

Evaluering af fem indsatser i Region Midtjylland for den ældre medicinske patient



Oktober 2016

Evaluering af fem indsatser i Region Midtjylland for den ældre medicinske patient

©DEFACTUM®, Region Midtjylland, 2016

Konsulent Torben Holm

Konsulent Jesper Buchholdt Gjørup

Faglig leder Pernille Bjørnholt Nielsen

www.defactum.dk

1	RESUMÉ	1
1.	FORMÅL MED PULJEN OG EVALUERINGEN	2
2.	KORT BESKRIVELSE AF DE FEM INDSATSER	3
3.	PROCES.....	4
4.	RESULTATER.....	7
4.1	Forebyggelige (gen)indlæggelser	7
4.2	Patientoplevelet og faglig kvalitet	8
	PATIENTERNES BAGGRUNDSKARAKTERISTIKA	8
	PATIENTERNES SVAR PÅ SPØRGSMÅL OM SUNDHEDSVÆSENET	11
	OPSAMLING PÅ PATIENTOPLEVET KVALITET	15
	FAGLIG KVALITET	16
	OPSAMLING FAGLIG KVALITET	18
4.3	Sundhedstilstand	18
4.4	Omkostninger pr. capita.....	20
4.5	Metoderesultater	23
5.	KONKLUSIONER.....	25
6.	PERSPEKTIVERING.....	28
BILAG.....		30
1. METODE.....		30
2. SPØRGESKEMA.....		30
3. REGISTRERINGSSKEMA		30
4. EKSTRA TABELLER.....		30
5. SELVEVALUERINGER		30

1 Resumé

Der er i Region Midtjylland iværksat fem klyngeprojekter, som skal fremme forløbskoordinationen for den ældre medicinske patient. Projektgruppen for Styrket Forløbskoordination For Den Ældre Medicinske Patient, har bestilt DEFACTUM til at evaluere indsatserne.

Denne evaluering forholder sig til, hvorvidt de fem projekter kan dokumentere, at indsatserne bidrager til høj patientoplevelse og faglig kvalitet, fremmer sundhedstilstanden samt reducerer de samlede omkostninger pr. borger, som er elementerne i den Triple Aim tilgang, der er valgt for evalueringen. Derudover forholder evalueringen sig til de metodiske udfordringer, der er koblet til dataindsamling for denne målgruppe på tværs af sektorer.

Konklusioner omkring forebyggelige genindlæggelser¹, økonomiske beregninger og til dels patientoplevelser er baseret på, at kun patienter, der har givet samtykke, indgår. Derfor er det ikke muligt at drage konklusioner generelt set i forhold til indsatsernes populationer på disse parametre, da projekterne ikke har opgjort data herfor, og det ikke er lovligt for evaluator at trække oplysningerne centralt fra Regionens hospitalsdata.

Rapporten konkluderer på baggrund af den spørgeskemaundersøgelse (51 respondenter), som indgår i evalueringen, at den patientoplevede kvalitet kan forbedres. Datagrundlaget er ikke solidt nok til at kunne generalisere konklusionerne til hele målgruppen. Følgende resultater gælder for de inkluderede patienter i undersøgelsen. Ved udskrivelsestidspunktet er det kun halvdelen af patienterne, som føler sig trygge, den andel halvdel er utryk. Ved vurdering ca. 2-4 uger efter udskrivelsen, er knap 90 % trygge. Potentialet for at øge tryghedsfølelsen ligger derved især ved udskrivelsestidspunktet/sektovergangen. (I Aarhus er der kun spurgt til tryk i hjemmet, da de ikke nødvendigvis har været indlagt forinden besøg). 70 % af patienterne oplever, at de i høj grad får talt om det vigtige ved hjemmebesøget. Lidt over 60 % mener, de får den støtte, de har brug for, mens godt 50 % mener, der bliver taget hånd om deres behandling, så de kan være hjemme, og en tilsvarende andel mener, at de ved, hvem der gør hvad efter besøget. For spørgsmålene om oplevelsen af hospitalsindlæggelse (Vest og Randers) gælder det, på nær et enkelt spørgsmål, at under halvdelen svarer 'I høj grad' (den mest positive værdi). Der er derved et stort forbedringspotentiale. Samtidig gælder det, at over halvdelen af patienterne er polyfarmaci-patienter og i de to klynger, hvor der indgår spørgsmål om medicinen, er der henholdsvis 27 % og 16 %, som i høj grad er i tvivl om deres medicin.

Evalueringen konkluderer, at de patienter, som er inkluderet i indsatserne, tilhører målgruppen. Fælles for indsatserne er, at tværsektoriel koordinering og kommunikation er vigtig for at øge den faglige kvalitet og give bedre samlede behandlingsforløb for patienterne. Der er ingen systematisk dokumentation for, at den faglige kvalitet er øget, men projekterne har hver især redegjort for, at styrket samarbejde/koordinering via forskellige modeller herfor fremmer indsatsen. Nogle har auditeret på forløbene og vurderer, at indsatsen har betydet, at det har været muligt at undgå forebyggelige indlæggelser, mens andre mere redegør for, at koordinering er sket lettere/hurtigere, praktiserende læge er mere involveret, patienterne udskrives hurtigere for at kunne være i vante omgivelser eller at personalet oplever, at borgerne føler sig trygge i eget hjem ved hurtigt besøg fra kommunen. Erfaringerne omkring givtigt samarbejde vurderes at kunne styrke den fremadrettede indsats på tværs af sektorerne for målgruppen.

¹ En forebyggelig genindlæggelse er defineret ved at indlæggelsen finder sted tidligst otte timer og inden 30 dage efter forrige udskrivning, indlæggelsen starter akut, indlæggelsen må ikke være som følge af en henvisning fra et andet sygehus eller sygehusafsnit og patienten må på indlæggelsen ikke have en kræft- eller ulykkesdiagnose.

Projekterne har ikke inkluderet mål for patienternes sundhedstilstand ud over det overordnede mål for forebyggelige (gen)indlæggelser. Blandt de 52 patienter, der har givet samtykke, er der i klyngerne samlet set syv, som har haft en forebyggelig genindlæggelse inden for 30 dage efter deres udskrivelse, svarende til 13 %. Heri blandt to patienter, som har flere forebyggelige genindlæggelser.

Ingen af de fem projekter har gennemført beregninger på reduktion af omkostninger blandt de patienter, som indgår i indsatsen. Estimer for udgifter på hospitalet for en forebyggelig genindlæggelse på de fem berørte hospitaler i Region Midtjylland spænder fra ca. 47.000-63.000 kr. pr. patient. Evalueringen viser, at blandt de patienter, der har givet samtykke, har udgifterne fra udskrivelse og 30 dage frem et niveau fra knap 17.000 – 112.000 kr. alt efter hvilken klynge, der er tale om. I Randers ser der umiddelbart ikke ud til at være en økonomisk forskel, i Vest, Aarhus og Midt har de aktuelle patienter umiddelbart haft en lavere gennemsnitlig udgift samlet set i forhold til, hvis de var blevet genindlagt, og den ene patient, som er inkluderet i Horsens har kostet mere end en gennemsnitlig forebyggelig genindlæggelse. Beregningerne kan på ingen måde generaliseres, men er et udtryk for, at det er muligt at finde data på nogle bestemte typer af ydelser og opgøre disse via estimer for faktiske ydelser.

Det er et grundlæggende vilkår for denne evaluering og fremadrettede målinger af indsatser, at data kun må anvendes, hvis den enkelte patient har givet samtykke. Det reducerer muligheden for at lave overordnede analyser kraftigt, og samtidig vil der være en potentiel risiko for bias, hvis det kun er de patienter, der er friske nok til at kunne give samtykke, som kan indgå i generelle analyser af forløb. Adgang til registerbaseret data er at foretrække.

Spørgeskemainsamling er muligt blandt målgruppen, men det er en ressourcekrævende proces med personlig udlevering blandt personalet. I evalueringen indgår, hvad der svarer til 11% af dem, der har modtaget indsatsen (i hele perioden), og heriblandt ikke de meget syge, da de på grund af deres helbredstilstand af personalet blev vurderet at være for syge til at modtage et spørgeskema i tre ud af fire klynger. Det er heller ikke nødvendigvis en god løsning at lade personalet udfylde for patienten, da evalueringen viser, at deres svar på samme spørgsmål kan afvige fra hinanden.

1. Formål med puljen og evalueringen

I aftalen om satspuljen 2012-2015 er der afsat midler til styrkelse af sammenhæng i og koordinering af patientforløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter. De fem klyngeprojekter, som indgår i Region Midtjylland, har alle fokus herpå. Denne evaluering skal opfylde projekternes overordnede formål, nemlig at bidrage med en systematisk viden om, hvordan forløbene for denne særlige gruppe af patienter bedst tilrettelægges, og hvilke indsatser, der med fordel kan udvides (Sundhedsaftalen 2015-2018, side 82). I regionen arbejdes der bredt med mange forskellige tiltag for at forebygge genindlæggelser og styrke indsatsen overfor ældre medicinske patienter. Det er derved ikke alle tiltag, som evalueres i denne evaluering. Andre initiativer kunne være TOBS, akutteam, udskrivningskoordinatorer og opfølgende hjemmebesøg. I udgangspunktet betyder det, at det er sværere at isolere effekten af de tiltag, som skal evalueres i dette projekt.

I Region Midtjylland er valgt en tilgang, som er inspireret af Triple Aim principperne², hvorved evalueringen skal forholde sig til, hvorvidt projekterne lever op til følgende tre delmål:

- 1) Høj patientoplevelse og faglig kvalitet
- 2) Fremme sundhedstilstanden
- 3) Reducere de samlede sundhedsomkostningerne pr. borger

Derudover skal evalueringen afprøve metoder til at undersøge og indsamle data om borgernes oplevelser, kvalitet, omkostninger og sundhedstilstand.

2. Kort beskrivelse af de fem indsatser

De fem klynger har alle valgt forskellige indsatser, se uddybende beskrivelser i selvevalueringerne (bilag 5). Tabel 1 viser, hvor mange patienter, der indgår i de fem klyngeprojekter. Oprindeligt var der sat et aldersinklusionskriterium på 65+ år, men flere af indsatserne har valgt en definition med udvidet/fjernet alderskriterium.

Tabel 1 Antal patienter der indgår i indsatsen³

	Randers	Vest	Aarhus	Midt	Horsens
Patienter der har modtaget indsatsen	95	178+ ⁴	158	51	-

Randersklyngen, Tværsektorielt patientforløb for borgere med hoftenær fraktur

Målgruppen for indsatsen er borgere med hoftenær fraktur. De er kendetegnet ved høj alder og har ofte, udover bruddet, livsstils- og andre medicinske problemstillinger. Der er efter indlæggelse typisk behov for opfølgende og forebyggende indsats. Formålet med indsatsen er en forbedret tværsektoriel indsats, hvor rehabilitering sker så tæt på borgerens nærmiljø, som muligt, hvilket vil betyde et kvalitetsløft for borgere med hoftenær fraktur. Forventningen er, at indsatsen er udgiftsneutral. Alle borgere med hoftenær fraktur (DS720–DS722) fra de fire kommuner i klyngen (Favrskov, Norddjurs, Randers og Syddjurs Kommune) indgår. Efter pilotprojektet er indsatsen implementeret uden ændringer, i skrivende stund er hospitalsdelen af patientforløbet under revision. Startdato: 01.09.14 og afslutning af pilotprojektet d. 30.11.14.

Vestklyngen, Opfølgende hjemmebesøg

Patientgruppen udgør ældre, svækkede og sårbare patienter, som er indlagt på medicinsk, akut, kirurgisk, ortopædkirurgisk, urinvejskirurgisk, neurologisk eller onkologisk afdeling i Hospitalsenheden Vest (HEV), og som ud fra et fagligt skøn er screenet til at modtage et opfølgende hjemmebesøg. Formålet med projektet er at sikre kvalitet og forløbskoordinering i forbindelse med udskrivelse fra hospital til kommune og praktiserende læge. Aldersgrænsen er 65 år eller ældre. Patienter har ofte multimorbiditet og polyfarmaci. Startdato: 01.01.15, slutdato d. 31.12.15.

² Det er en tilnærmelse af Triple Aim, da der fx ikke er inkluderet civil samfunds indsats/udgifter, og at hele populationen ikke er defineret på cpr. niveau.

³ Data stammer fra selvevalueringerne.

⁴ 163 borgere har modtaget prøvehandling 1, mens 15 borgere har modtaget prøvehandling 2, sidstnævnte dækker kun over tal fra en af de to deltagende kommuner, så reelt er tallet højere.

Aarhusklyngen, Fælles akutteam i Aarhus

Aarhus Kommune og Aarhus Universitetshospital (AUH) har etableret et shared care tilbud, hvor målgruppen primært er den skrøbelige ældre medicinske patient i Aarhusklyngen. Akutteamet træder til i mere komplekse og akutte situationer, hvor borgerens privat-praktiserende læge eller vagtlæge har behov for faglig assistance fra geriater eller til varetagelse af opgaver, som ligger uden for kommunens hjemmesygeplejerskers kompetenceområde. Praktiserende læge eller vagtlæge vurderer i den enkelte situation, om de har behov for faglig assistance fra kommunens akutsygeplejersker eller geriater på AUH afdeling G, som herefter kan overtage behandlingsansvaret uden at borgeren indlægges. Tilbuddet skal skabe et sikkerhedsnet i den akutte situation døgnet rundt, hvorved en indlæggelse kan undgås. Samtidig skal ordningen bidrage med rådgivning, dialog og samarbejde og understøtte forløbskoordination i sektorovergangene. Målgruppen for indsatsen er borgere i Aarhus Kommune, som bliver akut syge. Startdato: Januar 2014. Tilbuddet er permanentgjort d. 1. januar 2016.

