

Opsamlingsnotat



Audit om opfølgende hjemmebesøg i Vestklyngen

Audit om opfølgende hjemmebesøg i Vestklyngen. Opsamlingsnotat

©DEFACTUM, Region Midtjylland, 2016

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

DEFACTUM

Sundhed, Kvalitetsdokumentation

Faglig leder, Pernille Bjørnholt Nielsen eller konsulent Jesper B. Gjørup

Olof Palmes Allé 15

8200 Aarhus N

Hjemmeside: www.defactum.dk

Indholdsfortegnelse

1	KORT RESUMÉ	4
2	INDLEDNING	5
3	METODE OG DATAGRUNDLAG	6
4	ORGANISERING	7
5	OPSUMMERING, KONKLUSION OG ANBEFALINGER	8
5.1	Anbefalinger til sikring af god forløbskoordination	10
6	BELÆG FOR KONKLUSIONER OG ANBEFALINGER	12
	Tema 1. Planlægning	12
	Tema 2. Patient/pårørende	14
	Tema 3. Samarbejde og sammenhæng	15
	Tema 4. Specifikke prøvehandlinger	16
	Tema 5. Genindlæggelser	17
	Afsluttende bemærkning	18

1 Kort resumé

Et auditpanel med praktiserende læge (praksiskoordinator), terapeut, sygeplejersker fra de seks vestjyske kommuner og Hospitalsenhed Vest har gennemført en casebaseret audit af tre patientforløb, hvor en skrøbelig borger udskrives fra hospital og indstilles til et opfølgende hjemmebesøg med egen læge og kommunalt sundhedspersonale. Auditpanelet konkluderer, at to prøvehandlinger ser ud til at kunne bidrage til den faglige kvalitet af forløbskoordinationen, hvor en sårbar borger er i målgruppen for opfølgende hjemmebesøg:

1. En sygeplejekoordinator, der arrangerer de opfølgende hjemmebesøg i kommunen, kan ved at kontakte borgerens egen læge på udskrivningsdagen sikre sig, at de relevante oplysninger foreligger og bidrage til at besøget bliver afholdt få dage efter borgeren udskrives samt koordinere besøget, så både pårørende og relevante fagpersoner deltager.
2. Terapeuten kan ved at deltage i de opfølgende hjemmebesøg fremme det tværfaglige samarbejde og bidrage til at borgere, der har reduceret funktionsevne, kommer i gang med rehabilitering, inklusiv hurtig iværksættelse af genoptræning understøttet af pårørende og relevante fagpersoner og sundhedstiltag (fx smertebehandling).

Følgende anbefalinger til at sikre god forløbskoordination for den ældre medicinske patient ved hjælp af opfølgende hjemmebesøg er udledt på baggrund af auditten.

Tabel 1. Auditpanelets 22 anbefalinger

Tema	Nr.	Anbefalinger – kort version
Planlægning	1	Udsend korrekt screeningsskema, udskrivningsrapport og epikrise rettidigt
	2	Kommunen foretager et modtagebesøg ved borgerens hjemkomst
	3	Kommunen skal gerne aftale tidspunkt for besøg på udskrivelsesdagen
	4	Sikre at hjemmesygeplejerske, terapeut og pårørende kan deltage
	5	Sikre god faglig kvalitet af den skriftlige dokumentation
	6	Sikre at alle praktiserende læger prioriterer at deltage
	7	Tydelig beskrivelse af hvilke aftaler der er udarbejdet og opfølgning herpå
	8	At der aktivt tages hånd om borgerens sundhedsproblemer
Patient/pårørende	9	At borgeren tages alvorligt, lyttes til og at både borger/pårørende informeres
	10	Pårørende skal så vidt muligt deltage
	11	Dokumentation af borgerens og de pårørendes deltagelse
Samarbejde/ sammenhæng	12	Sikr god kommunikation mellem læge, hjemmesygeplejerske og terapeut
	13	Koordinere om fx, ernæring, funktionsevne, medicin og boform
	14	At den skriftlige kommunikation er fyldestgørende
	15	Egen læge deltager i det tværfaglige samarbejde efter udskrivelsen
	16	At der ageres før borgeren får akut behov
Sygeplejekoordinator	17	Kommunen kan med fordel anvende en sygeplejekoordinator
	18	Booking af egen læge samme dag som udskrivningsrapport modtages
	19	At kommunen indhenter oplysninger fra hospitalet, hvis der er brug for det
	20	At borgeren og de pårørende kontaktes mhp. at deltage i besøg
Terapeut	21	At terapeut deltager, hvis der er genoptræningsbehov/funktionstab
	22	At terapeuten, når det er relevant, tager på besøg inden det opfølgende hjemmebesøg

2 Indledning

Dette opsamlingsnotat er baseret på en audit med fokus på evaluering af de prøvehandlinger, som er sat i værk i Vestklyngen i tilknytning til det opfølgende hjemmebesøg.

Styrket forløbskoordination er en del af den nationale handlingsplan for ældre medicinske patienter. I Region Midtjylland har hver klynge valgt et indsatsområde. Klyngernes indsats evalueres med udgangspunkt i tre mål ("triple aim"), nemlig patientoplevelset og faglig kvalitet, sundhedstilstand og økonomi.

Vestklyngen i Region Midtjylland har valgt at styrke brugen af opfølgende hjemmebesøg ved hjælp af tre prøvehandlinger.

Klyngen har valgt at gennemføre en tværsektoriel, casebaseret audit som en del af evalueringen af den faglige kvalitet af de tre prøvehandlinger:

1. En sygeplejekoordinator i kommunen fik til opgave at aftale besøg for alle de opfølgende hjemmebesøg (Ikast-Brande Kommune og Struer Kommune)
2. Terapeutdeltagelse ved de opfølgende hjemmebesøg (Holstebro Kommune og Lemvig Kommune)
3. Praktiserende læge afsætter fast tidspunkt for opfølgende hjemmebesøg (Herning Kommune)

Formålet med auditten er at vurdere den faglige kvalitet af forløbskoordinationen i de gennemgåede patientforløb (cases), herunder om prøvehandlingerne i Vestklyngen ser ud til at bidrage til god forløbskoordination for den ældre medicinske patient.

