



09.10.18

Følgeordninger – Anbefalinger fra Arbejdsgruppen vedrørende forebyggelse af ind- og genindlæggelser vedrørende Sundhedsaftalens indsats 58

Arbejdsgruppen vedrørende forebyggelse af ind- og genindlæggelser er ansvarlige for Sundhedsaftalens indsats 58 vedrørende følgeordninger.

Den oprindelige indsatsformulering lød:

For at skabe overblik og effektiv ressourceudnyttelse vil vi sikre koordinering og implementering i forhold til forløbskoordination og de regionale og kommunale følgeordninger: Følge hjem, ringe hjem og opfølgende hjemmebesøg samt kommunale ordninger, der følger op efter udskrivning.

I forbindelse med arbejdsgruppens arbejde med indsatsen er den omformuleret til (jf. orienteringspunkt på DAS den 26. april 2018):

Vi vil skabe overblik over den tilgængelige viden om evalueringer af eksisterende indsatser i form af følgeordninger og lignende. På baggrund af læring herfra vil vi opstille mål, indikatorer og kernekomponenter for lokale indsatser, der sikrer sektorovergange og styrker kvaliteten og sammenhængen i det samlede forløb over tid og på tværs af sektorer for svækkede og kronisk ustabile ældre, medicinske patienter.

Dette notat er arbejdsgruppens afrapportering vedrørende arbejdet med indsats 58 og indeholder:

1. Indledning og afgrænsning
2. Overblik over det aktuelle landskab af følgeordninger og lignende i Region Hovedstaden
3. Overblik over evalueringer af følgeordninger og centrale pointer fra disse
4. Arbejdsgruppens overvejelser
5. Arbejdsgruppens anbefalinger

1. Indledning og afgrænsning

Arbejdsgruppen har valgt at definere målgruppen for indsats 58 som den gruppe svækkede og kronisk ustabile ældre, medicinske patienter, hvor standardiseret kommunikation og samarbejde (ex. Kommunikationsaftalen) ikke slår til. Den gruppe, hvor der i kommunikationsaftalen står ”yderligere koordinering”:

”Hvis der er behov for en mundtlig dialog om planlægning af udskrivelsen, anmodes der om yderligere koordinering. (...) Yderligere koordinering foregår primært telefonisk. I særlige tilfælde kan der aftales konference på hospitalet eller over video.

Eksempler på behov for yderligere koordinering:

- Særlige plejebenhov/sygeplejebenhov, der kræver dialog
- Hjælpemidler og behandlingsredskaber

- Ændringer i bolig
- Afklaring af om borger kan udskrives til hjemmet.”
(Kommunikationsaftalen)



Figur 1

Jævnfør illustrationen i Figur 1 er der *ikke* tale om den gruppe borgere med det laveste funktionsniveau og det største behov for tæt koordination sektorerne imellem. Arbejdsgruppen vurderer, at det tværsektorielle samarbejde omkring denne gruppe borgere generelt fungerer godt, måske netop fordi de har så store og åbenlyse behov for en tæt koordination sektorerne imellem.

Arbejdsgruppen har valgt ikke at definere målgruppen ud fra objektive kriterier som for eksempel antal eller typer af indsatser, antal indlæggelser inden for det sidste år eller lignende. I stedet er målgruppen altså defineret ud fra de professionelles vurdering af behovet for tværsektoriel koordination.

Udover den afgrænsning, der ligger i målgruppen, er indsats 58 afgrænset til at omhandle følgeordninger og lignende indsatser, der har til formål at skabe gode sektorovergange og sikre sammenhæng i borgernes forløb på tværs af sektorer. Det vil typisk sige indsatser, der "bygger bro" mellem hospitalssektoren på den ene side

og den kommunale sektor og almen praksis på den anden side, eller indsatser hvor personalet fra den ene sektor "overskrider" sektorgrænsen og bevæger sig over i en anden sektor i mødet med borgeren. Indsatser, der alene kan karakteriseres som hospitalers udgående funktioner, er imidlertid ikke omfattet. Der skelnes mellem substitution af indlæggelse, forebyggelse af indlæggelse og forebyggelse af genindlæggelse (Sundhedsstyrelsen 2015). Indsatser, der kan karakteriseres som substitution af indlæggelse, er ikke omfattet af indsats 58.