Midtklyngen, Det gode forløb for den ældre medicinske patient – et fælles ansvar

Patientgruppen udgør den ældre medicinske patient, som har svær sygdom, komorbiditet, svært nedsat funktionsniveau, begrænset egenomsorgskapacitet, polyfarmaci og et stort behov for kommunal hjælp efter indlæggelse. Formålet med indsatsen er at reducere antallet af uhenigtsmæssige gen(indlæggelser), styrke sammenhængen i og koordinationen af patientforløbet, skabe tryghed i overgangen fra hospital til eget hjem og identificere borgere med behov for hjemmepleje, som ikke allerede er i det kommunale system. De inkluderede patienter har enten været kortvarigt indlagt i Akutafdelingen (<24 timer) eller længerevarende på sengeafsnittet på Lungemedicinsk Afdeling i den tre-måneders periode, der var afsat til prøvehandling. Ingen aldersgrænse er sat for patientgruppen. Patienterne på Lungemedicinsk afdeling vurderes ud fra et fagligt skøn, og akutteamet i kommunen gennemfører screeningen (som ved opfølgende hjemmebesøg). Kommunen sender en hjemmesygeplejerske ud inden for 24-48 timer efter udskrivelse. Hospitalet sender en korrespondance til kommunen med "DÆMP opfølgende hjemmebesøg" i emnefeltet. Startdato: 01.01.13, slutdato d. 31.12.16.

Horsensklyngen, Forløbskoordination for den ældre medicinske patient, i forløb ved geriatrisk team/sygeplejerske, efter indlæggelse på Hospitalsenheden Horsens

Målgruppen for indsatsen er alle ældre (+65 år) sårbare borgere i Odder Kommune⁵, hvor hjemmesygeplejersken via social- og sundhedsassistenten er blevet involveret i tidlig opsporing af begyndende sygdom (TOBS, ændringsskemaet og TRIAGE). Borgeren er efterfølgende blevet henvist af egen læge og hospitalsafdelinger. Borgeren skal have gennemgået Flow 1 (hvor der er sendt en henvisning til geriatrisk team) og udskrives til Odder Kommune Flow 2 (udskrives til et geriatrisk efterforløb). Formålet med indsatsen er at forebygge indlæggelser og reducere antallet af uhenigtsmæssige gen(indlæggelser). Indsatsen fokuserer på opfølgning, udredning i ambulanseregion, gode råd til hjemmeplejen, hjemmesygeplejersker og egen læge ved geriatrisk team. Kontakten til geriatriske læger og sygeplejersker gøres nemmere ved, at de står til rådighed alle hverdage mellem kl. 8-15. Startdato: 01.01.2014, slutdato d. 01.06.2016

3. Proces

Efterfølgende beskrives kort omfanget af indsatserne og klyngernes tilrettelæggelse af forløbet. De lokale projekter har haft forskellige forløb. Den forstærkede indsats har ikke været i gang i hele projektperioden. En af udfordringerne ved at evaluere effekten af indsatserne har netop

⁵ Projektet har oprindeligt inkluderet Skanderborg og Horsens Kommune, men har manglet kommunal tovholder for projektet jf. afsnit 2

været, at definition af målgruppen har været uklar for flere af projekterne og under løbende udvikling, og at der ingen steder er foretaget formålinger. Nogle steder er der lavet kortvarige prøvehandlinger, som er afsluttet før projektafslutning, og nogle steder er indsatserne permanentgjort i projektperioden.

Randersklyngen har gennemført et pilotprojekt, som blev evalueret ved dataudtræk, audit af 36 cases og 16 patientinterviews efter afslutningen i november 2014. I pilotprojektet indgik alle patienter med hoftebrud, indlagt i perioden 1/9 - 30/11 2014 alt nåede 95 patienter igennem i perioden, hvilket er et forventeligt niveau under den givne tidsramme, og det årlige flow af patienter taget i betragtning. Indhold af indsatsen blev inden pilotprojektets start beskrevet i en tværsektoriel patientforløbsbeskrivelse fra det hoftenære bruds opståen til afslutning af rehabilitering. Patientforløbsbeskrivelsens formål var at klargøre, hvad der skulle ske hvornår, og hvem der havde ansvaret for den givne handling. Relevant personale fra både hospitalet og kommuner blev inden projektets start præsenteret herfor for at sikre bred viden om ændringerne. Der har fra starten ligeledes været opstillet forventninger til effekten af indsatsen på den faglige kvalitet, borgerens sundhedstilstand og tilfredshed samt indsatsens effekt på økonomien.

Vestklyngen har fra starten fastlagt indsatsens omfang med en målsætning om, at der årligt skulle screenes og henvises 3000 patienter til opfølgende hjemmebesøg fra Hospitalsenheden Vest. For at opnå målsætningerne om øget patienttilfredshed og reduktion af omkostningerne blev der i værksat tre typer af prøvehandlinger. Den første prøvehandling bestod i, at en sygeplejekoordinator i kommunen fik til opgave at aftale besøg for alle de opfølgende hjemmebesøg (Ikast-Brande Kommune og Struer Kommune). Den anden prøvehandling var, at terapeuter deltog i de opfølgende hjemmebesøg (Holstebro Kommune og Lemvig Kommune). Den tredje prøvehandling indebar, at alment praktiserende læge og hjemmesygeplejerske dagligt afsatte tid til afholdelse af opfølgende hjemmebesøg. Denne prøvehandling blev dog kun gennemført i september 2015 og inkludere to patienter i perioden. Fokus har generelt været på forløbskoordination og ikke vurdering af borgerens funktionsevne og sundhedstilstand.

I Aarhusklyngens selvevaluering bruges formuleringen "at lægge skinnerne, mens vi kører". Det betød, at der på forhånd ikke var formuleret en klar opgavefordeling eller beskrevet omfanget af opgaven, herunder antal borgere omfattet af indsatsen. Arbejdsgange og snitflader er derved løbende udviklet gennem perioden. Aarhus har arbejdet med målsætninger for sundhedstilstand((gen)indlæggelser), faglig kvalitet og patientoplevelse kvalitet.

I Midtklyngen har der ikke været nogen præcis målsætning ift. omfang. I starten var det klart, at der var en udfordring i forhold til forløbskoordination mellem sektorerne i almindelighed, men i særdeleshed i forhold til patientforløb på under 24 timer. Derfor blev der kørt separate indsatser. Den ene omfatter patienter med længere indlæggelser fra Lungemedicinsk Afdeling på RH Viborg, som udskrives direkte til Skive Kommune. Den anden omfatter patienter med indlæggelser på under 24 timer fra HE Midts Akutafdeling i Viborg, som udskrives til Viborg Kommune. Opdelingen skete for at afdække eventuelle forskelle mellem de to grupper. Der blev opstillet fire overordnede mål for indsatsen, som omhandler reduktion i antal uhensigtsmæssige gen(indlæggelser), styrket sammenhæng i og koordinationen af patientforløbet, tryghed i overgangen fra hospital til eget hjem og identifikation af borgere med behov for hjemmepleje, som ikke allerede er i det kommunale system. I starten af projektperioden var der fokus på DÆMP som inklusion i MedCom standarderne, men i kraft af at DÆMP kun har kunnet indgå som en tekst i et emnefelt i korrespondancemeddelelsen til kommunen, er det ikke muligt at lave dataudtræk med denne kategori som inklusionskriterium. Dette element er derved blevet nedtonet undervejs.

Horsensklyngen har Horsens, Odder og Skanderborg kommuner i deres optageområde, dog har projektet båret præg af manglende deltagelse af tovholder fra kommunal side efter en kommunal repræsentant fra Skanderborg Kommune trådte ud midt i projektperioden. Evalueringen baserer sig på data fra Odder Kommune, der størrelsesmæssigt er den mindste kommune i klyngen, og der er spørgsmål, som står ubesvaret i selvevalueringsskabelonen.

Samlet set har klyngernes indsatser foregået lidt forskudt og ikke i hele projektperioden, hvilket har gjort det vanskeligere at inkludere et større antal borgere.

Dataindsamlingen i projektet har samtidig været præget af en ny, skærpet praksis i forhold til håndtering af personhenførbare oplysninger. Det har betydet, at det oprindelige design ikke har kunnet følges fuldt ud. Skærpelsen har betydet, at det har været vanskeligere at gennemføre det tværsektorielle samarbejde og herunder få data på den enkelte borger og den enkelte indsats. Det har ikke været muligt, juridisk set, at få godkendt datasamkørsel på tværs af hospital og kommune for de borgere, der er inkluderet i indsatsen, og heller ikke udtræk om genindlæggelser på den enkelte hospitalsafdeling eller inden for den enkelte diagnosegruppe.

Det har kun været muligt at samkøre data for de borgere, der har givet skriftligt samtykke. Det har reduceret kvantiteten væsentligt, og det betyder, at generelle tal for forebyggelige genindlæggelser ikke kan vises for de fem klynger.

4. Resultater

Følgende afsnit beskriver resultaterne i forhold til de tre ben i Triple Aim og de metodemæssige resultater. Da forebyggelige (gen)indlæggelser går igen i forhold til alle tre ben i Triple Aim, beskrives resultaterne herfor først.

4.1 Forebyggelige (gen)indlæggelser

Blandt de 52 inkluderede patienter (= alle, der har givet samtykke) er der i klyngerne samlet set syv, som har haft en forebyggelig genindlæggelse inden for 30 dage efter deres udskrivelse.⁶ Heriblandt to patienter, som har flere forebyggelige genindlæggelser. En forebyggelig genindlæggelse er defineret ved at indlæggelsen finder sted tidligst otte timer og inden 30 dage efter forrige udskrivning, indlæggelsen starter akut, indlæggelsen må ikke være som følge af en henvisning fra et andet sygehus eller sygehusafsnit og patienten må på indlæggelsen ikke have en kræft- eller ulykkesdiagnose. Bilag 1 viser en uddybende beskrivelse af de anvendte diagnosekoder m.m. Fordelingen på klyngerne er vist i tabel 2.

Tabel 2. Forebyggelige genindlæggelser blandt inkluderede patienter

	Randers ⁷	Vest	Aarhus	Midt	Horsens
Forebyggelige genindlæggelser	4*	0**	1**	2	0
Døde	2	0	0	0	0
Udgår på anden vis	1	0	0	0	1
Pt. i alt	22	12	4	11	3

* Yderligere 2 patienter blev genindlagt, men uden at være en "forebyggelig genindlæggelse", hvorfor de ikke er medregnet.

** Yderligere 1 patient blev genindlagt, men uden at være en "forebyggelig genindlæggelse", hvorfor indlæggelsen ikke er medregnet.

I Randers blev der inden for 30 dage genindlagt fire patienter ud af 22 med en forebyggelig indlæggelse, i Aarhus en ud af fire og i Midt to ud af de 11 inkluderede patienter. I Randers svarer det til 18 %. Standarden på området (dog for alle akutindlæggelser efter hoftenært lårbensbrud) er på <20 %. I Randers lå tallene generelt på 17 % i 2015 og 20 % i 2014. For hele Region Midtjylland på 14 % i 2015 og 18 % i 2014 (Dansk Tværfagligt Register for Hoftene Lårbensbrud. National årsrapport 2016, version 1, 06. april 2016). Det er meget få registreringer vi har, men blandt de få patienter, der har givet samtykke, ser antallet af genindlæggelser ikke ud til at afvige fra det forventelige billede.

Aarhusklyngen har auditeret på 15 simpelt tilfældigt udvalgte borgere, som har modtaget indsatsen og vurderer, at 135 akutte indlæggelser bliver forebygget ved behandling i eget hjem via akutteamet. I samtlige tilfælde, hvor hospital og kommune har samarbejdet om en borger i eget hjem, er der leveret nødvendige ydelser, som uden det fælles akutteam, ikke ville kunne være leveret uden hospitalsindlæggelse. fx opstart af IV-behandling.

Ingen projekter har forelagt resultatopgørelser for udviklingen i antal forebyggelige genindlæggelser i målgruppen. Designet for evalueringen har haft en indikator om forebyggelige genindlæggelser på årsplan, men grundet juridiske restriktioner, er det ikke muligt at trække data på

⁶ Eller inden for 30 dage efter kontakt med akutteamet (Aarhus).

⁷ Patienterne fra Randers er fra implementeringsperioden og derved efter pilotprojektets afslutning.

hverken afdelingsniveau, hospitalsniveau eller diagnoseniveau for at se på udviklingen i antal forebyggelige (gen)indlæggelser.

Godkendelsen af projektet under Region Midtjyllands fællesanmeldelse (paraplyanmeldelse) tillader alene behandling af de i projektet anførte personoplysninger. Godkendelsen tager således ikke stilling til det hjemmelgrundlag (fx lovbestemmelse og patientsamtykke), der ligger til grund for modtagelse (inkludering) af personoplysninger i projektet. Oplysninger vedrørende genindlæggelse er helbredsoplysninger og dermed følsomme personoplysninger. Når oplysningerne inddrages i projektet, vil der i sundhedslovens forstand være tale om en videregivelse af helbredsoplysninger fra EPJ (elektronisk journalsystem i Region Midtjylland) til projektet. Videregivelsen kræver samtykke fra patienterne, jfr. sundhedslovens § 43, stk. 1.

4.2 Patientoplevet og faglig kvalitet

Den patientoplevede kvalitet er undersøgt ved at spørge til tryghed, tilfredshed og støtte i forløbet blandt patienterne.

