner og praktiserende læger til menige læger og sygeplejersker. Den kommunale service opleves som svingende kommunerne imellem. Der savnes fælles standarder og krav til kommuner herunder for hjemmepleje kompetencer og sygehusenes tilgang til kommunale, midlertidige døgnpladser (MDP) i samme grad, som krav findes i rigt mål for sygehusene, eventuelt i lighed med Norge, som lovbefalet har besluttet, at alle kommuner skal have MDP i løbet af 2016 (har jeg hørt...?)
Variation i kommuners kompetencer og tilbud	
Behov for turnusordninger og fælles viden om patienter	Turnusordning for sygeplejersker, som derved kan arbejde både på sygehus men også i hjemmeplejen. På den måde opnås bedre samarbejde og forståelse for hinanden inc borgeren. Det har jeg tænkt på i flere år. Adgang til hjemmeplejens system, selv om du arbejder på et sygehus. Og selvfølgelig også adgang for hjemmeplejen til sygehusets system.
Manglende tid	Vi mangler tiden rigtig meget for at sikre et godt udskrivelsesforløb, især sygehusene.
Ventetid på genoptræning	Overgangen fra udskrivelse og frem til opstart af genoptræning efter genoptræningsplan er en meget sårbar tid og kunne med fordel forbedres.
Plejeforløbsplan tung i korte indlæggelsesforløb	Kommunernes fastholdelse af kravet om udfyldt fuld plejeforløbsplan på ptt., der udskrives inden for samme døgn uden ændring af de kommunale ydelser forekommer rigtigt og ressourcetungt.
Sats på geriatrien	Jeg savner, at man specifikt involverer eksperter fra geriatrien i arbejdet. Vi har mange års erfaring at trække på.
Behov for at styrke hjemmesygeplejen	Det ville være en stor fordel for patienten at blive i eget hjem som ældre og svækket, hvis det drejer sig om eks urinvejsinfektion, pneumoni eller erysipelas osv., da man i eget hjem kender sine omgivelser og får gået lidt omkring. Så undgår man i mange tilfælde immobilitet og konfusion eller forværring af samme. Det kræver selvfølgelig kompetente sygeplejersker i hjemmeplejen, der kan give og observerer iv indgift. Dette har man jo praktiseret flere steder i Jylland igennem lang tid med succes.
Mangler viden om patienternes habituelle funktionsniveau	Vi savner i meget høj grad informationer om patienternes habituelle funktions- og kognitive niveau ved indlæggelsen. Specielt da en del af disse patienter bliver meget forvirrede og konfuse under indlæggelsen, og det derfor ikke altid er helt retvisende informationer, de giver. Hvis der så ikke er pårørende, vi kan kontakte, bliver det rigtig svært. Det er meget utilfredsstillende, da der ligger et krav den modsatte vej, om at vi skal informere kommunerne om ændringer i funktionsniveau eller hjælpebehov, hvilket er umuligt, hvis vi ikke kender udgangspunktet. Jeg er bekendt med, at visitator ikke altid har set borgeren, og der derfor ikke er oplysninger om funktionsniveauet. Men har de



**Kategorisering****Hospitalsansattes kommentarer**

hjælp i hjemmet, må det være muligt, at vi kan få oplysningerne fra hjemmeplejen, som kender borgeren. Selv når borgeren indlægges fra plejehjem eller midlertidige ophold, er der ikke opdaterede informationer om patientens funktionsniveau. I de tre år, jeg snart har siddet i denne stilling, kan det tælles på én hånd, hvor ofte jeg har oplevet at funktionsniveauet i indlæggelsesrapporten har været udfyldt. Det kan endvidere være meget svært at gennemskue, hvad præcist borgeren får hjælp til ud fra ydelsesbeskrivelsen i indlæggelsesrapporten.