2. Overblik over det aktuelle landskab af følgeordninger og lignende i Region Hovedstaden

Indsatsbeskrivelsen lægger op til, at der skabes overblik over evalueringer af følgeordninger og lignende indsatser. Nogle af de indsatser, der er evalueret, er imidlertid nu afsluttede, ligesom der aktuelt er indsatser, der ikke er evalueret. Derfor kan det være relevant at tegne et billede af det aktuelle landskab af følgeordninger og lignende indsatser i Region Hovedstaden. Nogle af indsatserne er stort set identiske i indhold men hedder noget forskelligt i forskellige kommuner og planområder.

- Opfølgende hjemmebesøg (landsdækkende)
- Følge hjem-ordning (Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Nordsjællands Hospital, Herlev og Gentofte Hospital, Amager og Hvidovre Hospital)
- Ringe hjem-ordning (Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Nordsjællands Hospital, Amager og Hvidovre Hospital)
- Socialsygeplejersker
- Forløbskoordination
- Udskrivningskoordinatorer på hospitaler (Københavns Kommune)
- Fremskudt visitation (flere kommuner i planområde Nord, alle kommuner i planområde Midt, Tårnby, Hvidovre, Ishøj, Københavns og Frederiksberg kommuner)
- Aktiv Patientstøtte (Region Hovedstaden)
- Projekt Sikker sammenhæng (Københavns Kommune, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital samt Dansk Selskab for Patientsikkerhed)
- Tværsektoriel stuegang (tværsektorielt satspuljeprojekt i planområde Nord)

3. Overblik over evalueringer af følgeordninger og centrale pointer fra disse

Arbejdsgruppen har afsøgt, hvad der findes af evalueringer af følgeordninger og lignende, jævnfør ovenstående afgrænsning. Især evalueringerne af følgende indsatser indgår i afdækningen:

- Opfølgende hjemmebesøg, herunder KORAs evaluering af opfølgende hjemmebesøg i Region Hovedstaden, 2017.
- Følge hjem- og ringe hjem-ordninger, herunder KORAs evaluering af følge hjem og ringe hjem-ordningerne i Region Hovedstaden, 2016.
- Kom trygt hjem, Københavns Kommune 2015
- Forløbskoordination/fremskudt visitation, herunder KORAs evaluering af ordningen i fire kommuner, 2016
- Info-65 på Tværs (Projekt i samarbejde mellem Hvidovre Hospital og Brøndby og Københavns Kommune, 2016)

Derudover indgår der øvrigt materiale og undersøgelser som baggrundsviden, se litteraturliste.

Begrænsninger ved evalueringerne

Helt overordnet er der nogle vanskeligheder forbundet med at udlede brugbar viden af evalueringerne på området, især hvis ambitionen er at udlede viden om, hvad der virker på tværs af de forskellige følgeordninger. Det skyldes blandt andet, at evalueringerne hver især forholder sig til den enkelte indsats, der evalueres, og ikke til det samlede landskab af indsatser eller til en sammenligning af indsatser.

Evalueringsrapporterne er svære at sammenligne på grund af forskellige evalueringsmetoder og brug af forskellige effektparametre. For eksempel måler flere effekt i forhold til genindlæggelser, men der bruges mange forskellige tidsintervaller på mellem 7 og helt op til 180 dage.

Generelt er der i mange af evalueringerne brugt kvalitative metoder. Det giver god mening, hvis man vil undersøge, hvordan borgerne oplever en indsats men gør det vanskeligt at sige noget om effekten af indsatsen. Der er gennemført mange interviews med forskellige personalegrupper, som giver god viden om indsatserne og udfordringerne ved disse. Men for en del studier bliver resultaterne også fortolket som effektstudier, hvilket interview med relativt få ansatte ikke kan bruges til.