Fokus er lagt på de to første prøvehandlinger, da den sidste ikke har været praktiseret særligt længe og kun er afprøvet på få borgere.

Auditpanelets medlemmer har gennemgået materiale om fire cases (patientforløb). De tre cases blev drøftet på auditmødet i januar, mens den fjerde case indgik som baggrundsviden. De tre cases, der blev auditeret repræsenterede to forskellige prøvehandlinger; nemlig deltagelse af terapeut i det opfølgende hjemmebesøg og brug af sygeplejekoordinator i planlægningen.

Auditten er gennemført i januar 2016, og der er afholdt et opfølgende møde til kvalitetssikring af dette notat i februar 2016.

To konsulenter fra DEFACTUM (Tidligere CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling) har skrevet dette notat. Auditpanelet har tilsluttet sig notatets konklusioner og giver i notatet sine anbefalinger (afsnit 5) til klyngens styregruppe.

3 Metode og datagrundlag

Den casebaserede auditmetode er valgt, fordi den er velegnet til at undersøge og vurdere komplekse patientforløb på tværs af sektorer. Auditmetoden indebærer at et auditpanel bestående af relevante fagpersoner på en struktureret måde gennemgår og vurderer en eller flere cases (sager, patientforløb) på baggrund af relevante dokumenter.

Den casebaserede audit struktureres ved at benytte et vurderingsskema, som udvikles til den enkelte audit. Skemaet i denne audit består af 11 spørgsmål fordelt på fem temaer og er at finde i bilag 1.

De valgte sager (cases) i denne audit er forløb, hvor ældre borgere bosat i Holstebro, Lemvig, Struer, Ikast-Brande eller Herning Kommune udskrives fra hospitalet i Herning eller Holstebro. Borgerne er af hospitalets personale blevet screenet og scoret til at være i målgruppen for et opfølgende hjemmebesøg i perioden maj- oktober 2015. Casene kommer fra:

- Regionshospitalet Vest, Holstebro og Lemvig Kommune
- Regionshospitalet Vest, Holstebro og Struer Kommune
- Regionshospitalet Vest, Holstebro og Ikast-Brande Kommune
- Regionshospitalet Vest, Herning og Herning Kommune

Der blev indhentet informeret samtykke fra seks borgere, der opfyldte disse kriterier, og derefter indsamlet dokumenter om de seks cases, som omfattede perioden fra hospitalsindlæggelsen og 30 dage efter udskrivelsen. De indsamlede dokumenter var:

- patientjournalnotater, screeningsskema, udskrivningsrapport og epikrise fra hospitalet
- omsorgsjournal-notater og MedCom-kommunikation fra kommunen
- patientjournal-notater fra patientens egen læge
- udskrift/referat af interview med de tre borgere og en pårørende

Dokumenterne var indsamlet og anonymiseret af en medarbejder på hospitalet. Det havde i den ene case ikke været muligt at fremskaffe terapeutnotater til auditmødet.

En af de seks cases fungerede som prøvesag og blev auditeret af tre fagpersoner fra styregruppen for at afprøve de udviklede vurderingsskema. Vurderingsskemaet blev på den baggrund justeret.

I udvælgelsen af cases til audit blev der tilstræbt forskellighed. Der blev udvalgt cases om alle prøvehandlinger fra flere forskellige kommuner og forløb med og uden gennemført opfølgende hjemmebesøg. Det indgik desuden som kriterium, om det havde været muligt at gennemføre interview af borgeren (patienten).

Auditpanelet og de tilhørende fagpersoner fik tilsendt anonymiseret sagsmateriale (dokumenter) om fire cases og havde inden auditmødet hver især gennemlæst og vurderet de konkrete forløb (cases) ud fra 11 spørgsmål – fordelt på fem temaer. Auditpanelet mødtes i januar og drøftede deres individuelle vurderinger og begrundelser, herunder observationer og vurderingskriterier på en struktureret måde. Kun de tre første cases blev auditeret efter vurderingsskemaet. Den sidste case har været vedlagt som baggrundsviden. Sagsmaterialet er efterfølgende indsamlet og makuleret.

4 Organisering

Styregruppen for indsatsen består af fire fagpersoner fra kommunerne og Hospitalsenheden Vest; Else Hjortbak, Hospitalsenheden Vest, Gitte Nørgaard, Herning kommune, Christina Schaumann Nielsen, Ikast-Brande Kommune og Gunna Andersen, Hospitalsenheden Vest.

Styregruppen har i samarbejde med DEFACTUM udvalgt paneldeltagerne til auditmødet og udviklet vurderingsskemaet, der anvendes i den praktiske udførelse af auditten.

Auditpanelet bestod af otte udvalgte deltagere alle med erfaring inden for området.

Tabel 2. Paneldeltagere i audit

Titel	Navn	Sted
Konsulent for tværsektorielt samarbejde	Gunna Andersen*	Hospitalsenheden Vest
Sygeplejerske	Susanne Vibel	Hospitalsenheden Vest, Geriatrik team
Praktiserende læge	Per Olav Eidner	Praksiskoordinator i Vest
Sygeplejekoordinator	Diana Langhoff	Ikast-Brande Kommune
Sygeplejeleder	Eva Sønderby Jepsen	Ringkøbing-Skjern kommune
Sygeplejerske	Anne Mette Olesen	Struer kommune
Fysioterapeut	Janni Viberg	Holstebro kommune
Sygeplejerske	Gurli Amorsen	Herning kommune

*) medlem af styregruppen

En repræsentant fra styregruppen var en del af auditpanelet. To andre styregruppemedlemmer var sammen med seks andre fagpersoner fra hospital og fire fagpersoner fra kommunerne tilhørere på auditmødet og fik primært til sidst i mødet mulighed for at bidrage med spørgsmål og refleksioner.

En konsulent fra DEFACTUM fungerede som mødeleder og en anden som referent for auditpanelet.