Det er en metodisk udfordring at indsamle data om den patientoplevede kvalitet i målgruppen. Udfordringerne har været, at der er praktiske forhindringer, tvivl om datamæssig relevans, og/eller om hvorvidt, det er etisk i orden, at målgruppen udfylder et spørgeskema, fordi de er syge og kognitivt svækkede, og nogle af dem måske er døende. Flere muligheder blev overvejet. Valget blev at overlade beslutningen om at udlevere/udsende spørgeskemaet til den sygeplejerske, som havde kontakten med borgeren/patienten.

I Aarhus, Vest og Horsens blev sygeplejersken bedt om at udfylde et registreringsskema og at udlevere et papirspørgeskema og en samtykkeerklæring hjemme hos patienten. Hvis sygeplejersken vurderede, at borgeren ikke skulle have udleveret et spørgeskema, kunne dette markeres i registreringsskemaet. I Randers indhentede hospitalet inden udskrivning samtykke fra patienten til, at DEFACTUM kunne kontakte dem efter udskrivning. Midtklyngen har kun haft inkluderet patienter i interventionen i 2015, hvorfor de ikke indgår i spørgeskemaundersøgelsen, fordi det er vurderet at være for langt tilbage i tid. Et begrænset antal patienter er adspurgt igennem samtaler med personalet, hvor det af selvevalueringen fremgår, at det tidlige besøg har bidraget til at skabe tryghed for den enkelte i overgangen fra hospital til eget hjem.

51 respondenter har udfyldt et spørgeskema (udgør 11 % af dem, der modtaget indsatserne). Derudover har personalet i tre ud af fire klynger udfyldt et registreringsskema i forbindelse med udlevering af samtykkeerklæringen. Nogle har derefter fået et spørgeskema, mens andre ikke blev vurderet egnet til at få det udleveret. Der er i alt modtaget enten spørgeskema og/eller registreringsskema på 71 borgere. 44 registreringsskemaer er modtaget. Heraf er der 11 borgere, der har fået vurderingen "for syg til at deltage" eller "kognitivt ikke i stand til at svare" (1 er afkrydset i "anden begrundelse"). Der er 25 borgere, hvor både registreringsskema og spørgeskema er indsendt, hvilket svarer til halvdelen af spørgeskemarespondenterne.

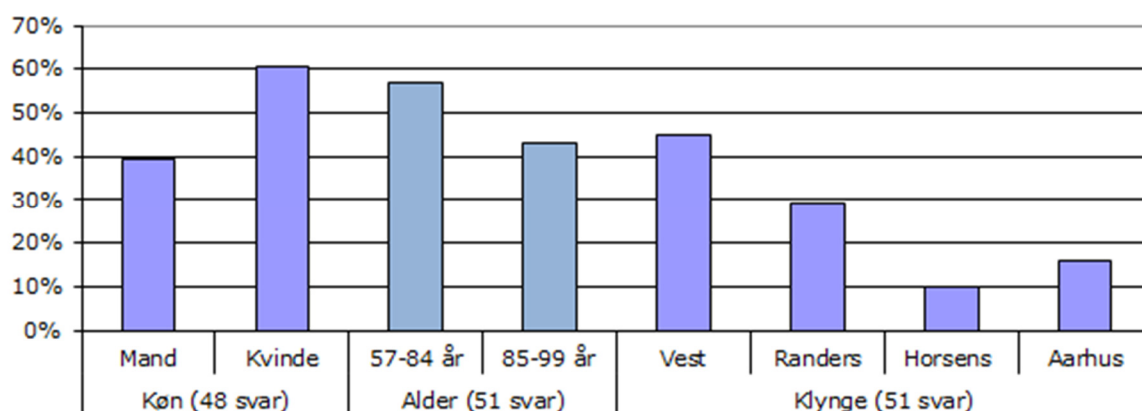
Følgende afsnit beskriver respondenter ved først at vise en kort karakteristik af deres baggrundsvariabel, derefter deres svar på kontakten til dels hospitalet og dels det opfølgende hjemmebesøg, hvis et sådan besøg har fundet sted. Resultaterne vises på tværs af klyngerne.

Patienternes baggrundskarakteristika

Der er ca. 60 % kvinder og 40 % mænd. Aldersmæssigt ligger de fra 57-99 år, med en gennemsnitsalder på 85 år (Vest 82 år, Aarhus 85 år, Randers 78 år og Horsens 88 år). Kun tre patienter

er under 65 år. Klyngemæssigt er de 51 indkomne spørgeskemaer fordelt med flest i Vest, der har 23 skemaer, Randers har 15, Aarhus har 8 og Horsens har 5. Figur 1 til 7 viser baggrundsdata på tværs af klyngerne.

Figur 1: Køn, alder og klynge⁸



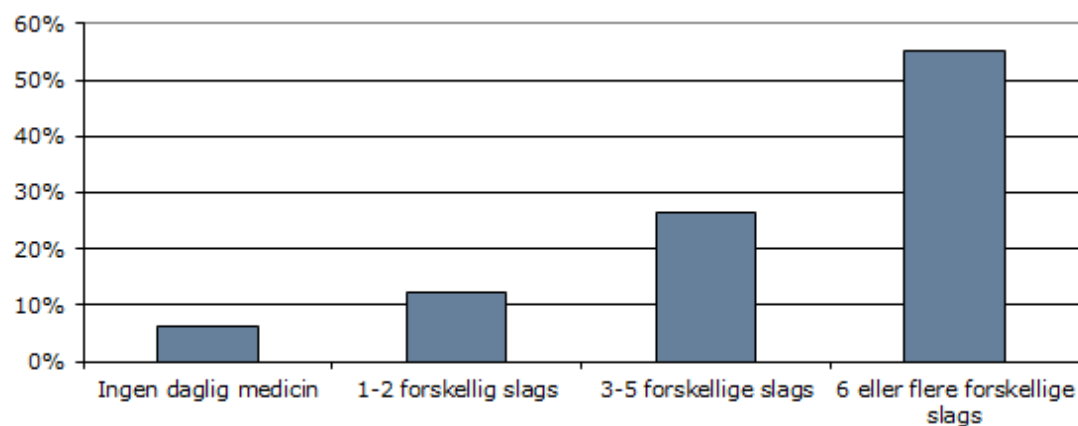
Der er i spørgeskemaet spurgt til indtag af medicin, daglige gener og behovet for hjælp i hverdagen for at vurdere, om patientgruppen falder inden for kriterierne for den ældre medicinske patient, som puljeprojektet er rettet imod (figur 2-4). Lidt over halvdelen af patienterne er polyfarmacipatienter med et dagligt indtag af seks eller flere forskellige slags medicin. 6 % (3 patienter) tager ingen daglig medicin (figur 3). Knap 60 % har svært ved at holde balancen/gå eller har svært ved at se/høre. Ca. 40 % har smerter og har svært ved at huske (figur 3). Over halvdelen af polyfarmacipatienterne er til daglig generet af smerter (ikke vist). Knap 60 % har brug for hjælp til at gå og personlig hygiejne (figur 4).

Derudover har lidt over hver tredje brug for hjælp til at tage tøj på, tage medicin eller komme op af sengen. Hver tiende har brug for hjælp til at spise. Ca. 70 % af patienterne svarer, at deres helbred er 'mindre godt' eller 'dårligt' (figur 5).

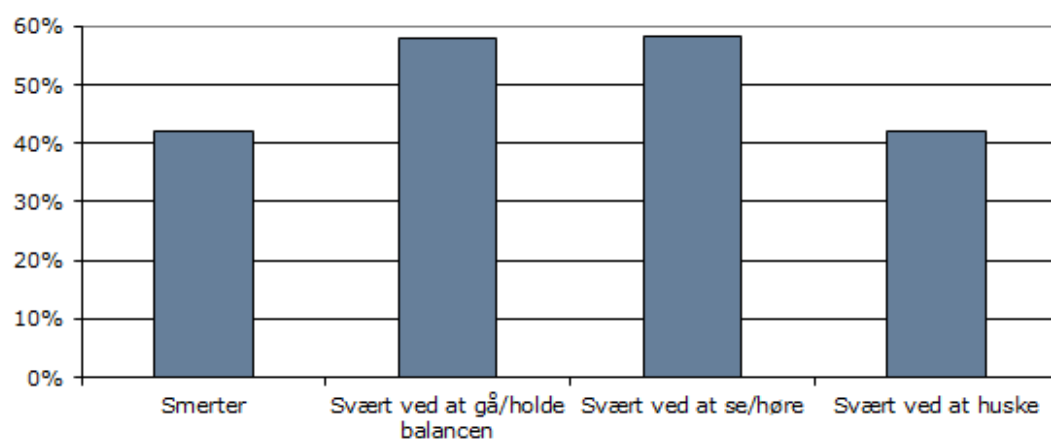
Til sammenligning er der i 2016 gennemført en undersøgelse blandt landets indlagte patienter, med samme spørgsmålsformulering. Her ligger andelen, der svarer 'mindre godt' eller 'dårligt' væsentlig lavere nemlig på 37 % (DEFACTUM 2016, Det patient-centrerede sygehus). Besvarelsene bekræfter, at patienterne generelt falder ind under betegnelsen ældre skrøbelige patienter, og derved er i målgruppen for indsatserne.

⁸ For alle de underskrevne samtykkeerklæringer har det været muligt at præcisere køn og alder, hvis respondenterne ikke selv har udfyldt dette, men for enkelte skemaer, har patienten blot indsendt spørgeskemaet uden samtidig at give samtykke, hvorfor køn ikke har kunnet bestemmes.

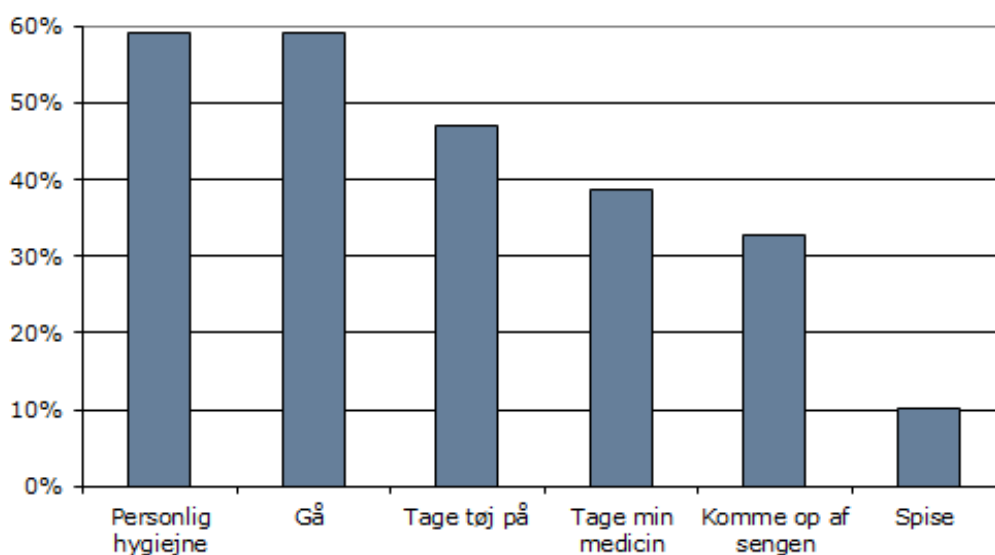
Figur 2: Indtag af daglig medicin



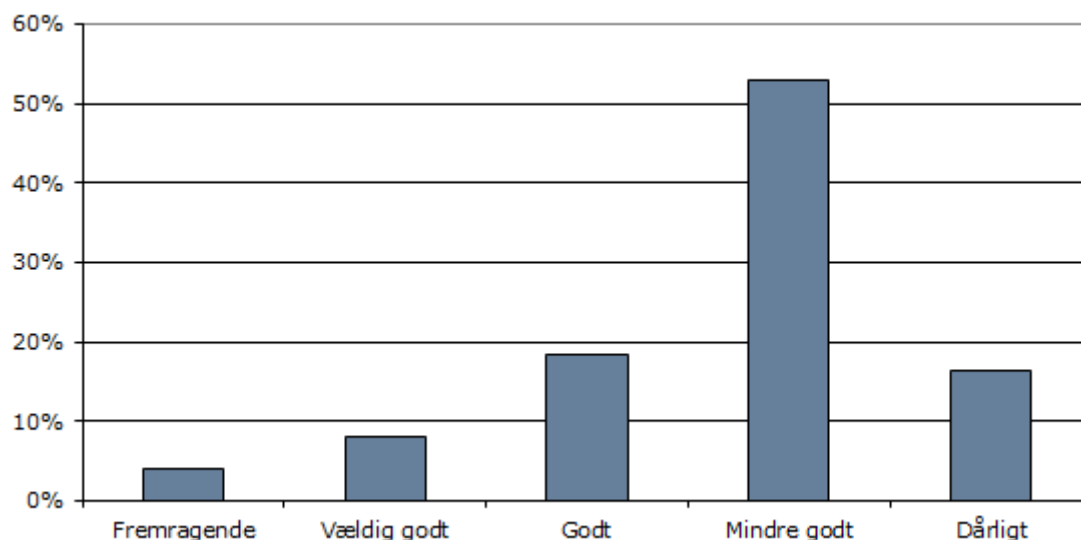
Figur 3: Daglige gener (flere svar muligt)



Figur4: Brug for hjælp til (flere svar muligt)