Generelt er patienterne udvalgt til at deltage i de kvalitative interviews af de ansatte i den specifikke indsats, hvilket indebærer en risiko for, at særligt de tilfredse er udvalgt.

I næsten alle evalueringer angives det, at den evaluerede indsats fører til større tryghed for patienterne. Dette bygger dog næsten altid på interviews med patienter og personale uden en kontrolgruppe.

Derudover er der åbenlyse vanskeligheder ved at interviewe borgere med så lavt et funktionsniveau, herunder for manges vedkommende kognitive vanskeligheder. I mange af undersøgelserne har det været svært at få brugbare udsagn fra patienterne. Få har overskud til at deltage, og mange af dem har svært ved at huske, hvad der er blevet sagt af hvem hvornår (Buch et al., 2016; Madsen et al., 2016). En undersøgelse peger på, at patienter genfortæller episoder, ex. fra en konsultation eller en indlæggelse, og at selvom koordinering og samarbejde er altafgørende for et velfungerende patientforløb, så er det ikke noget, patienterne har indsiget i (Martin, 2010).

Hvad viser evalueringerne

Der er stort fokus nationalt på forebyggelse af akutte genindlæggelser. Akutte genindlæggelser inden for 30 dage er indikator for det nationale mål om bedre sammenhængende patientforløb. Flere af de indsatser, der er omfattet her, har som formål at forebygge akutte genindlæggelser. Men generelt viser evalueringerne ingen effekt på genindlæggelser. Trods flere års fokuseret indsats ligger antallet af genindlæggelser nogenlunde stabilt.

Der er også nationalt fokus på korttidsindlæggelser af ældre, medicinske patienter, der ofte betragtes som uhensigtsmæssige. En undersøgelse fra 2015 viste, at 39 % af indlæggelserne af ældre medicinske patienter via akutenhederne varede under 24

timer. Undersøgelsen konkluderede, at 73 % af indlæggelserne var nødvendige og ikke kunne karakteriseres som uhensigtsmæssige (Hendriksen et al., 2015).

Det er forskellige personalegrupper, som gennemfører indsatserne i de forskellige projekter, men det fremhæves i flere af evalueringerne, at man har ansat meget erfarent personale i indsatsen, og at dette har været centralt for, at det har haft effekt (Buch et al., 2016).

Generelt bliver ledelsesmæssigt engagement, også på tværs af sektorer, fremhævet som helt centralt for at få succes med indsatser på tværs af sektorer (Lehn et al., 2014b; Buch et al., 2016; Petersen, 2016; Region Sjælland, 2016).

Kommunikation og kendskab til hinanden på tværs af sektorer har været centrale temaer i næsten alle evalueringer. Det kan for eksempel dreje sig om, at personalet får kendskab til og forståelse for hinandens arbejdsvilkår, lærer hinanden at kende og får etableret gode samarbejdsformer. Det fremhæves i en undersøgelse, at jo bedre samarbejdet formelt set er organiseret med jævnlige møder mellem sektorerne både på medarbejder- og ledelsesniveau, jo bedre synes det at fungere (Deloitte 2013). Personalet vurderer, at vidensdeling på tværs er troværdigt ved telefon eller ved fremmøde, mens skriftlig information ikke bliver brugt eller ikke set som troværdigt (Holten-Andersen et al. 2017).

I nogle af evalueringerne er det undersøgt, hvad der er forbundet med tryghed og utryghed for patienterne i forbindelse med en udskrivelse. Undersøgelsen viser, at patienterne føler, at de selv står med ansvaret for at samle trådene og skabe overblik over deres forløb. Flere er bange for at misforstå eller overse beskeder om især opfølgning på medicin. Det giver utryghed ved udskrivelsen, at patienterne er usikre på om de får den hjælp, som de har brug for, og om de kan klare sig efter udskrivelsen (Holten-Andersen et al., 2017, Madsen et al., 2016).

Det er underforstået for personalet at en god udskrivelse allerede skal forberedes ved indlæggelsen, men for patienter med et lavt funktionsniveau kan det virke overvældende at snakke om udskrivelsen tidligt i forløbet (Holten-Andersen et al., 2017).