5 Opsummering, konklusion og anbefalinger

På baggrund af den casebaserede audit kan der udledes en række konklusioner og anbefalinger om den faglige kvalitet af indsatsen overfor ældre medicinske patienter, med særlig fokus hvordan prøvehandlingerne omkring de opfølgende hjemmebesøg bidrager til at styrke forløbskoordinationen.

Dette afsnit indeholder konklusioner og anbefalinger på tværs af de tre cases.

Konklusioner og anbefalinger bliver uddybet og yderligere begrundet temavist i afsnit 6.

Tema 1-3 beskriver planlægning, inddragelse og samarbejde, mens tema 4 beskriver den enkelte prøvehandling, og tema 5 er det overordnede resultatmål for god forløbskoordinering, som handler om at undgå genindlæggelser.

Overordnet viser den casebaserede audit at:

- der er gode eksempler på hvordan det lykkes at iværksætte en tværsektoriel sundhedsfaglig indsats omkring ældre, sårbare borger, som har været indlagt på hospital, og hvordan denne koordinering sker ved hjælp af opfølgende hjemmebesøg
- der kan være en stor kompleksitet i forløbene, hvor borgeren har mange forskellige lidelser og funktionsproblemer og får meget forskelligt medicin. De mange problemstillinger, dokumenter og indsatser kan være svære at overskue for både borgeren selv, pårørende og den enkelte sundhedsprofessionelle i en travl hverdag
- der er forbedringsmuligheder og dilemmaer, blandt andet hvad angår den skriftlige kommunikation - og dermed skriftlig dokumentation som redskab til koordinering.

Auditpanelet vurderer, at en sygeplejekoordinator kan bidrage til god forløbskoordination. Fordelene ved funktionen er især, at det gør det lettere at tilrettelægge arbejdet, så kommunen får kontaktet borgerens egen læge, så snart der kommer besked fra hospitalet om, at en borger med brug for et opfølgende hjemmebesøg bliver udskrevet. Sygeplejekoordinatorens hurtige reaktion på modtaget udskrivningsrapport og screeningsskema øger sandsynligheden for at få arrangeret et opfølgende hjemmebesøg kort efter borgeren er kommet hjem og dermed overholde tidsfristen på max. 6-8 dage. Samtidig kan sygeplejekoordinatoren opdage og efterspørge eventuelle manglende oplysninger fra hospitalet ved at gennemlæse udskrivningsrapport og screeningsskema.

Der er dog samtidig nogle generelle begrænsninger i forhold til at organisere et hurtigt opfølgende hjemmebesøg, som gælder, uanset om der er en koordinator. Flere aktørers tid skal koordineres. Nogle af udfordringerne er, at almen praksis har tre dages svarfrist, at solopraksis kan holde ferie, og at de pårørende kan have svært ved at få fri fra arbejde.

Terapeutens deltagelse i det opfølgende hjemmebesøg vurderes – på baggrund af de tre gennemgåede cases – også at kunne bidrage til bedre forløbskoordination. Der er borgere, som har behov for fysisk rehabilitering, og de gennemgåede cases viser både hvor gode resultater, der kan opnås, hvis der sættes aktivt ind med mobilisering og træning og at det kan føre til genindlæggelse, hvis denne indsats ikke kommer i gang. Det ekstra faglige perspektiv i det opfølgende hjemmebesøg kan formentlig være en god investering i de cases, hvor borgeren

har mistet funktionsevne og/eller udskrives med en genoptræningsplan. Der kan være behov for smertebehandling mv. inden træning kan i gang sættes, hvilket gør det vigtigt at terapeuten koordinerer sit samarbejde med borgeren med borgerens egen læge, hjemmesygeplejerske og pårørende på et opfølgende hjemmebesøg.

En udfordring ved terapeutdeltagelse er at der skal ske en udvælgelse af, hvilke opfølgende hjemmebesøg terapeuten skal deltage i. Hvis terapeuten selv vurderer om deltagelse i besøget er relevant, kræver det, at terapeuten tilrettelægger sit arbejde, så de relevante dokumenter gennemgås inden det opfølgende hjemmebesøg. Har terapeuten andre opgaver, der prioriteres, må det opfølgende hjemmebesøg gennemføres uden terapeutens deltagelse.

De auditerede cases viser samtidig, at de to prøvehandlinger ikke alene kan sikre, at der arrangeres opfølgende hjemmebesøg og at ældre og sårbare borgere, der udskrives fra hospitalet får den relevante hjælp – og at (gen)indlæggelser forebygges,

I nogle tilfælde gennemføres ikke et opfølgende hjemmebesøg, selv om det er sundhedsfagligt relevant. Det står ikke helt klart, hvad der er grunden til dette. Audit viste blandt andet, at ikke alle screeningsskemaer bliver afsendt fra hospitalet.

Generelt er udskrivningsrapporter og epikriser fyldestgørende, men der kan være eksempler på oplysninger som med fordel kunne indgå.

Der kan ved udskrivning til eget hjem ske kontinuitetsbrist, der ofte med fordel kan håndteres ved at koordinere borgerens egen, pårørendes, praktiserende læges og kommunens indsats ved hjælp af opfølgende hjemmebesøg.

Generelt kan der på baggrund af auditten anbefales følgende i forhold til sikring af god forløbskoordination for den ældre medicinske patient på de forskellige stadier i forløbet.

5.1 Anbefalinger til sikring af god forløbskoordination

På baggrund af konklusion og auditresultater kan auditpanel komme med følgende anbefalinger, der kan bidrage til forløbskoordination ved hjælp af opfølgende hjemmebesøg. Tabel 3 viser anbefalingerne. Afsnit 6 uddyber begrundelserne herfor med eksempler, argumenter og nuancer.