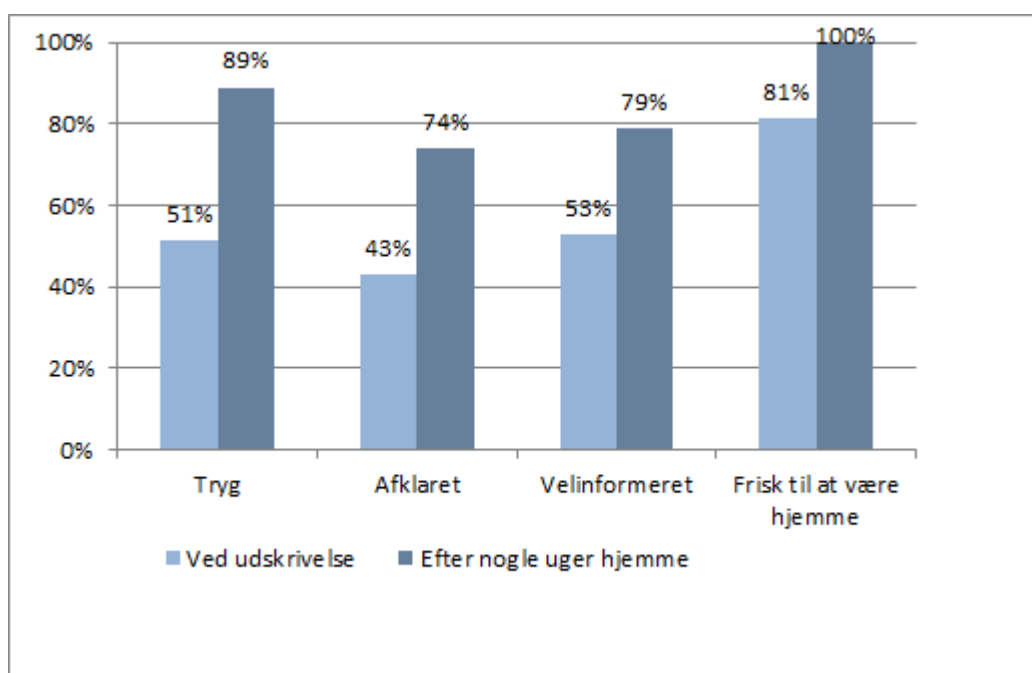


Figur 5: Selvvurderet helbred



Figur 6 viser andelen af patienterne som var trygge, afklarede, velinformerede og følte sig friske nok til at være hjemme/skulle hjem på dels udskrivelsestidspunktet og dels nogle uger efter⁹. Grundet indsamlingsmetoden er det ikke muligt præcist at angive, hvor mange dage efter udskrivelsen patienterne har svaret. Typisk vil det være 2-4 uger efter.

Figur 6: Hvordan har du det¹⁰?



Patienternes svar på spørgsmål om sundhedsvæsenet

De efterfølgende spørgsmål er opdelt efter klynger, fordi indsatserne i klyngerne er tilrettelagt forskelligt, og spørgeskemaets spørgsmål ligeledes til dels er forskellige. Horsensklyngen har meget få besvarelser, hvorfor deres svar ikke vises af hensyn til anonymiteten.

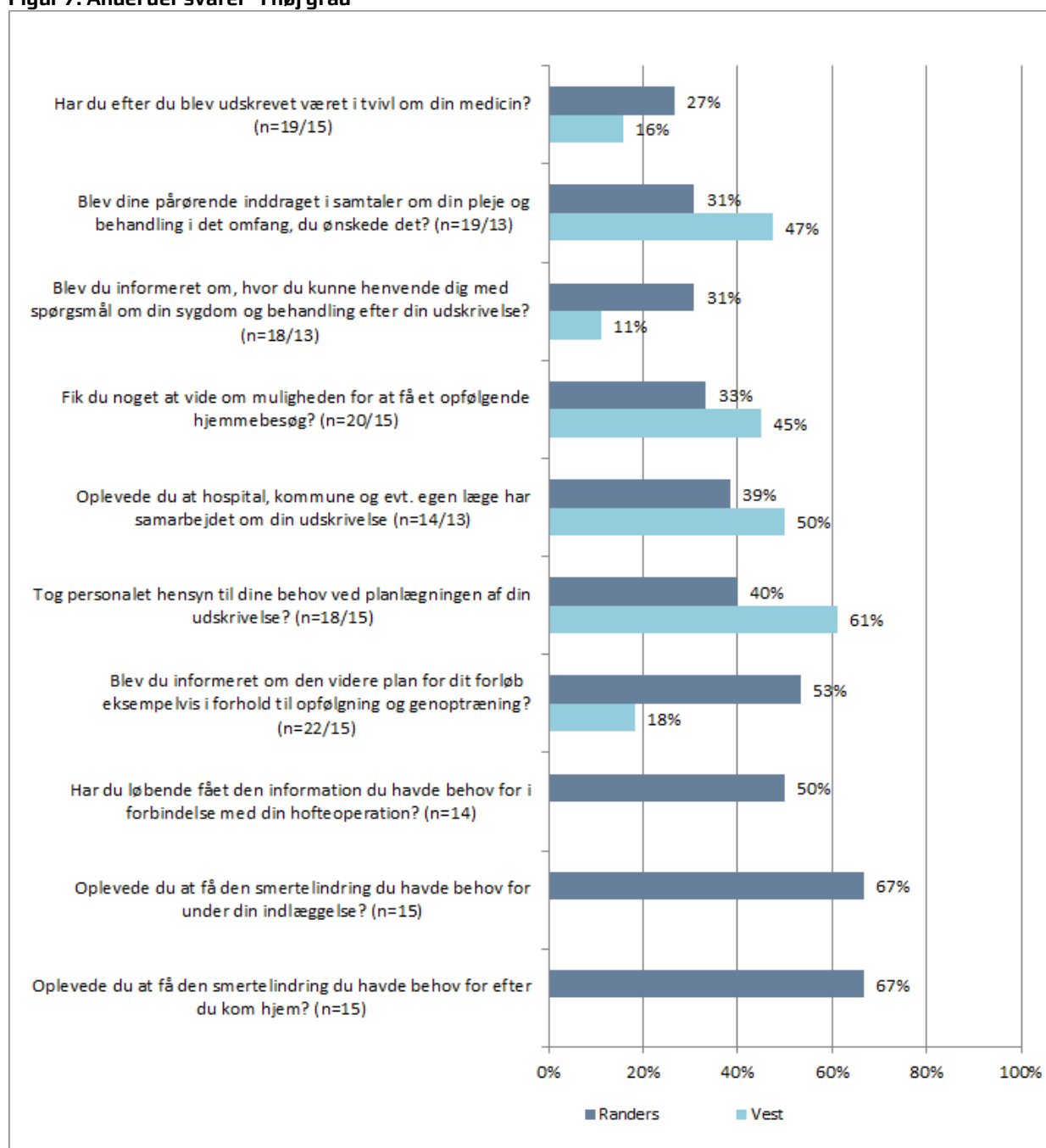
⁹ Spørgsmålene indgår udelukkende for Randers og Vest.

¹⁰ Respondenterne har kunnet vælge på en skala med to svarmuligheder; Tryk versus utryk, afklaret versus forvirret, velinformeret versus i tvivl og frisk nok til at skulle hjem versus så dårlig, at jeg ville foretrække at forblive indlagt på hospitalet. Kun den positive kategori er vist.

Hospitalsindlæggelse

Aarhusklyngen har ikke stillet spørgsmål, der angår hospitalsindlæggelse. Op til 37 patienter har besvaret spørgsmålene i figur 7. De første syv spørgsmål er stillet både i Vest og Randers, mens de tre sidste er særlige spørgsmål for Randersklyngen. Grundet det forholdsvis lave antal besvarelser er de visuelle forskelle ikke udtryk for signifikante forskelle mellem klyngerne, på nær et enkelt sted. Dette gælder for spørgsmålet angående information om den videre plan, hvor godt halvdelen i Randers svarer 'i høj grad' mens tilsvarende tal for Vest kun er på 18 %. Patienterne i Randers er derved i mindre grad i tvivl om det videre forløb. I henholdsvis Randers og Vest er der 31 % og 11 % som mener, de i høj grad er blevet informeret om, hvor de kunne henvende sig med spørgsmål angående deres sygdom/behandling. Det vil samtidig sige, at en forholdsvis stor andel i nogen, mindre grad eller slet ikke blev informeret, hvilket indsætterne dog har fokus på at sikre. I Vest er 16 % og i Randers 27 % i høj grad i tvivl om deres medicin. Taget i betragtning, at lidt over halvdelen af patienterne er polyfarmacipatienter, er det et interessant resultat, der kan arbejdes videre med.

Figur 7: Andel der svarer "I høj grad"



Tre spørgsmål er kun stillet i Randersklyngen, idet de handler om deres specifikke mål for indsatsen, mens et enkelt kun er stillet i Vestklyngen. To tredjedele oplever, at de i høj grad er smertedækket under indlæggelsen, og når de kommer hjem (resultaterne af interview – selvevalueringen ligger på ca. tilsvarende niveau), mens ca. hver tredje oplever, at pårørende blev inddraget i passende omfang. Der er derved plads til forbedringer, og målet om brugeroplevet kvalitet kan derved ikke siges at være nået helt. Resultaterne om inddragelse ligger dog umiddelbart højere fra interviewene jf. selvevalueringen.

Opfølgende hjemmebesøg

De efterfølgende tabeller omhandler hjemmebesøg. 35 patienter har haft besøg. Se bilag 4 for flere tabeller. Den klart hyppigste kombination af deltagelse til besøget er egen læge og hjemmesygeplejerske for Vest. Terapeut er med i tre ud af de 21 patientbesøg, som indgår fra Vest. For Aarhus og Horsens er det det geriatriske team, og for Randers er det lidt spredt.

For Aarhus er alle besøg akutte besøg, hvilket indsatsen netop er tilrettelagt som, mens Vest har to akutte besøg og Horsens et enkelt. De resterende besøg er opfølgende hjemmebesøg. I knap fire ud af fem besøg indgår der partner/ægtefælle eller andet familiemedlem.

Tabel 3. Hvilken type besøg var der tale om?

	Vest	Aarhus	Randers	Horsens
Opfølgende hjemmebesøg	19	0	3	2
Et besøg på grund akut sygdom	2	8	0	1
I alt	21	8	3	3

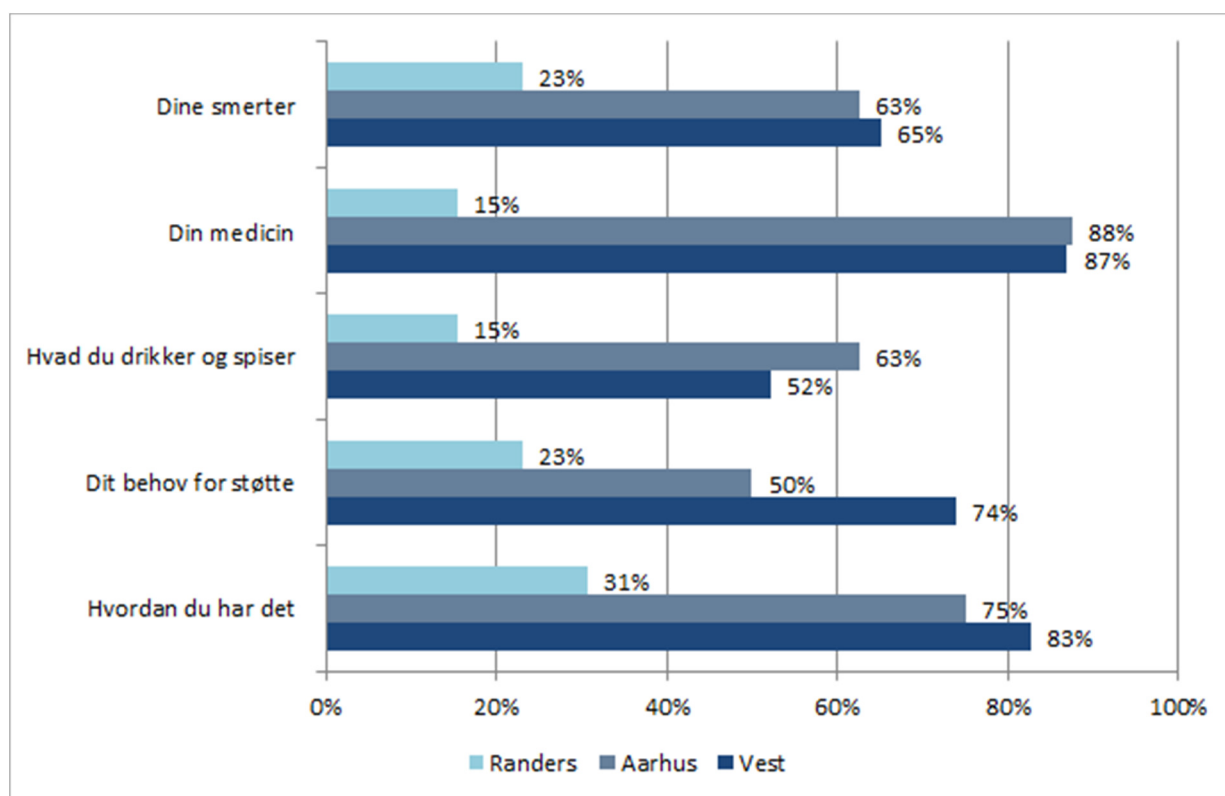
Tabel 4. Hvem deltog ellers i besøget?