4. Arbejdsgruppens overvejelser

Arbejdsgruppen har i forbindelse med indsats 58 drøftet, at både formuleringen af indsatsen og følge hjem-tankegangen på nogle måder er forældet. Der er sket en del, siden indsatsen blev formuleret, blandt andet er der etableret flere tilbud. Derudover oplever nogle, at det i dag snarere er relevant at operere med et billede af borgeren/patienten i midten af et ederkoppespind af tilbud og kontakter end en lineær proces med overgange på tværs af søjleopdelte sektorer. Man kunne også tale om lagdeling, hvor nogle borgere har flere samtidige indsatser, snarere end søjleinddeling.

Den oprindelige indsatsformulering for indsats 58 handlede også om effektiv ressourceudnyttelse. Det bundede måske i en usikkerhed omkring, hvorvidt de mange forskellige følgeordninger kunne gøre det vanskeligt at have overblik over, om indsatserne overlappede hinanden på en uhensigtsmæssig måde, eller om der på

anden vis var tale om en uhensigtsmæssig udnyttelse af ressourcerne. Arbejdsgruppen konkluderer, at der ikke er noget i evalueringerne, der peger på det.

Arbejdsgruppen har i sit arbejde med indsatsen vurderet, at det er vigtigt ikke at reducere opgaven i indsats 58 til at se på de konkrete følgeordninger og evalueringerne af dem. Arbejdsgruppen har vurderet, at det ikke er opgaven i indsats 58 at definere én model for følgeordninger. Én model passer ikke til alle, og opfølgende tiltag skal ikke nødvendigvis være ens på tværs af kommuner og hospitaler men i stedet tilpasses lokale forhold. Arbejdsgruppen har ønsket at arbejde med indsats 58 på en måde, hvor der på den ene side gives plads til at etablere og opretholde følgeordninger, der lokalt giver mening, og på den anden side opstilles nogle fælles mål, som man på tværs af planområder og kommuner kan være enige om at måle indsatserne ud fra.

Arbejdsgruppen har altså arbejdet med en model for, hvordan man kan arbejde videre med forskellige former for følgeordninger og koordinerende indsatser, uanset den lokale udformning. Det betyder også, at der ikke er noget i modellen, der forhindrer, at eksisterende ordninger kan opretholdes. Det gælder også de eksisterende ordninger, hvor der er afsat nationale eller lokale midler til specifikke metoder, eksempelvis den landsdækkende ordning med opfølgende hjemmebesøg.

Arbejdsgruppen har arbejdet med formulering af mål, der gælder for alle, men som det er op til den lokale implementering at definere løsningen på. De opstillede mål er søgt formuleret, så de er målbare og kan fungere som indikatorer for kvaliteten i forløbene.

Derudover har arbejdsgruppen formuleret nogle kernekomponenter, som skal indgå i de lokale indsatser, og som skal fungere som hjælp til den lokale tilrettelæggelse af konkrete indsatser. Kernekomponenterne er baseret på den tilgængelige viden om målgruppen, forløbene og erfaringer med forskellige typer indsatser, herunder evalueringerne af de eksisterende følgeordninger.

Arbejdsgruppen har i forbindelse med formuleringen af mål for følgeordninger haft mange drøftelser af, hvad kvalitet er i denne sammenhæng, og hvordan man kan måle den. Der er enighed om, at et snævert fokus på den enkelte sektorovergang ikke giver et billede af kvalitet i forløbene for målgruppen svækkede og kronisk ustabile ældre, medicinske patienter, der blandt andet er karakteriseret ved mange indlæggelser og dermed mange sektorovergange i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse. Det er vigtigt at se på kvalitet og sammenhæng i det samlede forløb over tid og på tværs af sektorer.