Tabel 3: Anbefalinger til sikring af god forløbskoordination¹

Tema	Nr.	Anbefaling
Planlægning	1	Korrekt udfyldelse og rettidig udsendelse af screeningsskema, udskrivningsrapport og epikrise er et vigtigt grundlag for det opfølgende hjemmebesøg – og stillingtagen til om det vil være relevant at en terapeut deltager. Det er vigtigt at få afklaret, hvorfor nogle screeningsskemaer tilsyneladende ikke når frem til kommunen
	2	Det kan være relevant at kommunen ved borgerens hjemkomst foretager et modtagebesøg. Besøget skal håndtere de mest akutte opgaver og muliggøre supplerende information, der giver bedre mulighed for de relevante deltagere (egen læge, terapeut, pårørende) prioriterer at deltage i OPH
	3	Kommunen skal hurtigt - helst samme dag, som hospitalet sender screeningsskema - tage kontakt til borgerens egen læge og aftale et tidspunkt for OPH, så det kan gennemføres hurtigt efter hjemkomst
	4	I planlægningen af OPH skal det også sikres at borgerens hjemmesygeplejerske, terapeut (ved behov) og pårørende kan deltage
	5	Sikre god faglig kvalitet af den skriftlige dokumentation (i udskrivelsesrapport, epikrise og kommunens omsorgsjournal mm), som ligger til grund for forløbskoordination mellem borger, pårørende og de involverede fagpersoner skal omfatte: <ul style="list-style-type: none">▪ At det i epikrisen fremgår at borgeren er visiteret til OPH og hvad resultatet af screeningen var▪ Fyldestgørende beskrivelse af indlæggelsesforløbet▪ Status på opgaver ift. borgeren▪ Funktionsvurdering▪ Beskrivelse af aktuelle sundhedsproblemer fx bidiagnoser, ernæring, mobilisering, tryksår, cerebral funktion og psykiske problemer/bekymringer▪ Angivelse af opfølgningssaftaler fx i ambulatoriet▪ Beskrivelse af terapeutiske tiltag▪ Ajourført medicinliste (FMK) og oplysninger om eventuel medicinenemgang med henblik på at reducere medicineringsfejl og polyfarmaci▪ Borgerens eventuelle midlertidige adresse og telefonoplysninger
	6	Det er vigtigt, at alle praktiserende læger prioriterer at deltage i de opfølgende hjemmebesøg. Hvis lægen ikke ser behovet, kan det være relevant at hjemmesygeplejersken oplyser lægen om hvilke spørgsmål, der er brug for at afklare efter udskrivning
	7	Det er vigtigt, at der er en tydelig beskrivelse af hvilke aftaler der er udarbejdet og opfølgning herpå, så andre kan overtage opgaven, fx ved at praktiserende læge skriftligt opsummerer, hvad der er aftalt på det opfølgende hjemmebesøg, fx om der er brug for et nyt opfølgende hjemmebesøg
	8	Det er vigtigt at der tages hånd om borgerens sundhedsproblemer, herunder iltbehandling, medicin/polyfarmaci og også fx de pårørendes bekymringer

¹ Opfølgende hjemmebesøg (OPH)

Tabel 3: Anbefalinger til sikring af god forløbskoordination² - fortsat

Patient/pårørende	9	Det er vigtigt at tage borgeren alvorligt, lytte til og informere både borger og relevante pårørende. Der kan være utryghed og risici, der skal håndteres
	10	Pårørende skal så vidt muligt deltage ved det opfølgende hjemmebesøg
	11	Det er vigtigt at dokumenter borgerens og de pårørendes deltagelse og bidrag
Samarbejde og sammenhæng	12	Det er vigtigt, at der er god kommunikation mellem læge, hjemmesygeplejerske og terapeut, herunder at der stilles spørgsmål og gives konkrete og hurtige svar
	13	Der er blandt andet brug for at koordinere og samarbejde om forhold som fx, ernæring, funktionsevne/træning, medicin og boform
	14	Vigtigt at den skriftlige kommunikation er fyldestgørende, fx at indlæggelsesrapporten oplyser om funktionsniveau
	15	Det er vigtigt at borgerens egen læge deltager i det tværfaglige samarbejde efter udskrivelsen af ældre medicinske patienter, herunder det opfølgende hjemmebesøg, hvis der er behov for dette
	16	Det er vigtigt, at der ageres før borgeren får akut behov
Prøvehandling Sygeplejekoordinator	17	Kommunen kan med fordel organisere opgaven med at arrangere OPH, så den prioriteres højt - og ikke forsinkes. Det kan fx ske i form af en sygeplejekoordinator, hvor ansvaret samles ét sted
	18	Det er vigtigt at kommunen hurtigt – samme dag som hospitalet sender udskrivningsrapport/screeningsskema – tager kontakt til borgerens egen læge for at finde et tidspunkt for OPH
	19	Det er vigtigt at kommunen sikrer sig, at det materiale, som er modtaget fra hospitalet er fyldestgørende
	20	Det er vigtigt at borgeren og pårørende kontaktes med henblik på deltagelse i OPH
Prøvehandling Terapeut	21	Det er relevant, at en terapeut deltager i det opfølgende hjemmebesøg, når: <ul style="list-style-type: none"> ▪ der er et genoptræningsbehov hos borgeren ▪ der er udsigt til, at et funktionstab kan føre til genindlæggelse ▪ terapeuten har en rolle i forhold til det videre forløb
	22	Det kan være relevant at terapeuten tager på hjemmebesøg og vurderer borgerens funktionsevne inden det opfølgende hjemmebesøg.

Genindlæggelser

Når ovennævnte anbefalinger følges er det auditpanelets vurdering, at prøvehandlingerne kan medvirke til at forebygge genindlæggelser. I auditten er der eksempel på, hvordan forløbskoordinationen ikke lykkes, men netop resulterer i en genindlæggelse. Ud over de opfølgende hjemmebesøg er der andre tiltag, som formentlig kan bidrage til at forebygge genindlæggelser, fx besøg af akutsygeplejerske, visitation til kommunalt plejecenter eller rehabiliteringscenter, besøg af iltsygeplejerske mv.

² Opfølgende hjemmebesøg (OPH)

6 Belæg for konklusioner og anbefalinger

Afsnit 5 er opdelt på de fem temaer og redegør for belægget for konklusionerne og dermed begrundelserne bag anbefalingerne.