	Vest	Aarhus	Randers	Horsens
Ægtefælle/partner	4	5	1	1
Andet familiemedlem	10	0	2	3
Andre	4	2	0	1

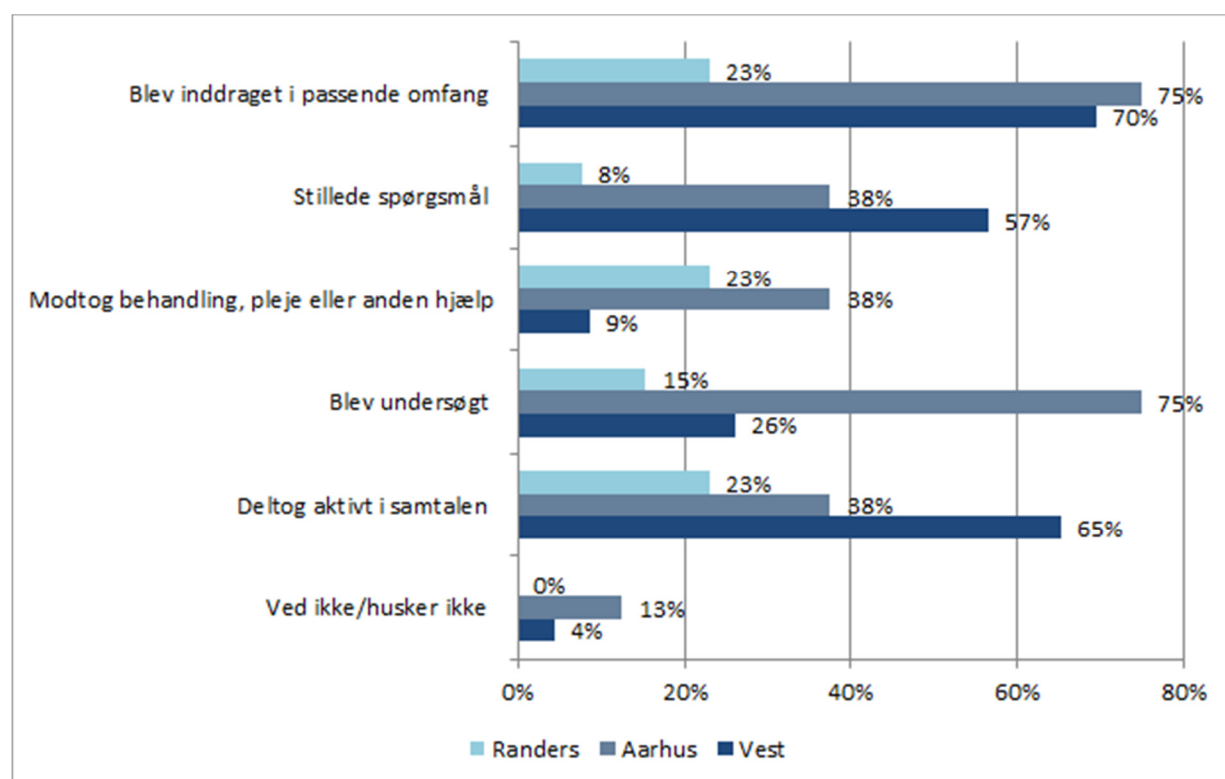
Lidt over to tredjedele taler om medicin, og hvordan de har det. Lidt færre taler om smerter, og ca. halvdelen taler om behov for støtte og mad/drikke samlet set. Adskilles svarene på klynger, er der en klar tendens til, at flere blandt patienterne i Vest og Aarhus har afkrydset, at de har talt om emnerne, end tilfældet er i Randers (figur 8).

Omkring hver anden mener, at de selv deltog aktivt og blev inddraget i passende omfang i samtalen. 32 % blev undersøgt, mens 38 % selv stillede selv spørgsmål. 18 % svarer, at de modtog behandling, og 5 % (2 patienter) husker ikke, hvad de talte om (ikke vist). Splittes svarene op på klynger, ses samme tendens som ved førnævnte figur, hvor Randers adskiller sig fra Vest og Aarhus ved, at en mindre andel har svaret, at de deltager i samtalen på de angivne måder. På spørgsmålet om, hvorvidt de blev undersøgt, er det især Aarhus, der ligger højt, mens det på spørgsmålet om at deltage aktivt i samtalen især er Vest, der ligger højt (figur 9).

Figur 8. Talte I om noget af følgende?



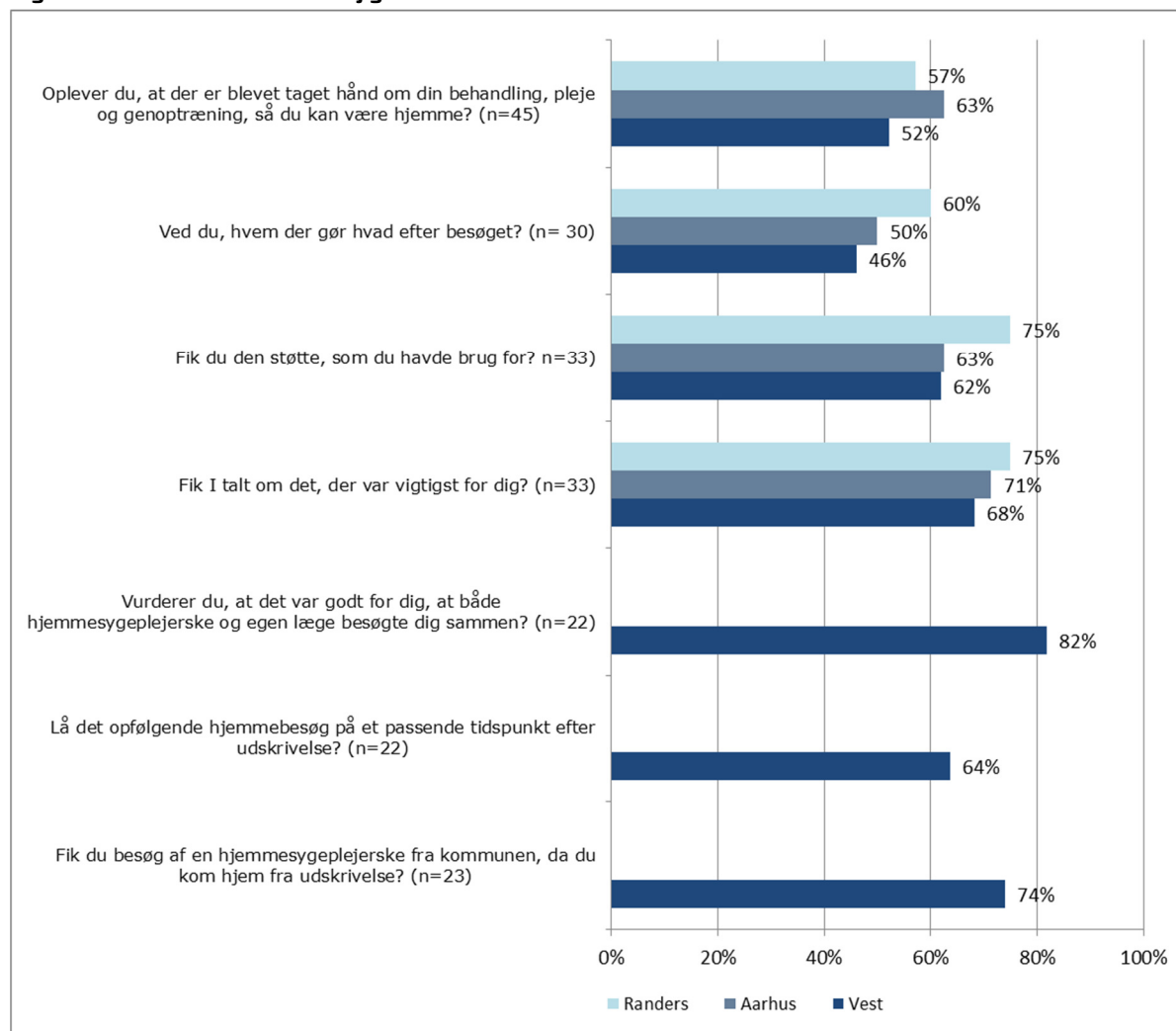
Figur 9. Hvad var din egen rolle ved besøget?



Af figur 10 fremgår det, at lidt over halvdelen af patienterne svarer, at de i høj grad oplever, at der bliver taget hånd om deres behandling, så de kan være hjemme, men samtidig betyder det også, at der er et forbedringspotentiale for den resterende halvdel. Det samme gælder for spørgsmålet om, hvorvidt patienten ved, hvem der gør hvad, efter besøget. Oplevelsen af støtte og det at få talt om det vigtige for patienten ligger i forhold til tilfredshedsdimensionen lidt høje-

re. Tre af spørgsmålene angår kun Vest. 74 % af patienterne i Vestklyngen svarer, at de fik besøg af en hjemmesygeplejerske fra kommunen, da de kom hjem, og 82 % mener, det var godt, at både hjemmesygeplejerske og læge besøgte vedkommende sammen.

Figur 10: Andel der svarer "I høj grad"



Opsamling på patientoplevelt kvalitet

De helt overordnede mål for patientoplevelt kvalitet er tryghed, tilfredshed og støtte i forløbet. Ved udskrivelsestidspunktet er det halvdelen af patienterne, som føler sig trygge, den andel halvdel er utryg. Ved anden vurdering, efter de er kommet hjem og har været det i nogle uger, er det knap 90 %, som er trygge. Potentialet for at øge tryghedsfølelsen ser derfor især ud til at ligge ved udskrivelsestidspunktet.

70 % oplever, at de i høj grad får talt om det vigtige ved hjemmebesøget, mens de sidste 30 % ikke oplever dette. Lidt over 60 % mener, de får den støtte, de har brug for, mens godt 50 % mener, der bliver taget hånd om deres behandling, så de kan være hjemme, og en tilsvarende andel mener, at de ved, hvem der gør hvad, efter besøget. For spørgsmålene rettet mod oplevelsen af hospitalsindlæggelse (Vest og Randers) gælder på nær et enkelt spørgsmål, at under halvdelen vælger den mest positive kategori 'I høj grad'. Der er derved et stort forbedringspotentiale. Sammenligner vi med landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser (LUP, 2015, Enheden for Brugersundersøgelser/Det Patientcentrerede Sygehus, 2016. DEFACTUM), ligger DÆMP-patienternes svar umiddelbart lidt lavere.

Faglig kvalitet

Evalueringen af den faglige kvalitet bygger på dels dokumentation for at indsatserne bidrager til at identificere målgruppen, og dels på at de bidrager med god forløbskoordination og hjælp til målgruppen. I udarbejdelse af designet for evalueringen blev det defineret som projekternes opgave at dokumentere den faglige kvalitet. Dette kunne fx være ved gennemgang af journaldata, at se på de involveredes kendskab til indsatsen, tværsektorielle audits, fokusgrupper eller interviews med involverede fagpersoner. Projektindsatsens betydning for den faglige kvalitet er derved baseret på de indrapporterede data fra projekternes selvevalueringer. Horsens har ikke indleveret selvevaluering vedrørende den faglige kvalitet.

I Randers var forventningen, at en forbedret tværsektoriel indsats ville betyde et kvalitetsløft for borgere med hoftenær fraktur. Der var formuleret 14 resultatmål for indsatsen, heraf syv om den faglige kvalitet. Målopfyldelsen er undersøgt ved hjælp af dataudtræk, audit (36 patienter) og interviews med 16 patienter. Årligt indlægges ca. 340 borgere med hoftenær fraktur, de 95 indgik i pilotprojektet. For målene om den faglige kvalitet gælder følgende:

- Mål om operation inden seks timer er opfyldt for 11 % af de auditerede patienter
- Liggetiden på hospitalet er blevet reduceret
- Målet om smertedækning på hospital er nået, men ikke uden morfin. 2 ud af 16 patienter svarer, at smertebehandling efter udskrivelsen var "virkelig dårlig"
- Mål om tidsfrister for mobilisering (på operationsdagen) og genoptræning (senest tre dage efter udskrivning i Favrskov, Norddjurs og Syddjurs Kommune) er nået
- 90 % af patienterne har fået en genoptræningsplan
- Målet om kommunikation mellem kommune og hospital er opfyldt i højest halvdelen af tilfældene.

21 ud af 95 patienter blev genindlagt inden for 30 dage. Halvdelen af genindlæggelserne vurderes at være forebyggelige. 30 dages mortaliteten var 11 %. Selvevalueringen dokumenterer således, at der fortsat er forbedringsmuligheder, og at de opstillede mål endnu ikke er opfyldt. Det er ikke muligt at se, hvor mange patienter, der har haft et forløb, som opfyldte alle kvalitetsmål, og det er heller ikke muligt at se, om implementeringen af den faglige standard blev bedre i projektperioden. Der er sket forbedringer, selvom målene ikke er nået, fx var der tidligere 0 %, som blev opereret indenfor 12 timer, og efter omlægningen af forløbet er der 48 %, som bliver opereret indenfor 12 timer. Den gennemsnitlige liggetid er reduceret fra 6,4 til 3,5 dage ved ukomplicerede forløb¹¹. (Målet er 3 dage). Af selvevalueringen fremgår det tydeligt, at de involverede parter er bevidste om den manglende målopfyldelse, men der arbejdes kontinuerligt på at forbedringer i ft. målopfyldelse. Der er ikke dokumentation for, at patienter, der udskrives hurtigere, har samme funktionsniveau, som dem der tidligere var indlagt længere, og det fremgår ikke, at den faglige kvalitet er blevet bedre gennem den forstærkede indsats over for patienter med hoftenære frakturer.

Vestklyngen har arbejdet med at sikre kvalitet og forløbskoordination i forbindelse med udskrivelse fra hospital. 2.676 patienter ud af 29.482 patienter over 65 år er screenet til et opfølgende hjemmebesøg i 2015. 785 har modtaget et opfølgende hjemmebesøg. Selvevalueringen dokumenterer ikke en stigning i antallet, der screenes, men viser en stigning i antallet, der skal tilbydes et opfølgende hjemmebesøg. Dette kan, ifølge Vestklyngen, forklares med, at de sundhedsprofessionelle ud fra et fagligt skøn kan fravælge screeningen til opfølgende hjemmebesøg i de

¹¹ 4,2 dage hvis alle indgår. De ukomplicerede forløb er defineret som indlæggelser længere end 9 dage.

tilfælde, hvor det vurderes, at patienten ikke vil opfylde kriterierne for tilbud om opfølgende hjemmebesøg.