Der er meget stort fokus fra hospitalernes side om at koordinere udskrivelserne godt, og disse nye afsnitsterapeutstillinger, som jeg besidder en af, er et udtryk herfor. (Vores primære opgave er at planlægge udskrivelsesforløbene med kommunerne, så patienterne kommer godt og sikkert hjem). Men det fokus, der er fra hospitalernes side, oplever jeg ikke tilnærmelsesvis modsvarer de oplysninger, vi får fra kommunerne ved indlæggelsen. Med hensyn til udseendet på eksempelvis plejeforløbsplanerne er der i det nye MedCom-system en enkelt forbedring, nemlig at man kan kopiere tekst fra plejeforløbsplanen direkte over i udskrivelsesrapporten. Det virker desværre kun hver anden gang. I forhold til plejeforløbsplanerne savner jeg stadig en genvej til, hvis patienten skal hjem til vanlig hjælp. I lighed med at man kan klikke på "patienten er selvhjulpnen", og alle felterne automatisk udfyldes med "ingen eller ubetydelige", kunne det være fantastisk, at man kunne gøre det samme med vanlig hjælp, og systemet så hentede informationerne fra indlæggelsesrapporten. (Vi bruger alligevel aldrig "patienten er selvhjulpnen", for hvis de er det, har de ikke brug for hjemmehjælp! Endvidere er teksten ændret efter den nye opdatering, så når man sidder og læser teksten i plejeforløbsplanen, ser det ud som om, at noget af teksten mangler, og når man så går ind i teksten for at rette det, og fx tilføjer et mellemrum, kommer alt teksten pludselig til syne.

Mangler viden om patienternes habituelle funktionsniveau

De kommunale sygeplejersker laver stort set aldrig manuelle indlæggelsesrapporter – til trods for, at de har pligt til det, hvis de deltager i indlæggelsen af en patient. De synes at se MedCom som et redskab til, at de kan få viden om, hvad der er sket under indlæggelsen, men det burde jo også bruges til, at sygehusets sygeplejersker kan få nyttig viden om tiden op til indlæggelsen (funktionstab osv.) og viden om fx vanlig velfungerende sårpleje og sondeernæring), så vi ikke skal starte på ny plan, som ikke er tilpasset patienten.

Mulighed for at forebygge indlæggelser i kommunen

Kommunerne, plejecenter mv skal være bedre til at vurdere behovet for indlæggelse. Oplever alt for ofte, at ældre (demente) bliver indlagt med delirium og urinvejsinfektion. En dement pt har bedre af at blive passet i vante omgivelser hjemme. Der bør være bedre mulighed for at kontakte hjemkommunerne i weekender. Det er ikke helt hensigtsmæssigt, at man ikke kan udskrive i weekender, hvis det ikke er aftalt senest fredag kl. 12. Personale i kommunerne skal være bedre til at vurdere patientens evne til egenomsorg. Målgruppen af pt, jeg arbejder med, er KOL i terminal stadie. Møder ofte patienter, hvor samarbejdet med kommunen ikke fungerer, da der alt for ofte arbejdes med rehabiliteringsmetoden, hvilket ikke er hensigtsmæssigt med dem, der er alt for respiratorisk påvirket.

Mangler tid til at prioritere opgaven

Viden, kompetencer og vilje er til stede – tid mangler.

Svært at prioritere deltagelse i udskrivningskonferencer

Oplever udskrivelseskonferencer som meget tidkrævende uden at komme ret langt, og man som sygeplejerske på sygehuset har mange andre opgaver end at sidde og snakke udskrivelse i en time. Om hvordan det vil være, når de kommer hjem vs. hvad de kan på sygehuset. Tænker, at der er mange, som får det hårdt, når de kommer hjem og genindlægges igen, fordi det er, hvad de siger på sygehuset, et andet er det reelle behov i hjemmet efter udskrivelse. Man skal komme ind på sygehuset til kontrol, og nogle giver udtryk for, at de ikke orker dette, her ville det være godt med mobil blodprøver og hjemmebesøg fra en spl. Når man så skal have en udskrivelsesamtale, er der ikke altid tid til at have læst helt op på patienten. De pårørende er generelt rigtigt gode til at hjælpe og spørge, men nogle gang oplever ved, at når man sidder ved en udskrivelsesamtale kommer der snak om fys, og her kan det være, vi har fået patienten om fredag, og der er samtale om tirsdag, og der ikke er vurderet fys behov, og inden de kan udskrives, selvom de er færdigbehandlet, skal de vente på fys til GOP (genoptræningsplan). Hvis der er ikke er aflastningsplads i kommunen, foreslår uds. koordinator også tit, at de skal på genoptræning på det andet sygehus, dette føles, som om de bare trækker tiden ud, i stedet for at de færdigmeldes. Synes der burde være en kommunal genoptræningsplads! Desuden ville jeg ønske, at der var et følge hjem-team, således de kunne komme med hjem og se, om der kunne ydes nogle forbedringer i hjemmet.