Vurderingsskemaets fem temaer er vurderet som centrale aspekter for vurdering af forløbskoordination for den ældre medicinske borger

1. Planlægning
2. Patient/pårørende
3. Samarbejde og sammenhæng
4. Prøvehandling
5. Genindlæggelser

Tema 1. Planlægning (sp 1-4 og anbefaling 1-8)

Spørgsmålene i parentes i overskriften henviser til spørgsmålsnumrene i vurderingsskemaet, jf. bilag 1. og numre på anbefalinger i tabel 3.

I den ene case er det opfølgende hjemmebesøg ikke afholdt. Det blev oplyst på auditmødet, at kommunen ikke havde modtaget screeningsskemaet, der viser, at borgeren var i målgruppen for opfølgende hjemmebesøg. Det er ikke muligt ud fra sagsmaterialet at afgøre, om det er fordi notatet aldrig er sendt, eller det bare ikke er modtaget i kommunen. Behovet for et opfølgende hjemmebesøg fremgår ikke af udskrivelsesrapporten, hvilket dog heller ikke er et krav. Men det blev oplyst på auditmødet, at der er forskel på, hvor mange screeningsskemaer hospitalet udfylder og hvor mange kommunen modtager. Om det skyldes betjeningsfejl (personalet glemmer at trykke send) eller tekniske problemer er ikke afklaret.

Auditpanelet vurderede i overvejende grad, at **kvaliteten for planlægningen** af det opfølgende hjemmebesøg i høj grad er tilfredsstillende eller i nogen grad er det, med den bemærkning at det ikke er tilfredsstillende i den sidste case, hvis notatet aldrig blev sendt fra hospitalet.

Deltagerne lægger i deres vurdering vægt på, om/at screeningsskemaet er sendt på udskrivelsesdagen og er udfyldt korrekt. Borgerne opfylder kriterierne for at modtage et opfølgende hjemmebesøg, hvilket fremgår via scoringen i skemaet og i bemærkningerne hertil. I en case fremgår det ligeledes af udskrivelsesbrev og epikrise, at borgeren er indstillet/henvist til opfølgende hjemmebesøg. Kommunikationen mellem sygeplejerske og egen læge omkring planlægningen vurderes som værende god.

Tidspunktet for gennemførelsen af det opfølgende hjemmebesøg er i den ene case vurderet som "slet ikke tilfredsstillende", da det aldrig finder sted. I en anden case mener hele panelet, at tidspunktet i høj grad er tilfredsstillende, mens hovedparten af deltagerne i den tredje case mener, at tidspunktet i mindre grad er tilfredsstillende.

I en case bliver borgeren udskrevet fredag og modtager besøg onsdag ugen efter, hvilket panelet vurderer i høj grad er tilfredsstillende og udtryk for god forløbskoordination.

I en anden case bliver borgeren udskrevet og 21 dage senere gennemføres det opfølgende hjemmebesøg. Der går tre dage før egen læge kontaktes, vagtlægen kommer på besøg dagen efter udskrivelsen, og borgeren når at få lægebesøg endnu en gang, inden det opfølgende hjemmebesøg finder sted. I auditpanelet er ikke enighed om tidspunktet for det opfølgende

hjemmebesøg var passende. En holdning er, at problemerne let kan nå at vokse, hvis der ikke ageres tidsnok i komplekse forløb, som der er tale om i dette tilfælde. Det sene opfølgende hjemmebesøg kan gøre det sværere at få handlet på problemerne, inden de eskalerer og ender i en genindlæggelse. Omvendt giver borgeren udtryk for i interviewet at tidspunktet var fint nok.

Kvaliteten af den information der overleveres til kommunen for at kunne foretage et opfølgende hjemmebesøg, vurderes forholdsvis ens på tværs af de auditerede cases. Kvaliteten vurderes i to cases som i høj grad at være tilfredsstillende. Et par enkelte paneldeltagere hælder mest til kategorien "I nogen grad tilfredsstillende".

Begrundelserne er, at dokumentationen er fyldestgørende. Der er en god af indlæggelsesforløbet beskrivelse i udskrivningsbrevet, der er gjort status på opgaverne, der er funktionsevnevurdering og sygeplejehandlinger herunder ernæring, mobilisering, tryksår, cerebral nedsat funktion m.m. Derudover næves, at der er en god epikrise, hvor det fremgår, at der er opfølgning i ambulatorium, FMK-ajourført liste og fyldestgørende dokumentation ift. fysioterapi og besked til egen læge. Derudover er der notater om plejehjemsovervejelser.

Argumenterne for at nogen har sat kryds ved "I nogen grad tilfredsstillende" er, at dokumentationen ikke er fuldstændig fyldestgørende, idet der i en case mangler diagnoser, hvor der kun er fokuseret på den primære diagnose, og bidiagnoserne er undladt i journalmaterialet fra hospitalet. Det vurderes som problematisk i forhold til at tænke i helheder og inddrage hele patientens situation. Endvidere efterspørges der dokumentation fra det kommunale omsorgssystem, idet der efterspørges oplysninger fra besøg af hjemmesygeplejerske, der kommer på besøg inden for 24 timer.

Samtidig fremhæves det i en anden case som positivt, at der indgår oplysninger om borgerens opholdssted (midlertidige adresse). I en tredje case fremhæves det som godt, at telefonnummer på borgeren er med. Et eksempel på manglende informationer er en case, hvor det ikke fremgår, hvorfor der skal tages blodprøver i ambulatoriet.