Den casebaserede audit viser, at der er gode eksempler på, at det lykkes at iværksætte en tværsektoriel sundhedsfaglig indsats for målgruppen. Sygeplejekoordinatoren bidrager til god forløbskoordination, og funktionen muliggør, lettere og hurtigere tilrettelæggelse af et opfølgende hjemmebesøg. Samtidig kan det være en udfordring, at almen praksis har tre dages svarfrist, eller at der kan være stor kompleksitet i forløbene, og den skriftlige dokumentation har forbedringsmuligheder. Deltagelse af terapeut i det opfølgende hjemmebesøg vurderes at kunne bidrage til bedre forløb for de borgere, der har et funktionstab ift. hurtigt at komme i gang med en aktiv indsats med mobilisering og træning. Audit viste også, at der er eksempler på, at et opfølgende hjemmebesøg ikke finder sted, selv om det er faglig relevant. Der er formuleret en række konkrete anbefalinger til justering af praksis, som kan bidrage til bedre forløbskoordination (jf. "Audit om opfølgende hjemmebesøg i Vestklyngen - Opsamlingsnotat" 2016). Audit indikerer, at der er forbedringer i forløbskoordinationen, men der er ingen dokumentation for, at den faglige kvalitet er steget generelt.

I Aarhus-klyngen har man i samarbejdet om det fælles akutteam arbejdet efter følgende målsætninger

- At Akutteamet bidrager til at reducere behovet for akutte og forebyggelige (gen)indlæggelser
- At Akutteamet skaber et sikkerhedsnet i den akutte situation, så patienten frem for akut indlæggelse, kan udredes/behandles i hjemmet eller sub-akut den følgende dag
- At borgeren adspurgt giver udtryk for at "være i trygge hænder" (mål for patientoplevelse og kvalitet)
- At 50 % af alle ydernumre i Aarhus Kommune har rekvireret akutteamet 1. februar 2015 og 80 % 1. februar 2016.

Aarhusklyngen har gennemført audit på 15 af de 158 borgere, som har modtaget shared care. De 15 forløb er tilfældigt udvalgte, men fordeler sig repræsentativt over året og borgernes alder. Auditgruppen (lederne af de to akutteam og de to lokale projektledere) vurderer, at indsatsen har forebygget en akutindlæggelse i alle auditerede forløb, jf. første målsætning. Audit dokumenterer, at 15 borgere har modtaget ydelser fra akutteamet, som substituerer indlæggelse på hospital, fx anlæggelse af perifert venekateter (PVK) og intravenøs (IV) behandling. Audit dokumenterer yderligere, at de besøgte borgere var svært syge ældre med behov for akutte sundhedsydelser. 11 af de 15 boede i plejebolig. Gennemsnitsalderen var 85 år. Responstiden fra henvisning til besøg i borgerens hjem var inden for 12 timer i 10 ud af 15 tilfælde. Borgeren har modtaget besøg inden for 24 timer efter henvisningen i (mindst) 14 ud af 15 tilfælde. Det oplyses, at det kommunale akutteam besvarer alle opkald en til to timer efter kontakt. Der er ikke rapporteret om eksempler på lav faglig kvalitet i indsatsen. Aarhusklyngen vurderer, at Indsatsen har skabt et sikkerhedsnet i den akutte situation, så borgeren kunne behandles hjemme og undgå en akut indlæggelse (jf. anden målsætning).

Samtidig er der dokumentation for, at indsatsen er udbredt og findes relevant blandt de praktiserende læger. Målet var at 50 % af de praktiserende læger i klyngen skulle have rekvireret akutteamet 1. februar 2015, men allerede i april 2015 havde over 80 % af lægerne i Aarhus Kommune rekvireret det kommunale akutteam. De foreløbige tal for 2016 ligger på 90 % (jf. fjerde målsætning). Tal for kontakt til Geriatrik afdeling foreligger ikke.

I Midtklyngen blev der arbejdet med hurtigere screening til opfølgende hjemmebesøg. Det har ikke været muligt at få tilladelse til at lave tværsektorielle audits, hvorfor den faglige kvalitet ikke kunne monitoreres som tiltænkt. Evalueringen er i stedet baseret på feltstudier og samtaler med personalet. Resultatet af disse viser, at hospitalspersonalet finder det betryggende at vide, at en kollega i det kommunale vil følge op inden for kort tid efter udskrivelsen. Tilsvarende tilkendegav de kommunale sygeplejersker, at der var en faglig tilfredsstillelse i selv at tilse den ældre borger. Indsatsen demonstrerede vigtigheden af øget dialog og tættere samarbejde hen over sektorgrænsen mellem hospital og kommune, i forhold til at skabe en tryk ramme omkring et behandlingsforløb. Selvevalueringen redegør for, at der sker en systematisk opfølgning, hvor alle patienter får tilbuddet, men selvevalueringen dokumenterer ikke, at flere screenes hurtigere.

Opsamling faglig kvalitet

Indsatserne er forskellige i deres målsætninger for den faglige kvalitet. Nogle mål er opnået og der er sket forbedringer i den faglige kvalitet. Andre er ikke opnået mens andre igen ikke er målt på eller resultatet dokumenteret i relation hertil. En fælles erfaring for de forskellige indsatser er, at tværsektoriel koordinering og kommunikation er vigtig, hvis indsatserne skal være succesfulde i forhold til at øge den faglige kvalitet og give bedre samlede behandlingsforløb for patienterne. Indsatserne har derfor ikke kun medvirket til at give forbedringer i den faglige kvalitet, men har også givet vigtige erfaringer i forhold til samarbejdsrelationer på tværs af sektorgrænser.

4.3 Sundhedstilstand

Forebyggelige genindlæggelser er anvendt som primært mål for sundhedstilstanden. Resultaterne herfor på individniveau fremgår af afsnit 4.1.

Udover forebyggelige genindlæggelser er funktionsevne defineret som et mål for sundhedstilstanden i designet. Projekterne har dog ikke anvendt registreringer af funktionsevnen i særlig høj grad. Ved screening til opfølgende hjemmebesøg forholder personalet sig til funktionsevnen, men der foreligger ikke før og efter data herpå. Dels er udfordringen med målet, at der ofte ikke foreligger en "førmåling" og derved et sammenligningsgrundlag for patienterne, dels at registreringerne ikke er opdaterede eller af varierende kvalitet. Funktionsmålet indgår således ikke eksplicit i nogen af indsatsernes registreringer.

I Randersklyngen er målet, at borgeren genvinder bedst mulig funktionsevne. Af de 16 interviews (j.f. selvevalueringen) fremgår, at 68 % "i høj" eller "nogen grad" er kommet i gang med dagligdags funktioner, som de kunne før operationen, fx gå, stå, rejse sig, stå ud af sengen m.v. 25 % svarer "i mindre grad" og 6 % "slet ikke". Randersklyngen vurderer, at borgerne er på vej til at genvinde bedst mulige funktionsevne ud fra opgørelse af de ydelser, de modtager efter 3 mdr., men der foreligger ikke systematisk sammenligningsgrundlag herfor.

I Vestklyngen er udgangspunktet for indsatsen, at borgerens funktionsniveau vurderes under indlæggelse som et led i screeningen, men selvevalueringen indeholder ikke oplysninger om sundhedstilstanden/funktionsevnen efter forløbskoordinationen, da det "ikke har været projektets fokus". Det er effekten af prøvehandlingerne, snarere end effekten af selve det opfølgende hjemmebesøg, som klyngen har været interesseret i at evaluere. Det ligger implicit i opfølgende hjemmebesøg som forløbskoordinationsmetode, at indsatsen bygger på udskrivningsrapporter og screeningsskemaer med vurdering af borgerens funktionsevne, og formålet med det opfølgende hjemmebesøg er, at borgeren kan klare sig eget hjem. Herudover handler en af prøvehandlingerne netop om at have en terapeut med til det opfølgende hjemmebesøg, så der kan ske en tværfaglig vurdering af funktionsniveauet og behov for hjælp – og hvilke mål der kan sættes

for at forbedre funktionsevnen. Der er imidlertid ikke tilgængelige kvantitative data, der dokumenterer, at det er effekten af den styrkede forløbskoordination. Der foreligger dog data fra tværfaglig audit, der viser eksempler på, at borgere, som har fået opfølgende hjemmebesøg, efterfølgende er kommet sig.

Selvevalueringen fra Aarhusklyngen inkluderer ikke registreringer på funktionsniveau. Data fra audit viser, at alle borgere (i stikprøven), som fik besøg af det fælles akutteam, havde været syge i mere end 24 timer, at halvdelen havde en hjertesygdom, fire havde KOL og syv havde lungebetændelse. Registreringsskemaerne dokumenterer, at mange af de besøgte borgere ikke fik et spørgeskema, fordi de var for syge til at udfylde det. En meget væsentlig oplysning om målgruppens sundhedstilstand er, at 10 ud af 15 havde været indlagt på hospitalet inden for det seneste år (4 inden for den seneste måned), og at 14 ud af 15 patienter var døde inden for en måned efter besøg.

4.4 Omkostninger pr. capita

Evalueringen har til formål at præcisere, hvilke økonomiske data, det er muligt at trække ud på tværs af kommuner og hospitaler, for den enkelte patient. Der er trukket tal for 50 patienter¹². Inkluderet er parametrene vist i tabel 5, som alle er opgjort fra 1 til 30 dage efter udskrivelsen eller besøg i hjemmet.

Tabel 5. Inkluderet i de økonomiske beregninger

	Hospitaler	Kommuner	Almen praksis	Enhed
Ydelser til alle former for konsultation (besøg, tlf, email, sygebesøg) opgjort på vagttid			X	Kr.
Ydelser til alle former for konsultation (besøg, tlf, email, sygebesøg) opgjort på dagtid			X	Kr.
Honorar i dag-og vagttid			X	Kr.
Tilskud til medicin			X	Kr.
Antal kontakter			X	Antal
Summen af DRG-takster inkl. transportudgifter (mellem afd.)	X			Kr.
Summen af DRG takster til ambulante besøg	X			Kr.
Ydelser til udgående funktioner	X			Kr. og timer
Udgifter til sundhedsfaglige ydelser og pleje samt praktisk hjælp		X		Kr. og timer
Medudgifter til ydelser i forbindelse med indsatsen så som hjælpemidler/ produkter (gangstativ, toiletforhøjer m.m.)		X		Kr.
Ydelser til hjemmesygeplejersker og SOSU-assistenter		X		
Evt. andre relevante udgifter		X		Kr. og timer

*Patienternes egne udgifter til medicin indgår ikke, der er kun registreringer på tilskud finansiering af regionen.

For udtræk af de kommunale data er det konklusionen, at hvis data bruges til direkte sammenligning, skal det på forhånd defineres klart, hvad der skal indgå og ikke indgå. Fx om transportudgifter til udbringning medtages, om udgifter til rengøring af hjælpemidler inkluderes, om alle hjælpemidler indgår. Dernæst om timepriserne skal være et gennemsnit, eller skal de opdeles på fysioterapi/træning versus sygepleje, og/eller om de skal den være et gennemsnit af dag-vagt/natvagt. Derudover gælder, at de beregnede timepriser i de kommunale økonomisystemer kan ændre sig løbende og derved ikke er statiske mål. Bilag 1 uddyber de økonomiske beregninger. Samtidig er det vigtigt at have for øje om det er sammenlignelige indsatser. De fem klyngeprojekter er vidt forskellige, hvor det er tydeligt, at en hofteoperation vil koste mere end koordinering af et opfølgende hjemmebesøg.

¹² For 35 fuldt udtræk fra de resterende kun delvist, kun førstnævnte indgår i den efterfølgende tabel 6.

Tabel 6 viser de gennemsnitlige beregninger fordelt på klynger. Bilag 1 beskriver de bagvedliggende definitioner for opsummeringerne i tabel 6. Det har ikke været muligt at finde anvendelige data for alle patienter. Dernæst har ikke alle kommuner leveret tal for de udvalgte patienter. Tabellen viser gennemsnitberegninger inden for klyngerne. Kriteriet for at indgå er, at der kunne genfindes og leveres data fra den pågældende kommune. Spændet på omkostninger til en gennemsnitlig genindlæggelse blandt de inkluderede patienter går fra ca. 17.000 til knap 112.000 kr.

Tallene er ikke repræsentative, men udtryk for, hvilke oplysninger der kan findes. En af de patienter, der har haft to genindlæggelser, men som ikke indgår i datamaterialet i tabel 6, (grundet manglende matching af data), havde eksempelvis hospitalsomkostninger tæt på en halv million kr., hvilket ville være en klar outlier i forhold til de andre tal. Hvis der fremadrettet ønskes beregninger på, hvad patienterne koster, er det relevant med stor kvantitet i datamaterialet, således at outliers ikke får stor indflydelse på gennemsnitsberegningerne (alternative supplerende mål kan overvejes i denne sammenhæng). Dette er dog i stor kontrast til praksis med udlevering af samtykkeerklæringer til hver enkelt patient.

Ud over kvantitet, er et andet parameter ensartethed i data. Udtræk om hospitalsdata kommer fra samme database, mens udtræk fra kommunerne kommer fra forskellige systemer. I kraft af at Region Midtjylland dækker 19 kommuner, bliver ens definitioner på tværs vigtige ift. sammenlignelighed.