Det er fristende at betragte indlæggelser, især korttidsindlæggelser og akutte genindlæggelser som et udtryk for manglende kvalitet i forløbene for denne gruppe borgere. Der er nationalt fokus på både genindlæggelser og korttidsindlæggelser af ældre, medicinske patienter, der ofte betragtes som uhensigtsmæssige. Men på nogle måder kan man måske sige, at kvalitet kan opleves forskelligt set fra borgernes og fra de professionelle side. De professionelle vil ofte betragte det som kvalitet at undgå indlæggelse, at en indlæggelse er så kort som muligt, og at udskrivelsen planlægges allerede ved indlæggelsen. Men borgerne oplever det ikke nødvendigvis på samme måde. Der er tryghed forbundet med at blive indlagt, hvis man oplever at have brug for det, tryghed forbundet med at kunne forblive indlagt så længe det er

nødvendigt og dermed utryghed forbundet med, at udskrivelse italesættes allerede ved indlæggelsen.

5. Arbejdsgruppens anbefalinger

I det følgende opstiller arbejdsgruppen anbefalinger til mål og kernekomponenter med tilhørende bemærkninger vedrørende de drøftelser, der har været omkring disse.

Fokusområder

Arbejdsgruppen har valgt at opstille mål inden for fokusområderne faglig, organisatorisk og borgeroplevet kvalitet.

Det er tanken, at der arbejdes med målene lokalt i forhold til den konkrete følgeordning eller indsats, og dermed også at der trækkes eller indsamles data lokalt, sådan at det giver mening i forhold til den enkelte følgeordning eller indsats.

Fokusområde: Faglig kvalitet

- ✓ *Antallet af akutte genindlæggelser inden for 7 dage reduceres med 15 % i løbet af et år*
Der kan trækkes data på afdelingsniveau.
Arbejdsgruppen har diskuteret anvendeligheden af genindlæggelser som indikator på kvaliteten i forløbene men har besluttet at fastholde den, dels fordi den er opstillet som indikator for det nationale mål om bedre sammenhængende patientforløb, og dels fordi det er vanskeligt at opstille alternativer.
- ✓ *Antallet af udskrivelser med ajourført FMK skal være 90 % (driftsmål i Region Hovedstaden)*
Der kan trækkes data på afdelingsniveau.
- ✓ *Der gennemføres lokale tværsektorielle audits med fokus på kvaliteten af ajourføringen af FMK ved indlæggelse og udskrivelse*
Kræver "håndholdt" lokal dataindsamling.
Problemer med medicin i forbindelse sektorovergange nævnes i mange sammenhænge som centrale, men det kan være vanskeligt at opstille brugbare indikatorer. Arbejdsgruppen har drøftet, at et ajourført FMK ikke er ensbetydende med, at der ikke er fejl i medicinen. I forhold til utilsigtede hændelser er der mange usikkerheder forbundet med afrapportering, der gør det vanskeligt at bruge utilsigtede hændelser som indikator. På den baggrund peger arbejdsgruppen på en kombination af datatræk og tværsektorielle audits.

Fokusområde: Organisatorisk kvalitet

- ✓ *Der etableres tværsektorielle læringsfora med henblik på samarbejde om fælles kapacitet, fælles data, cases og utilsigtede hændelser*
- ✓ *Antallet af færdigbehandlingsdage reduceres med 50 % i løbet af et år*
Der kan trækkes data på afdelingsniveau.

- ✓ *Antallet af "omgjorte færdigmeldinger" reduceres med 25 % i løbet af et år*
Der kan trækkes data på afdelingsniveau.
"Omgjorte færdigmeldinger" vil sige, at der først er sendt en melding om færdigbehandling fra hospital til kommune, og at denne efterfølgende trækkes tilbage, fordi behandlingen genoptages.

Fokusområde: Borgeroplevet kvalitet

Arbejdsgruppen har drøftet, hvordan man kan måle den borgeroplevede kvalitet hos denne gruppe, der som nævnt ovenfor ofte har et lavt funktionsniveau og kan have vanskeligt ved at overskue og skelne mellem de forskellige elementer og aktører i deres forløb.