Vurderingen af hvorvidt **handleansvaret** er tydeligt fordelt varierer fra case til case, men paneldeltagerne er forholdsvis enige i deres bedømmelser. Ved en af casene vurderer paneldeltagerne, at handleansvaret i høj grad er tydeligt placeret. Argumenterne er, at der er en god beskrivelse fra det opfølgende hjemmebesøg om hvilke aftaler, der er lavet med hvem. Tydelighed omkring hvem der følger op er i denne sammenhæng vigtig. Lægen skriver et fyldestgørende referat og sender til hjemmeplejen, hvor aftaler bliver sat i værk og fulgt op på, med andre ord, der ageres i systemet. Kommunikationen vurderes som værende meget tydelig fra både egen læge og hjemmesygeplejerskens side og sygeplejehandlerne fremgår tydeligt. I en anden case er det sværere at se på dokumentationen, hvad der foregår, men ting sættes i værk og der sker fremdrift i borgerens forløb. Dette indikerer, at der foregår forløbskoordination, som ikke nødvendigvis dokumenteres. Eksempler på fremdrift i borgerens forløb kan være gangtræning eller tandlægebesøg. I casen, der hører til prøvehandlingen for deltagelse af terapeut, bliver terapeutens notater vurderet meget positivt, idet der her fremgår, at der er lagt en plan for borgeren og det videre forløb.

På den mere kritiske side nævnes og argumenteres for at handleansvaret ikke er tydeligt nok. I et tilfælde at der faktisk ikke ageres på borgerens udfordring med ilt. Borgeren har brug for

hjælp ift. ilt, da hun er bange for at bruge apparatet, og først efter to måneder får hun besøg af en iltsygeplejerske. Borgeren fortæller selv, at hun oplevede det, som alt for længe at gå med sådanne bekymringer. Plejepersonalet forsøger med en maske, men det afhjælper ikke på problemet, og borgeren mangler vejledning. Problemet bliver ikke løst tidsnok set fra borgerens perspektiv. Fagpersonerne er enige i, at der går for lang tid. I et andet tilfælde handler det om, at der i sygeplejefjournalen om opfølgende hjemmebesøg ikke står, hvem der gør hvad efterfølgende. Der kan også være tale om, at der mangler notater fra ergoterapeut. Tilsvarende er det i et andet tilfælde oplysninger fra modtagerbesøget, hvor besøget vurderes som godt, men mangelfuld beskrivelse af, hvem der gør hvad i det videre forløb. Et tredje eksempel er aftaler om hjælpemidler, der mangler fra hospitalet eller aftaler, der mangler skriftliggørelse og udgør en potentiel risiko for et dårligere forløb for borgeren.

Tema 2. Patient/pårørende (sp 5-7 og anbefaling 9-11)

Dette tema rummer tre spørgsmål om **samarbejdet med borgeren/pårørende**. God forløbskoordination handler her om, at borgeren/pårørende er godt informeret gennem hele forløbet, at der i planlægningen er taget højde for deltagelsen af pårørende, og at borgeren er tryk ved koordineringen, behandlingen og det opfølgende hjemmebesøg.

I de to cases, hvor det opfølgende hjemmebesøg gennemføres, vurderer auditpanelet i nogen grad eller i høj grad, at borgeren og pårørende er informeret tilstrækkeligt undervejs. I det ene tilfælde er borgeren konfus, og her vægtes især inddragelse af de pårørende som deltagere i det opfølgende hjemmebesøg. Dokumentation tyder på, at de pårørende er informeret og har fået tilbudt at deltage, hvilket vurderes som positivt for forløbskoordinationen. Pårørende, læge og sygeplejerske møder alle op til opfølgende hjemmebesøg, hvilket ligeledes vurderes som en indikator for god koordinering. Samtidig er det indtrykket, at borgerens ønsker er blevet hørt og taget alvorligt blandt personalet.

Paneldeltagerne vurderer samtidig, at forløbet kunne være bedre i en af casene, hvor der ikke er nok fokus på de familiære relationer og udfordringer, hvor et mindreårigt barn står over for at skulle konfirmeres, mens moderen stadig er indlagt. I denne sammenhæng efterspørges samtidig mere planlagte samtaler med nærmeste pårørende, da nogle samtaler i forløbet fremstår som mere eller mindre tilfældige. I en anden case efterspørges mere dokumentation for den kommunikation, der foregår med de pårørende.

I casen, hvor opfølgende hjemmebesøg ikke gennemføres, er der stor utilfredshed blandt de pårørende, som ikke føler sig lyttet til. Paneldeltagerne tillægger det betydning i vurderingen af forløbskoordinationen og vurderer i overvejende grad, at informationsniveauet til borger/pårørende i mindre grad er tilfredsstillende. Dernæst er der hjælpemidler, som borgeren ikke modtager tidligt nok, og usikkerhed hos borgeren omkring hendes medicin og andre tvivlsspørgsmål efter udskrivelsen.

Til spørgsmålet om hvorvidt der er taget **hensyn til muligheden for at de pårørende kan deltage** i det opfølgende hjemmebesøg, vurderer de fleste paneldeltagerne, at det er sket i høj eller nogen grad. Udfordringen er, at det kan være svært ud fra dokumentationen at afgøre, hvorvidt der er taget hensyn. Det fremgår ikke, om tidspunktet har været ubelejligt, men i praksis gennemføres de opfølgende hjemmebesøg med pårørende i to af casene. I den tredje case gennemføres et modtagebesøg, hvor en pårørende havde ønske om at deltage, men ikke gør det.

I auditten bliver det tydeligt, at der er forskellig praksis blandt kommunerne i planlægningen af opfølgende hjemmebesøg. Nogle steder er det den praktiserende læge, der bestemmer tidspunktet for det opfølgende hjemmebesøg, mens det andre steder ofte er muligt at ændre tidspunktet, hvis der er brug for det. Derved er der større fleksibilitet i planlægningsfasen for det opfølgende hjemmebesøg.

I auditpanelets vurdering af **om borgeren er tryk** i forløbet, lægges der vægt på, at en af borgerne eksempelvis siger, at hun oplever at være den, der snakker mest til det opfølgende hjemmebesøg, at hun er i kendte rammer, at hun oplever at få lagt kortene på bordet og talt om betydningsfulde emner og ender med at være et sted, som beskrives som *"det er det bedste, der er sket for mig"*. Auditpanelet vurderer i casen med terapeutdeltagelsen generelt, at borgeren i høj grad er tryk. I de to andre cases er auditdeltagerne mere kritiske i deres vurdering, og især casen hvor det opfølgende hjemmebesøg ikke gennemføres, vurderes borgeren slet ikke at være tryk.