Tabel 6. Gennemsnitlige udgiftsberegninger

	Randers	Vest¹³	Aarhus	Midt¹⁴	Horsens
	Gennemsnitlige udgifter pr. patient (i perioden 1-30 dage efter indsatsen)				
Kommunerne	35.718	12.834	7.455	11.637	34.237
Praksissektor	772	1.238	434	2.934	1.626
Hospital	20.920	2.871	19.555	6.782	75.912
I alt kr.	57.410	16.942	27.443	21.352	111.775
Minimum	2.718	1.423	9.151	7.507	111.775
Maksimum	287.931	37.313	64.939	34.924	111.775
Antal patienter	18	7	4	5	1
	Gennemsnitlige udgifter pr. patient ved en forebyggelig indlæggelse¹⁵				
Hospital	57.801	57.886	63.055	47.574	60.491
Difference	391	40.944	35.612	26.222	-51.284

*beregnet som gennemsnit på tværs af 2015 og 2016.

**Differencen er mellem faktisk pris på patient og den gennemsnitlige i klyngen for hospitalet.

Tabel 6 viser gennemsnitsberegninger på forebyggelige indlæggelser i klyngerne. Tilsvarende tal for indlæggelser generelt varierer fra lidt under 50.000 kr. til lidt under 90.000 kr. Det er dog tallene i tabel 6, der er mest relevante at sammenligne med, da disse er for målgruppen 65+ med forebyggelige diagnoser. Differencen er udtryk for, hvor meget mere de aktuelle patienter i gen-

¹³ Tal for Holstebro Kommune indgår ikke

¹⁴ Tal for Viborg Kommune indgår ikke

¹⁵ Diagnoserne er: Blærebetændelse, brud, dehydrering, ernæringsmæssig anæmi (blodmangel), forstoppelse, gastroenteritis, sociale og plejemæssige forhold, nedre luftvejs sygdom og tryksår.

nemsnit ville have kostet, hvis de var blevet genindlagt. I Randers ser der umiddelbart ikke ud til at være en økonomisk forskel. I Vest, Aarhus og Midt har de aktuelle patienter umiddelbart haft en lavere udgift samlet set i forhold til, hvis de var blevet genindlagt, og patienten i Horsens har kostet mere end en gennemsnitlig, forebyggelig genindlæggelse. Dog er det for spinkelt et grundlag at konkludere på ift. økonomiske fordele eller ej, dels mangler der et konkret mål for andel forebyggelige genindlæggelser blandt netop denne målgruppe som sammenligningsgrundlag, da det ikke kan forudsættes, at alle ville være blevet genindlagt. De økonomiske beregninger er derved interessante ved en stort volumen af patienter, hvis de skal sige noget om det generelle udgiftsniveau.

Tabel 7. Gennemsnitligt antal kontakter pr. patient i almen praksis og timer i kommunen (i perioden 1-30 dage efter indsatsen)

	Randers	Vest	Aarhus	Midt	Horsens
Antal kontakter dagtid almen praksis	4	4	3	7	4
Antal kontakter vagttid almen praksis	0	0	0	1	2
Antal timer i kommunalt regi	51	25	23	39	64
Antal patienter	17/18	7	4	5	1

Ydelserne er samtidig opgjort i antal timer på kommunalt niveau og antal kontakter til almen praksis. Sammenlignes udgifter i kr. (16.942 vs. 27.443) med antal timer (25 vs. 23) ligger Vest og Aarhus tæt på hinanden i antal timer i gennemsnit, mens ydelserne økonomisk ligger på forskellige niveauer.

I selvevalueringerne er klyngerne blevet spurgt til omkostningerne ved indsatsen.

I Randersklyngen er antal sengedage reduceret, dog er ressourcerne der anvendes de samme – blot koncentreret på kortere tid jf. selvevalueringen. Kommunernes direkte afledte omkostninger har grundet, god planlægning og kommunikation, været ubetydelige. Der er ikke foretaget direkte omkostningsanalyser, men det ændrede forløb og den kortere liggetid vurderes, at være en gevinst for patienterne. Særligt fordi der ofte er tale om sårbare ældre patienter, som under indlæggelse er i risiko for funktionstab, og som har det bedst i vante omgivelser.

I Vestklyngens selvevalueringen fremgår, at det, grundet juridiske restriktioner omkring deling af data på tværs af sektorer, ikke er muligt at beregne forbruget af sundhedsydelser for samtlige borgere, der modtager indsatsen.

I Aarhusklyngen henviser selvevalueringen til et studie ved Syddansk Universitet, hvor omkostninger for HH (Hospital Hjemme) er opgjort til 43.000 kr., mens UC (Usual Care) kostede 40.000 kr., og derved noget højere end omkostninger på de aktuelle patienter i tabel 6. I det konkrete projekt er akuttemaets indsats dog ikke beregnet i forhold til de økonomiske omkostninger. Det fremgår ikke, hvor mange besøg de 158 borgere, der har modtaget et besøg eller hvor mange fagpersoner, der har været ude. Kommunen har registreret 923 ydelser, men ikke antallet af besøg. Der foreligger ikke en opgørelse af, hvor mange timer personalet fra geriatrik afdeling på AUH har brugt på indsatsen. Der foreligger således ikke præcise data om indsatsens omfang og dermed om omkostningerne ved shared care-ordningen.

I Midtklyngen er omkostningerne ved interventionen beregnet til at koste 1,5 sygeplejetime pr borger i kommunalt regi, der er dog ikke dokumentation for, hvad omkostninger ellers ville være.

Horsensklyngen har ikke opgjort økonomiske omkostninger.

4.5 Metoderesultater

Evalueringen har afprøvet forskellige dataindsamlingsmetoder. 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. Samtykket bestod af dels samtykke til at modtage et spørgeskema, dels af at DEFAC-TUM måtte modtage oplysninger i forhold til ydelser leveret af kommune, hospital, udgifter til medicin, egen læge, lægevagt og indlæggelser, og dels om patientens pårørende måtte kontaktes i en periode på 30 dage. Spørgeskemaet blev udleveret via personale i tre klynger. I Randersklyngen blev det tilsendt af DEFAC-TUM, og nogle af disse borgere blev kontaktet pr. telefon. Der blev indsamlet 51 spørgeskemaer, 52 samtykkeerklæringer og 39 registreringsskemaer. Randersklyngen anvendte ikke registreringsskemaer.

Selv om antallet af respondenter har været lavt, vurderer evaluator, at det er muligt at indsamle data om ældre, sårbare borgeres oplevelser via telefoninterviews og spørgeskemaer. Antallet af returnerede skemaer var meget lavt i starten og blev øget især sidst i perioden, hvilket vidner om, at sundhedspersonalet lige skal vænne sig til ny praksis, og fokus herpå er vigtig. Hvis de to døde patienter fraregnes, sendte halvdelen af respondenterne i Randers spørgeskemaet retur, blandt den resterende halvdel kunne knap halvdelen kontaktes pr. telefon og svarede på skemaet gennem et telefoninterview. Respondenterne blev ringet op mange gange for kontakt. Telefoninterview vurderes at kunne anvendes til supplerende dataindsamling. Spørgeskemaet havde den fordel, at svarkategorierne var synlige for respondenterne, mens telefonintervieweren gentagne gange måtte læse dem op, fordi respondenterne gerne ville svare på noget, der ikke indgik på skalaen, fx "det var fint" eller "det var godt" på spørgsmål med en anden svarskala. Data fra spørgeskemaundersøgelsen dokumenterer, at det har været muligt for en del af målgruppen at deltage. Men vi kan ikke hævde, at gruppen er repræsentativ, idet en del af de helt syge patienter ikke indgår, eksempelvis dokumenterer registreringsskemaerne, at mange af de mest syge og sårbare borgere har været for dårlige til at modtage et spørgeskema. Det samme gælder ved telefoninterviews, hvor de helt syge har været svære at komme i kontakt med, nogle havde fastnet-numre, hvilket kan have haft betydning for, om de fik taget telefonen i situationen, andre var blevet indlagt igen. Samtidig var erfaringen at dødeligheden i Aarhusklyngen var ret høj. De helt dårlige er derfor med stor sandsynlighed underrepræsenteret blandt besvarelserne.

Evalueringen bringer samtidig fokus på det vigtige i at overveje, hvornår borgeren spørges, da svaret på spørgsmålet om tryghed varierer meget i forhold til, om det er på udskrivelsestidspunktet eller flere uger efter, borgeren skal vurdere det.

Evaluator vurderer, at samtykkemodellen giver en meget tung og besværlig indsamlingsproces. Udover at det kræver en ressourcemæssig indsats i forhold til medarbejderne, der er i kontakt med patienterne og deres ledere, så var flere af registreringsskemaerne mangelfulde, fordi kommune, udskrivelsesdato eller andre centrale oplysninger ikke var påført.

Dernæst var der en del samtykkeerklæringer, hvor patienten rent faktisk ikke havde sat et kryds i forhold til de tre typer af samtykke, men blot angivet navn og underskrift. Anbefalingen er at reducere antal af krydser til ét, men stadig løser det ikke problemet med, at nogle kun skriver deres navn. Det kræver, at personalet er opmærksomt herpå.

Ved en opskalering er det derfor nødvendigt at medtænke den tid, der går til indsamlingen og mulige bias.

Ved sammenholdning af respondenternes svar og personalets registrerede svar på de samme spørgsmål (25 mulige) er der en række interessante afvigelser, jf. tabel 8. Især er der mange patienter, der markerer, at de til daglig har svært ved se/høre (14 personer), hvor personalet ikke har markeret dette. Ved spørgsmålet om at gå eller holde balancen, er der også en del afvigelser, ved at personalet svarer et, og patienten noget andet. Ud af 26 svar er der kun 8, som er ens (der er to, hvor hverken patient eller personale har afkrydset – dette er ikke vist i tabellen). Lidt det samme billede ses i forhold til spørgsmålene omkring, hvad patienten har brug for hjælp til. Dog er der lidt bedre overensstemmelse mellem patient- og personaleafkrydsningerne. For det overordnede spørgsmål om selv vurderet helbred, er der 13 ud af 22 svar (60 %), der er ens, fem hvor patienten vurderer eget helbred bedre og fire svar, hvor personalet vurderer patientens helbred bedre, end patienten selv gør.

Evaluators konkluderer på denne baggrund, at der er forskel på, hvem vi lader vurdere patientens helbred, og at patienter og personale kan opfatte spørgsmålene forskelligt.

Tabel 6. Generet af til daglig - svar fra både patient og personale

	Smerte	Gå/balance	Se/høre	Huske
Både personale og patient har sat kryds	7	8	4	7
Kun personale har sat kryds	2	9	2	4
Kun patient har sat kryds	4	7	14	6

Det er ikke fyldestgørende testet, i hvor høj grad respondenterne kognitivt har været i stand til at forholde sig til spørgeskemaet og kan huske, hvad der er sket. Men der var mulighed for at oplyse, at man har problemer med at huske til dagligt. 40 % af respondenterne har benyttet denne kategori. For en række spørgsmål har "ved ikke" været en svarmulighed. For de fleste spørgsmål er der kun 2-4 som benytter denne mulighed, og ved spørgsmålet "Oplevede du, at hospital, kommune og evt. egen læge samarbejdede om din udskrivelse" er der 9, der svarer "ved ikke". Den højere andel på sidstnævnte kan skyldes spørgsmålets sværhedsgrad i forhold til gennemskuelighed.

I 38 % af de udfyldte skemaer er det patienter, der selv har afkrydset spørgsmålene, i 44 % er det partner/familiemedlem, og i 18 % er det andre. I relation til fremtidige målinger af denne gruppe patienters synspunkter, er det derfor yderst relevant at medtænke pårørende for at sikre en højere svarprocent. 19 af de 50 udfyldte skemaer indeholder kvalitative kommentarer, hvoraf de fleste af disse handler om forslag til forbedringer.

De økonomiske beregninger er blevet trukket fra dels BI-portalen, dels fra Økonomi & Analyse og fra kommunernes forskellige økonomisystemer. Det betyder, at ud over involvering af to kontorenheder i RM, har hver enkelt kommune meldt beregninger ind. I klyngerne har det være op til fire forskellige kommuner, der har haft borgere med i projektet. Processen har derved involveret en del medarbejdere.

I Aarhusklyngen genereres der ikke udtrækskoder i hospitalsdata for patienter, der modtager indsatsen, da de henvises via praktiserende læge/vagtlæge. Derfor har det ikke været muligt at identificere de konkrete individer i de registrerede hospitalsdata. I Midtklyngen er det ikke muligt via BI-portalen at lave udtræk på markeringen af "DÆMP" fordi det kun er en tekst i et emnefelt,

hvorfor det derfor ikke er muligt at følge de konkrete individer her. De manglede registreringer eller tilgængelighed for at lave udtræk er en udfordring for dokumentation af indsatserne.

5. Konklusioner

Følgende konklusioner gælder for evalueringens Triple Aim-mål og det metodemæssige aspekt. Reduktion i antal forebyggelige gen(indlæggelse) har været det overordnede mål for alle fem projekter. Dette parameter konkluderes dog ikke på generelt set, jf. efterfølgende punkt om sundhedstilstand.

Patientoplevelt og faglig kvalitet

Målet er høj patientoplevelt kvalitet defineret i forhold til tryghed, støtte og tilfredshed. Konklusionerne er primært baseret på spørgeskemaundersøgelsen. Enkelte projekter har selv indsamlet kvalitative data om patienterne, og der refereres hertil, når der er relevant.

For den patientoplevede kvalitet ligger resultaterne for tryghed på udskrivelsestidspunktet meget lavt. Det er kun hver anden, som er tryk ved at skulle hjem, mens andelen, der er tryk, dog er steget forholdsvis meget nogle uger efter hjemkomst. Direkte adspurgt om oplevelsen af, at der bliver taget hånd om pleje/behandling, er det ca. halvdelen, som oplever dette. Lidt flere giver udtryk for at få den støtte, de har behov for. Patienttilfredsheden ligger forholdsvis lavt på hospitalsspørgsmålene (under 50 %), mens den for spørgsmålene omkring hjemmebesøget ligger lidt bedre (over 50 %). Målet om høj patienttilfredshed kan, generelt set, ikke siges at være nået.