- ✓ *Andelen af borgere, der oplever, at hospital og kommune samarbejder om udskrivelsen, skal øges. Det konkrete mål fastsættes lokalt*
Der kan trækkes data fra LUP på afdelingsniveau.
- ✓ *Andelen af borgere, der ved udskrivningssamtalen er trygge ved at skulle hjem, skal øges. Det konkrete mål fastsættes lokalt*
Kræver "håndholdt" lokal dataindsamling. Spørgsmålet indgår ikke i LUP.
- ✓ *Andelen af pårørende, der oplever, at hospital og kommune samarbejder om udskrivelsen, skal øges. Det konkrete mål fastsættes lokalt*
Kræver "håndholdt" lokal dataindsamling.

Kernekomponenter

Arbejdsgruppen anbefaler, at der formuleres nogle kernekomponenter, som er elementer, der skal indgå i de lokale følgeordninger, og som skal fungere som hjælp til den lokale tilrettelæggelse af konkrete indsatser. Kernekomponenterne er baseret på den tilgængelige viden om målgruppen, forløbene og erfaringer med forskellige typer indsatser, herunder evalueringerne af de eksisterende følgeordninger.

Arbejdsgruppen anbefaler, at lokale følgeordninger bør indeholde følgende kernekomponenter:

Organisering

- ✓ Sikring af at ledere mødes på tværs af sektorer
- ✓ Sikring af at nogle medarbejdere mødes på tværs af sektorer vedrørende konkrete borgerforløb, med henblik på læring og forbedring

Den konkrete indsats

- ✓ Dedikeret tid til opgaven/målgruppen
- ✓ Gennemgang af medicin og information om medicin i forbindelse med udskrivelse

Implementering og opfølgning

- ✓ Implementeringsstrategi for den konkrete indsats
- ✓ Strategi for lokal opfølgning på mål og data
- ✓ Fælles halvårslige gennemgange af tværsektorielle UTH med fokus på fælles læring

Litteraturliste

Buch, M.S., Jakobsen, M., Kolodziejczyk, C., Olesen, E., 2016. Evaluering af indsats for forløbskoordination - Erfaringer med fremskudt visitation i fire kommuner. KORA.

Deloitte, 2013. Analyse af de medicinske afdelinger - En kortlægning og vurdering af potentialerne ved en bedre kapacitetsudnyttelse.

Hendriksen, C., Vass, M., 2015. Usikker effekt af opfølgende hjemmebesøg til ældre medicinske patienter efter hospitalsindlæggelse. Ugeskr. Læg. 177, 342–45.

Holten-Andersen, M., Nielsen, A.P., Fuglsang, M., 2017. Større Tryghed i udskrivelsen - Patientrejsen fra indlæggelse til udskrivelsen. Enheden for Evaluering og Brugerinddragelse.

Københavns Kommunes Sundheds og Omsorgsforvaltning, 2015. Kom Trygt Hjem - Opfølgende evaluering. Københavns Kommunes Sundheds og Omsorgsforvaltning.

Lehn, S.F., Rod, M.H., Thygesen, L.C., Zwisler, A.-D., 2014. Implementering af Opfølgende Hjemmebesøg i Region Sjælland. Statens Institut for Folkesundhed.

Madsen, M.H., Wiuff, M.B., Hansen, E.B., Kristensen, T.A., 2016. Følge hjem- og ringe hjem-ordningerne i Region Hovedstaden - Implementering, organisering og oplevet udbytte. KORA.

Martin, H.M., 2010. Er der styr på mig? Sammenhængende patientforløb fra patientens perspektiv.

Petersen, J., 2016. Info-65 på Tværs- Kommunal forebyggelse af genindlæggelser for akut indlagte, ældre medicinske patienter.

Region Sjælland, 2016. Afslutningsrapport - Følge-hjem ordningen.

Sundhedsstyrelsen, 2017. Nationale mål for sundhedsvæsenet. Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen, 2015. Forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser - en oversigt over viden om kommunale indsatser. Sundhedsstyrelsen.

Wiuff, M.B., Hansen, E.B., Thomas, A.K., Madsen, M.H., 2017. Opfølgende hjemmebesøg i Region Hovedstaden - Organisering, samarbejde og oplevet udbytte. KORA.