I den forbindelse fremhæver panelet, at de pårørende giver udtryk for, at der er forkerte oplysninger på terapeuten og besvær med at komme i kontakt med vedkommende, hvilket medfører en forsinkelse i udskrivelsen, at borgeren ligger mange uger i sengen uden genoptræning, at der ikke er plads på det ønskede rehabiliteringscenter, og hjælpemidler der ikke er på plads, tryksår og manglende forståelse for de pårørendes synspunkter i starten af indlæggelsen. Et opfølgende hjemmebesøg kan således også bruges til at få talt om et ikke-vellykket forløb, hvor borgere og pårørende har oplevet flere problematiske hændelser.

Tema 3. Samarbejde og sammenhæng (sp 8-9 og anbefaling 12-16)

Paneldeltagerne har vurderet **kvaliteten af samarbejdet** mellem praktiserende læge og hjemmesygeplejerske (terapeut).

Samme mønster for vurdering af forløbskoordinationen på tværs af casene kommer til udtryk ved spørgsmålet om kvaliteten af samarbejdet i kraft af, at især den ene case skiller sig ud ved at i mindre grad at være udtryk for tilfredsstillende koordinering. Paneldeltagerne vurderer, at mange kontakter til vagtlæge, mange kontakter til egen læge med konkrete spørgsmål og manglende tovholder samt genindlæggelse via vagtlæge tyder på dårligt koordinering på tværs af praktiserende læge og kommunen. Samtidig er der tegn på god koordinering, når terapeut og hjemmesygeplejerske samarbejder. I de andre cases er der ligeledes eksempler, hvor paneldeltagerne vurderer, at indsatsen bidrager til god forløbskoordination. Det er fx når dialogen er god, at der samarbejdes om de væsentligste emner, at der stilles spørgsmål og gives konkrete svar, eller at der samarbejdes om ernæring, medicin, træning og boform.

Ved indsatsen med terapeutprøvehandlingen fremhæves det som positivt, at terapeuten er tidligt koblet på forløbet og kan give sine faglige input på det opfølgende hjemmebesøg.

I en case med prøvehandlingen der involverer sygeplejekoordinator, vurderes samarbejdet som tilfredsstillende, idet der hurtigt gennemføres et opfølgende hjemmebesøg med god kommunikation, og der lægges en plan for patienten. Det, der bliver aftalt på det opfølgende hjemmebesøg, tages der efterfølgende hånd om og følges op på. Der sendes hurtigt et notat til lægen, og notatet vurderes at være fyldestgørende, dernæst kommer besøget i hjemmet hurtigt.

Det er auditpanelets vurdering, at de tre sektorers evne til **at skabe sammenhæng for patienten** er opfyldt i to ud af de tre cases. I de cases hvor sammenhængen vurderes som enten i høj grad eller i nogen grad at være fyldestgørende ligger følgende til grund for vurderingen. I interviewet med den ene patient fremgår det, at patienten oplever tidspunktet som passende (selvom der går tre uger), borgeren bliver ikke genindlagt, men bliver tværtimod mere selvhjulpnen over tid. Paneldeltagerne vurderer, at samarbejdet er godt mellem læge, sygeplejerske og terapeut, eksempelvis fordi der kommer besked hurtigt fra læge til sygeplejerske, og der følges op på handlinger, som sættes i værk. Planlægningen vurderes at fungere godt, med det forbehold, at iltsygeplejersken kommer sent ind i forløbet vurderer panelet og borgeren.

Eksempler på utilstrækkelig kvalitet af forløbskoordination er, når der mangler oplysninger i indlæggelsesrapporten, hvor funktionsniveauet ikke er opdateret, at borgeren får flere lægebesøg inden det opfølgende hjemmebesøg, at praktiserendes læges rolle bliver usynlig, når der ikke foretages et opfølgende hjemmebesøg, eller at der ikke tages hånd om borgerens utryghed omkring brug af fx ilt.

Tema 4. Specifikke prøvehandling (sp 10 og anbefaling 17-22)

Auditpanelet vurderer **terapeutens bidrag** til forløbskoordinationen i casen, hvor terapeuten deltager i det opfølgende hjemmebesøg ret forskelligt. Vurderingen fordeler sig mellem "i høj grad", "i nogen grad" og "i mindre grad". To mener, at det ikke er muligt at tage stilling ud fra sagsmaterialet. Argumenterne for at terapeutens deltagelse bidrager positivt til den faglige kvalitet af forløbskoordineringen er, at borgeren kommer sig og får det bedre både fysik og psykisk. Det bidrager positivt, at terapeuten besøger borgeren allerede dagen efter udskrivelsen og tager notater om, hvordan borgeren fx begynder at gå på opdagelse i huset. Paneldeltagerne vurderer, at det er relevant, at terapeuten deltager i det opfølgende hjemmebesøg, fordi borgeren har et genoptræningsbehov.

Auditpanelet bemærkede, at det i den gennemgåede case var svært at vurdere terapeutens konkrete bidrag til den tværfaglige indsats på det opfølgende hjemmebesøg på grundlag af den foreliggende dokumentation³. Lægen ordinerer gangtræning, men det fremgår ikke direkte af dokumentationen, hvad terapeuten har bidraget med på det opfølgende hjemmebesøg. I en af de gennemgåede cases burde hospitalet lave en ny genoptræningsplan frem for at henviser til en tidligere plan.

Prøvehandlingen, hvor **sygeplejekoordinatoren** anvendes, indgår i de to andre cases. I det ene tilfælde bliver besøget gennemført fem dage efter udskrivelsen, selvom borgeren udskrives op til en weekend. Det vurderer paneldeltagerne som værende meget hurtigt, at koordineringen har et godt flow og lever op til forventningerne med indsatsen. Koordinatorens bidrag til forløbskoordination vurderes derfor som i høj grad tilfredsstillende eller i nogen grad tilfredsstillende af alle paneldeltagere. Koordinatoren kontakter lægen og kommunikationen vurderes at være i orden.