Svært at vurdere funktionsniveau under indlæggelse



Kategorisering	Hospitalsansattes kommentarer
Plejeforløbsplan er over-skuelig	Det er svært at overskue, hvad der er gamle og nye notater i plejeforløbsplanen fra MedCom. Der er ofte behov for at sende planen flere gange frem og tilbage for at give kommunen mulighed for at handle i god tid. Der er ofte mange fokusområder for denne patientgruppe, som vi skal arbejde sammen om. Det ville være en god ide med ny farve til nyt notat. Der mangler også integration mellem plejeforløbsplanen og genoptræningsplanen. Det giver anmodninger om dobbeltoplysninger i forhold til funktionsevne.
MedCom er tungt at arbejde i	
Behov for følge hjem-team	Større anvendelse af følge hjem-team til at ledsage pt hjem – længere åbningstid i kommune også i weekend og aften – mere præcist tidspunkt for hjemtransport vil muliggøre faste aftaler med pårørende (tilstede når pt. kommer hjem) – bedre fastholdelse af sygeplejersker på de medicinske afdelinger, stor udskiftning pga. hårdt arbejdspress – faste læger på plejehjem og fastlæggelse af behandlingsniveau.
Svært at fastholde personale på medicinske afdelinger	
Mangel på praktiserende læger	Her i Sydvestjylland, hvor jeg arbejder, er der stor mangel på praktiserende læger, hvilket ofte medfører, at den ældre svækkede medicinske patient ikke kan få tid til opfølgning/kontrol hos egen læge, som egentlig planlagt, eller ikke har været til e.l. før indlæggelse. Flere praktiserende læger kunne måske medføre færre indlæggelser og ad den vej bedre patientforløb. Endelig kunne det være ønskværdigt, hvis vi her på sygehuset fik geriatrisk ekspertise til rådighed.
Behov for at tage stilling til genoplivning	Forventningsafstemning om behandlingsniveau skal mere frem, så det fremgår klarere, hvad pårørende og patient forventer til det videre forløb, herunder også om der skal ydes hjertestopbehandling, og om der er et ønske om, at behandlingen fortsætter, for de meget svækkede patienter har mange konkurrerende lidelser, som gør behandlingen vanskelig. Der skal fra praktiserende læge holdes samtaler med patienten om deres forventning til behandlingen, og den praktiserende læge skal overveje i samråd med patienten, om der skal henvises til sygehuset, her tænker jeg på, hvad er konsekvensen, og er den til at bære for patienten. Mere åbenhed om muligheder og hvorfor evt. ikke muligheder
MedComs korrespondance meddelelser er tunge at arbejde med	I det ambulante forløb er kommunikationen via E-breve tung at arbejde med. Det er sjældent, der svares tilbage via E-breve af forskellige årsager. Nogle siger, de ikke kan bruges, andre at de ikke kan finde ud af det. Der bruges uforholdsmæssigt meget tid til at ringe og finde den rette hjemmesygeplejerske, der kan svare på spørgsmål.
Specialisering og accelererede forløb udfordrer	Subspecialiseringen og kravene til kort liggetid vanskeliggør optimalt samarbejde.
Dosisdispensering af medicin	Dosisdispensering af medicinen er uhensigtsmæssig hos pt, der indlægges ofte. Vi kan ikke bruge dem – dyrt for pt, da det er dem, de skal betale.
Savner kvittering for modtagelse af korrespondancer	Kunne ønske, der altid kom svar på de korrespondancer, der sendes til kommunen, så vi ved, der bliver fulgt op.
Mangler ressourcer til træning under indlæggelse	Der mangler ressourcer generelt til at iværksætte træning under indlæggelse til den geriatriske patient.
DÆMP-patienter er en overset gruppe i sundhedsvæsenet	Jeg opfatter de ældre medicinske patienter som en overset patientgruppe i det danske sundhedsvæsen. Fokus er på udrednings- og behandlingsgarantier, herunder på kræftpakkeforløb. Med den aktuelle udvikling i befolkningssammensætningen synes nuværende prioritering ganske problematisk. De seneste år er ressourcerne til plejen af den svækkede ældre indlagte medicinske patient beskåret kraftigt. I samme periode er overbelægningsprocenten steget, og patienterne er generelt blevet mere syge og dermed væsentligt mere plejkrævende. Vi oplever dagligt frustrerede patienter og pårørende, som ikke kan forstå og acceptere plejeniveau. Vi oplever ofte, at kollegaer må bukke under for nuværende arbejdsmængde og tidspres. Er det virkelig det, vi vil?
Behov for at styrke funktionaliteten af MedCom-kommunikation	Tanken bag elektronisk kommunikation sektorerne imellem er rigtig god, men funktionaliteten halter – eksempler herpå: 1.: formularerne i sygehusregi trænger til opdatering i forhold til dataoverførsel fra en formular til anden – her tænkes især vedrørende funktionsvurderingen, hvor data IKKE suges fra plejeforløbsplan til udskrivningsrapport = dobbelt bogføring er nødvendig, hvilket er unødvendig tidsrøveri.... 2.: den kommunale udfyldelse af indlæggelsesrapporten er oftest automatisk af ældre dato, bla. uden opdateret funktionsvurdering eller information om, hvilken hjælp borgeren reelt modtager => gør det nærmest umuligt for hospitalspersonel at forholde sig til ændring af hjælpbehovet, for de SKAL udfylde 2 formularen, før borgeren udskrives.... Opgavefordelingen i