Dog er datagrundlaget meget spinkelt med kun 51 respondenter i alt, hvorfor det er svært at konkludere noget endegyldigt, især når vi ser på projekterne hver for sig.

Målet for den faglige kvalitet er, at indsatserne bidrager til at identificere og hjælpe målgruppen, og at indsatserne bidrager med god forløbskoordination for målgruppen. Det er vurderingen, at de patienter, som er inkluderet i indsatserne, tilhører målgruppen. Fælles for indsatserne er, at tværsektoriel koordinering og kommunikation er vigtig for at øge den faglige kvalitet og give bedre samlede behandlingsforløb for patienterne. Nogle klynger har en lang samarbejds tradition bag sig, hvilket vurderes samtidig at have haft indflydelse på samarbejdet i de konkrete DÆMP projekter.

I Randers er det lykkedes at få patienterne hjem i vante omgivelser væsentlig hurtigere, hvilket vurderes at være bedre for patientens oplevelse, tryghedsfølelse m.m. Der er dog ikke dokumentation for, at funktionsniveauet er det samme som ved alternativt forløb. 90 % af patienterne har fået en genoptræningsplan. To tredjedel af patienterne i spørgeskemaundersøgelsen føler sig smertedækket under og efter udskrivelse, mens der for de resterende er forbedringspotentiale.

Aarhusklyngen har gennemført audit på en simpel tilfældig udvalgt stikprøve af de borgere, som har modtaget indsatsen og konkluderer, at indsatsen har forebygget indlæggelser i de givne tilfælde. Samtidig vurderer de, at indsatsen har skabt et sikkerhedsnet i den akutte situation, så borgeren kunne behandles hjemme og undgå en akut indlæggelse. Der er ikke dokumentation for funktionsniveauet.

Målet var i Vestklyngen at sikre kvalitet og forløbskoordination i forbindelse med udskrivelse. Der er flere at dem som screenes, der også har modtaget et opfølgende hjemmebesøg. Der er ikke dokumentation for, at der generelt set sker en bedre og hurtige forløbskoordination, men audit indikerer, at det lykkes at iværksætte en tværsektoriel sundhedsfaglig indsats for målgruppen.

Sygeplejekoordinatoren bidrager til god forløbskoordination, og funktionen muliggør lettere og hurtigere tilrettelæggelse af et opfølgende hjemmebesøg. Samtidig vurderes terapeuten i det opfølgende hjemmebesøg at kunne bidrage til bedre forløb for de borgere, der har et funktionstab.

Ud over reduktion i antal uhensigtsmæssige gen(indlæggelser), var målet i Midtklyngen, at styrke sammenhængen i, og koordinationen af, patientforløbet, skabe tryghed i overgangen fra hospital til eget hjem og identificere borgere med behov for hjemmepleje, som ikke allerede er i det kommunale system. Der er ikke systematisk dokumentation for, at målene er nået, og patienterne indgår ikke i spørgeskemaundersøgelsen. Et begrænset antal patienter er adspurgt igennem samtaler, hvor det fremgår, at det tidlige besøg har bidraget til at skabe tryghed for den enkelte i overgangen fra hospital til eget hjem. Interviewmateriale (blandt personale) fra selvevalueringen viser, at en øget dialog og tættere samarbejde hen over sektorgrænsen imellem hospital og kommune er opnået. Indsatsen som hjemmesygeplejersken foretager med screening i hjemmet vurderes ikke at udgøre en særlig stor arbejdsbyrde i forhold til, hvad hun ellers skulle gøre.

I Horsens har projektet båret præg af manglende kommunal tovholder, hvilket har haft betydning for muligheden for samarbejde. Ved de restende projekter er det vurderingen, at samarbejdet på tværs af hospitaler og kommuner har fungeret godt. I Midtklyngen arbejdes på at forbedre en fælles platform for den relationelle koordinering, herunder etablering af en fælles visitationsenhed, som skal styrke samarbejdet.

Sundhedstilstand

Patientdata understøtter, at patienterne, som indgår i indsatserne hører, til den svækkede gruppe, da deres selvvaluerede helbred ligger lavt, og de tilkendegiver behov for hjælp til basale dagligdagsfunktioner. Samtidig er en stor gruppe udfordret fysisk fx i forhold til personlig hygiejne, at kunne gå m.m.

Evalueringen kan, grundet juridiske restriktioner, ikke udtale sig om udviklingen i forebyggelige (gen)indlæggelser, men kun konstatere, at der blandt de inkluderede patienter er 7 ud af 52 (13 %), som bliver indlagt med en diagnose, der hører til en forebyggelig indlæggelse inden for 30 dage efter udskrivelsen eller kontakten til akutteamet.

Økonomiske beregninger

Data omkring ydelser i regionen er fundet via Kvalitet og data (apoteksdata) og BI-portalen, mens ydelser fra kommunerne er trukket i de kommunale systemer. Muligheden for at trække al data centralt er derved ikke udbygget nok på nuværende tidspunkt. Dernæst er det en juridisk udfordring, at data herom ikke må trækkes uden samtlige patienters samtykke. Det har været muligt at finde udgifter i kommunalt og regionalt regi samt medicinudgifter (regionalt tilskudsberettiget), men konklusioner på baggrund heraf bør kun drages med meget klare definitioner af, hvad der indgår, og en bevidsthed om, at det i mange tilfælde er gennemsnitsberegninger og ikke faktisk leverede ydelser.

Metode

De metodemæssigt mest interessante konklusioner er på baggrund af dataindsamlingsprocessen følgende:

Det er en udfordring med de juridiske restriktioner, hvis der ønskes stor kvantitet i dokumentation af indsatser, der går på tværs af sektorer, idet den enkelte patient skal spørges om samtykke. Både at de skal spørges, men også tidspunktet i forhold til, hvornår de er i kontakt med sund-

hedspersonalet. Det er en meget tids- og ressourcetung metode at skulle indhente samtykke fra hver enkelt respondent.

Dernæst er der forskel på, hvad patienter og personale svarer på de samme spørgsmål, når de vurderer patientens helbred, daglige gener og behov for hjælp. Især er der tilfælde, hvor kun patienten oplever sig generet, hvor personalet ikke oplever det, og så er der forskel på vurderet helbredstilstand, hvor det kan være både dårligere eller bedre, når personalet vurderer det.

Konklusionen er, at fremadrettet er det ikke en entydig god løsning at lade personalet svare for patienterne. En model med samtykke kan lade sig gøre, men det må være en afvejning af det ressourcemæssige forbrug sammenholdt med den risiko for selektionsbias, når personalet vurderer, om patienten skal have et skema eller ej, at de systematisk glemmer at spørge alle i en travl hverdag eller andre årsager til, at nogle patienter ikke får tilbuddet. Vi har ikke testet pårørendes svar versus patienternes, men en vis difference må forventes også her.

Ved datatræk for forebyggelige (gen)indlæggelser har det være en juridisk udfordring, at data ikke må trækkes på dels afdelingsniveau, hospitalsniveau eller diagnoseniveau for at se på udviklingen i antal forebyggelige (gen)indlæggelser. Dernæst at der ingen baseline eller førmåling har været for nogen af projekterne, hvorved sammenligning bliver svær, især når der er tale om fem forskellige projekter, der i udgangspunktet heller ikke er direkte sammenlignelige med hinanden.

Ved opgørelserne af de økonomiske data har der været foretaget en datarensning, hvor nogle patienter er sorteret fra på grund af manglende oplysninger eller manglende levering af data fra kommunerne. Ved en stikprøve på få patienter er alle reduktioner i kvantiteten af betydning. Dernæst er der potentielt 19 deltagende kommuner, når projekter i hele Region Midtjylland inkluderes, hvorved kompleksiteten stiger ved inddragelse i stor skala. For de regionale data og udgifter til almen praksis kan de udtrækkes fra to databaser, alt efter om det er hospitalsudgifter eller medicin/konsultationsydelser, hvorved udtræk er mere ensartet.

Kriterier for økonomiske beregninger kan fastsættes og ved sammenligning er det nødvendigt med eksplicitte kriterier for hvad der skal medregnes i de kommunale takster.

6. Perspektivering

De efterfølgende refleksionspunkter er baseret på det, projekterne har vist at bidrage med i forhold til bedre forløbskoordination, og de udfordringer projekterne har haft metodisk set i forhold til at måle på egne indsatser. Punkterne er relateret til fremadrettede indsatser på området.

- Randersklyngen har formået at konstruere en model, hvor det er muligt at udskrive patienterne væsentlig hurtigere (og derved også på "uvante" tidspunkter), fordi det kommunale set up er klar til at tage imod patienterne, og der tages stilling til udskrivelse meget tidligt i forløbet
- I Randersklyngen er det lykkedes at få en klar definition af den population, der skal samarbejdes om. Det vil sige, at hospitalet kan identificere gruppen på cpr.-niveau og kommunikere klart med kommune og praktiserende læge om den. De kan let lave registerudtræk på patienterne. Udfordringen er, at de ikke i projektet har gjort sig erfaring med at håndtere den del af populationen, som ikke har en hoftenær fraktur, og derved udelukkende har beskæftiget sig med en meget afgrænset del af den ældre medicinske patientgruppe
- I Aarhusklyngen er det lykkedes at etablere en samarbejdsmodel, der sikrer kendskab på tværs, og at de praktiserende læger benytter tilbuddet. Ordningen giver mulighed for specialiseret hjælp i borgerens eget hjem, og et ensartet tilbud uanset, hvornår borgeren bliver dårlig. I Vestklyngen er det lykket at videreudvikle tilbuddet om opfølgende hjemmebesøg og samle koordineringsfunktionen, for hurtigere koordinering. Erfaringerne med de to prøvehandling er lovende. Men indsatsen har ikke ført til, at der gennemføres opfølgende hjemmebesøg med borgerens egen læge kort efter udskrivelsen, hver gang det er relevant. De opfølgende hjemmebesøg er stadig udfordret på at få besøgene afholdt (inden for kort tid). Især kan det være svært at få tid hos den praktiserende læge, hvor der er op til 3 dages frist for svar på korrespondance.
- Tilsvarende i Midtklyngen er der erfaringer med, at lægerne ikke dukker op til de opfølgende hjemmebesøg i særlig høj grad
- I Midtklyngen er det erfaringen, at det er muligt med tidlig kommunal opfølgning og screening i hjemmet uden stort ressourcetræk fra kommunen
- Andre mål for sundhedstilstand end forebyggelige genindlæggelser er at foretrække for bedre at kunne dokumentere udvikling hos patienterne. Funktionsevne, som er meget relevant for det kliniske arbejde, har evalueringen ikke haft adgang til, hvilket er tegn på, at den skriftlige dokumentation mellem klinikere ikke er helt fyldestgørende. Tryghed kunne defineres som en del af sundhedstilstanden fra et brugeroplevet perspektiv
- Evalueringen kan konstatere, at det er muligt at trække data for, hvad en borger koster på tværs af sektorerne. Sammenligningsgruppe mangler dog, hvor eneste sammenligningsgrundlag har været, hvad en genindlæggelse ville koste. Det vil være relevant at etablere en sammenligningsgruppe
- Det vil være en klar fordel med fælles it-plattform for relationel koordinering, herunder at det i systemet er muligt at foretage en afkrydsning af patienten som "DÆMP" fremfor at være en tekststreng, da det muliggør hurtige dataudtræk. Dette vil samtidig være et krav for fuld realisering af Triple Aim tilgangen med datatræk for hele populationen.

Metodiske udfordringer og anbefalinger fremadrettet

- Håndholdt dataindsamling med samtykkerklæring og uddeling blandt personalet af spørgeskema og registreringsskema er en forholdsvis tung proces at sætte i gang og vedligeholde, hvis metoden skal udbredes til hele populationen eller blot et repræsentativt udsnit med en kvantitativ volumen. En mulig tilgang kan være at arbejde med forskningsorienterede projekter. I løbende arbejde med kvalitetsudvikling kan tidshorisonten dog være en bremseklo.
- Patientoplevelse kvalitet, og herunder præcisering af hvornår patienterne forventes at være trygge, skal præciseres ved opstilling af mål. Evalueringen viser, at der er forskel på tryghedsoplevelsen lige efter udskrivelse og nogle uger efter.
- Bedre monitorering af data om målgruppen og præcisering heraf. Flere projekter har givet udtryk for, at der ikke er arbejdet med registreringer af hvem, og hvor mange, der er i målgruppen. Herunder er der samtidig vigtigt med en klar definition af en kontrolgruppe. I nærværende projekt har det ikke været muligt for projekterne at definere en relevant og mulig sammenligningsgruppe. Kravet er, at det skal være en sammenlignelig gruppe. Hvis sammenligningsgruppen fx er yngre, mere raske eller lignende, er der stor risiko for, at sammenligningen i udgangspunktet bliver skæv. En metodisk mulighed kunne være at anvende matching metoder til konstruktion af en kontrolgruppe, hvor man ud fra en række relevante baggrundskarakteristika genererer en kontrolgruppe. Dette fungerer bedst ved større stikprøver, hvorfor adgang til data, som ikke er baseret på samtykke, er at foretrække. Aarhus er der givet dispensation for, at kommunens akutsygeplejersker kunne logge på EPJ og derved have adgang til fælles journalsystem. Denne juridiske udfordring med at sikre adgang på tværs af EPJ og Borgerjournalen skal derfor løses, hvis praksis permanentgøres.

Bilag

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