Selvom kommunen har valgt at oprette en funktion med sygeplejerskekoordinator, kan det stadig være en udfordring at arrangere et opfølgende hjemmebesøg kort efter udskrivelsen. Praktiserende lægers tre dages svarfrist og praktiserende lægers aftalekalender er vilkår,

³ Journalnotater fra terapeuten var ikke en del af auditmaterialet, og auditpanelet kunne derfor ikke vurdere det.

som koordinatoren ikke kan kontrollere. I den konkrete auditerede case lykkes det, men i tilsvarende cases kan det give problemer.

Tema 5. Genindlæggelser (sp 11)

Det overordnede resultatmål med indsatsen er, at borgerne ikke får en u hensigtsmæssig genindlægges, der kunne være undgået, og at kvaliteten af udskrivelsesforløbet styrkes. Det er ønskeligt at reducere forebyggelige genindlæggelser og u hensigtsmæssige indlæggelser for denne målgruppe. Dette tema er derfor i forhold til de foregående et mål for, hvor godt de andre temaer spiller sammen for at netop at undgå en genindlæggelse.

I den ene case er det tydeligt, at paneldeltagerne generelt vurderer, at forløbet slet ikke er tilfredsstillende i forhold til at **forebygge u hensigtsmæssige genindlæggelser/indlæggelser**, da alle har svaret dette i vurderingsskemaet. Borgeren bliver genindlagt (dog efter 30 dage), og har ved indlæggelsen (der auditeres) stigende infektionstal, hendes kateter skiftes ikke, hun får ikke et opfølgende hjemmebesøg, og de pårørende oplever sig ikke inddraget nok. Auditpanelet vurderer, at en række begivenheder forringer kvaliteten af forløbet for borgeren, og at et opfølgende hjemmebesøg kunne have været med til at forebygge en genindlæggelse.

I de to andre cases vurderer paneldeltagerne i langt højere grad, at forløbskoordineringen er med til at forebygge genindlæggelser. De begrundet det i det ene tilfælde med, at samarbejdet fungerer godt på tværs af sektorgrænserne. Borgeren er godt tilfreds med forløbet, hvor hun kommer i en plejebolig efter eget ønske. Hun går fra at have det meget dårligt, have tabt sig betydeligt i vægt og er for psykisk belastet til at tage på i vægt, til at blive stabil og få håndteret psykiske udfordringer. Panelet vurderer dog samtidig, at forløbet kunne være endt galt, da borgerens situation er ret kompleks, hun får vagtlægebesøg flere gange og vurderingen er, at det opfølgende hjemmebesøg burde have været gennemført tidligere (det kommer efter 21 dage).

I det andet tilfælde er det vurderingen, at personalet er omkring borgeren hele tiden, de kender hende, og der er en god dialog omkring behandlingen. Indsatsen vurderes derfor overvejende "i høj grad" at være tilfredsstillende. Lægen indgår i samarbejdet, og der er god kommunikation og samarbejde mellem borger, pårørende, læge og sygeplejerske. Ifølge interviewet føler borgeren sig ligeledes i gode hænder. Der er en potentiel risiko i forbindelse med, at borgeren er utryk ved iltapparatet, og der går lang tid før, der kommer styr på det, men i dette tilfælde ender forløbet godt.

Et argument for at sygeplejekoordinatoren gør en forskel er, at hun har det som en vigtig opgave at arrangere opfølgende hjemmebesøg, og derfor bedre kan afsætte tid til at løse opgaven. Hun kender opgaven, og det er klart defineret, hvad hun skal. Samtidig kan det være en fordel, at ansvaret ikke er spredt for meget ud, og rammer handleparatheden, da tiden er et vigtigt parameter for en forholdsvis sårbar patientgruppe. Ensartethed i planlægningen er et andet relevant parameter i forhold til at samle funktionen et sted. I en af de auditerede cases får sygeplejekoordinatoren taget kontakt til borgerens egne læge med det samme.

Et parameter som kan have betydning for hvor godt det lykkes med forløbskoordination er borgerens indstilling til, om vedkommende vil samarbejde med de professionelle omkring behandlingen, plejen og koordineringen i forhold til møder. Et andet parameter er, at det opføl-

gende hjemmebesøg skal afholdes inden for 6-8 dage, men det kan være en udfordring i solo-praksis især med ferieperioder o.l. Et tredje at det kan være en udfordring at få koordineret med de pårørende, der måske skal tage fri fra arbejde eller kommer langvejs fra i forhold til at holde tidsfristen. Så selv om sygeplejekoordinatoren kan arbejde fleksibelt, er hun afhængig af samarbejdspartnerne.

Afsluttende bemærkning

Afsluttende bemærkninger

Skriftlig dokumentation er en væsentlig forudsætning for god forløbskoordination. I auditpanelet var der forskellige holdninger til om dokumentationen var tilstrækkelig: Skal der dokumenteres mere, hvis borgeren er tilfreds og forløbet er fint? Argumentet for ikke at gøre det er, at der ikke er tid til at dokumentere mere i en travl hverdag. Nogle oplysninger med relevans for forløbskoordination dokumenteres i Care (omsorgssystemet), men der kan være udfordringer med at "disponeringer"/kørelister" ikke fremgå af journaludtræk (og derved ikke fremgår af sagsmaterialet ved audit), men er til stede på dagen, hvor sygeplejersken skal anvende det. Dobbeldokumentation skal undgås – også for at undgå at dokumentationen bliver uoverskuelig.

Samtidig var der andre paneldeltagere, der efterlyste mere dokumentation for aftaler og en plan. Problemet opstår især, når opgaver overtages fra andre.

Opfølgende hjemmebesøg er en brik i den samlede indsats over for ældre medicinske patienter og borgere med lavt funktionsniveau samt multisygdom. Et andet vigtigt tiltag er akutsygeplejersker, som kan erstatte mange af lægens hjemmebesøg og formentlig også forebygge hospitalsindlæggelser.



www.defactum.dk