Kategorisering	Hospitalsansattes kommentarer
	forhold til formularudfyldelser i de to sektorer føles meget skæv!! Ovennævnte generelle problematik bliver endnu mere udtalt, når vi taler om den særligt svækkede ældre medicinske patient.
DÆMP-patienter er en overset gruppe i sundhedsvæsenet	Jeg savner opprioritering af den ældre, medicinske patient. Der skal tid til inddragelse af pårørende samt planlægning af videre forløb, så pt. bliver tryk. Dette kræver nok hænder og ekspertise.
Behov for at prioritere personlig kommunikation mellem kommune og hospital i komplekse forløb	Øget fokus på den kommunale opgave, i stigende grad overtager MedCom-standardopgaverne. For den ældre patient er det utopi at tro, alt kan klares via papir/telefon. Ressourcerne bruges ikke længere på personligt fremmøde fra kommunerne på hospitalet, det er næste mere tidskrævende nu, da vi ikke kan få alle detaljer med på skrift. Det betyder, at det skal følges op af et opkald. Faren ved, at vi "blot" kan notere behovet for hjælp i en USR – er, at vi som sygehusansatte på ingen måde kender til de muligheder, der er i de forskellige kommuner, på den måde risikerer vi, at borger/patient ikke tilbydes de tilbud, der reelt er i kommunen. Man kan ikke gøre sygehuspersonalet til visitatorer.
MedCom er tungt at arbejde med i korte forløb  Mangler oplysninger om funktionsniveau ved indlæggelsen	Ad MedCom-standarder: Jeg arbejder i en akutafdeling, hvorfor kun få af vores patienter behøver at få lavet en udskrivelsesrapport grundet den korte indlæggelsestid. Jeg synes, den er omstændelig og tager lang tid at lave. Jeg synes, der står meget, som den korte indlæggelse har svært ved at forholde sig til. Indlæggelsesrapporterne kommer til alle vores patienter. Men det er kun den automatiske, hvor der står nogle ret ligegyldige, ikke-opdaterede oplysninger. Det er sjældent – promiller – at der er lavet en manuel indlæggelsesrapport, så man får et indtryk af tiden op til indlæggelsen og funktionsniveauet. I disse tilfælde kommer den manuelle indlæggelsesrapport flere timer/halve døgn efter indlæggelsen, hvorfor det er svært at opdage, at der er noget, man burde have læst.