



Forløbskoordination for den ældre medicinske patient fra plejebolig

Et samarbejdsprojekt mellem

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen Københavns Kommune

& Bispebjerg og Frederiksberg Hospital



**Bispebjerg og Frederiksberg
Hospital**



Udgivere

Akutmodtagelsen
Afdeling for Sammenhængende Patientforløb
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
Bispebjerg Bakke 23
2400 København NV

Københavns Kommune

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen
Center for Omsorg og Rehabilitering
Sjællandsgade 40
2200 København N

Forfattere

Hanne Nygaard, projektleder, sygeplejerske, Cand.scient.san, Akutmodtagelsen, Afdeling for Sammenhængende Patientforløb, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
Lisbeth Rygaard Duedahl, konsulent Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune
Lone Petersen, afdelingsleder Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune
Anette Ekmann, sygeplejerske, Cand.scient.san.publ., ph.d., Afdeling for Sammenhængende Patient-forløb, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Spørgsmål til rapporten kan rettes til Hanne Nygaard:
hanne.nygaard@regionh.dk

Eksterne redaktører

Layout: RegionH Design
Tryk: Redhill

ISBN (trykt): 978-87-971048-1-1
ISBN (elektronisk): 978-87-971048-0-4

Rapporten og bilag kan downloades fra
www.bispebjerghospital.dk/daemp

November 2018

Forord

Borgere i plejebolig er blandt de mest skrøbelige ældre i samfundet. De har ofte flere samtidige sygdomme og er afhængige af den hjælp og omsorg, de tilbydes. Ved akut sygdom og indlæggelse er det sundhedsvæsenets opgave at skabe tryghed hos den skrøbelige borger ved at sikre kontinuitet og sammenhæng i pleje, omsorg og behandling på tværs af sektorer.

Der er meget lidt viden om skrøbelige borgers oplevelser af tryghed i overgangen mellem plejecentret og hospitalet, og derved begrænset viden om hvordan sundhedsvæsenet ud fra et borgersperspektiv bedst tilrettelægger det tværsektorielle samarbejde. Bispebjerg Hospital og Københavns Kommune har derfor i tæt samarbejde med borgere på tre plejecentre afdækket borgeroplevede problematikker i overgangen mellem plejecenter og hospital ved akut indlæggelse og udskrivelse.

De borgeroplevede problematikker har dannet udgangspunkt for ændringer i en række tværsektorielle arbejdsgange ved indlæggelse og udskrivelse. De nye arbejdsgange er blevet testet og evalueret i et fælles projekt om forløbskoordination til den ældre medicinske patient fra plejebolig. Der er på baggrund af projektet indgået en samarbejdsaftale mellem Bispebjerg Hospital og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i Københavns Kommune om det tværsektorielle samarbejde. Resultaterne fremgår af nærværende rapport. Formål med rapporten er at give læseren inspiration til at implementere de opnåede resultater i egen praksis. Dette gøres ved at lægge vægt på at beskrive de indsatser, der er arbejdet med i projektet, og hvordan der er arbejdet med udvikling og afprøvning af de enkelte indsatser. Vi håber således, at rapporten fungerer som drejebog for medarbejdere i danske kommuner og regioner.

En særlig tak til alle patienter, pårørende, sundhedsfagligt personale og ledere i Københavns Kommune og Region Hovedstaden, der har bidraget til projektet.

Vi ønsker alle god læselyst.

Anne Jastrup
Hospitalsdirektør,
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Katja Kayser
Direktør,
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen,
Københavns Kommune

Indholdsfortegnelse

Resumé	5
1 Baggrund	6
1.1 Formål	6
1.2 Mål	6
1.3 Revidering af målsætning	7
1.4 Målgruppe	7
2 Organisering af projektet	8
2.1 Medicinsk Modtageafsnit	8
2.2 Plejecentre	8
3 Afdækning af problemområder og udarbejdelse af forløbskoordination	9
3.1 Fokusgrupper, forløbsindikatorer og interviewguide	10
3.2 Case-beskrivelser	11
3.3 Empiriske data og temaer for punktvis forløbskoordination	12
3.4 Evaluering	13
4 Borgerens oplevelse af tryghed	14
5 Afprøvning af punktvis forløbskoordination	16
5.1 Utryghed under transport, usikker identifikation og manglende kommunikation	16
5.1.1 Beskrivelse af indsatsen "følgeskab"	16
5.1.2 Afprøvning af følgeskab	17
5.1.3 Evaluering af følgeskab	17
5.1.4 Perspektivering af følgeskab	18
5.2 Få de relevante ejendele med ved indlæggelse og det hele med hjem igen	18
5.2.1 Beskrivelse af indsatsen "pakkelister, kuverter og poser ved indlæggelse"	18
5.2.2 Afprøvning af pakkelister, kuverter og poser	18
5.2.3 Evaluering af pakkelister, kuverter og poser	19
5.2.4 Perspektivering	19
5.3 Manglende kommunikation om dysfagi afdækket under indlæggelse	19
5.3.1 Beskrivelse af indsatsen "tværsektoriel kommunikation ved dysfagi"	19
5.3.2 Afprøvning af tværsektoriel kommunikation ved dysfagi	20
5.3.3 Evaluering af tværsektoriel kommunikation ved dysfagi	20
5.3.4 Perspektivering af tværsektoriel kommunikation ved dysfagi	20
5.4 Mangel på relevant tværsektoriel information ved udskrivelse	20
5.4.1 Beskrivelse af indsatsen "kuvert ved udskrivelse"	20
5.4.2 Afprøvning af kuvert ved udskrivelse	21
5.4.3 Evaluering af kuvert ved udskrivelse	21
5.4.4 Perspektivering af kuvert ved udskrivelse	21
5.5 Udfordret skriftlig kommunikation ved udskrivelse	22
5.5.1 Beskrivelse af indsatsen "opfølgning ved følge-hjem sygeplejerske"	22
5.5.2 Afprøvning af opfølgning ved følge-hjem sygeplejerske	22
5.5.3 Evaluering af opfølgning ved følge-hjem sygeplejerske	22
5.5.4 Perspektivering af opfølgning ved følge-hjem sygeplejerske	23
5.6 Formidling af viden, der vanskeligt kommunikeres via kommunikationsaftalen	23
5.6.1 Beskrivelse af indsatsen "forløbsmappe"	24
5.6.2 Perspektivering af forløbsmappe	24
Konklusion	25
Perspektivering	27
Litteraturliste	28
Bilagsoversigt	29
Slutnoter	30

Resumé

Sundhedsstyrelse beskriver i 2011 "Den ældre medicinske patient", som værende karakteriseret ved høj alder, svær sygdom, komorbiditet, nedsat fysisk og/eller cerebralt funktionsniveau, polyfarmaci, behov for kommunale støtteforanstaltninger og sygehusindlæggelser. Borgere i plejebolig oplever i gennemsnit to hospitalsindlæggelser pr. år. De er blandt de mest skrøbelige borgere i vores samfund og afhængige af den hjælp, de får i hverdagen og under indlæggelse.

Formålet med projektet er at afdække indlæggelsesforløb fra plejebolig til hospital ud fra et borger- og sundhedsfagligt perspektiv samt afdække de væsentligste problematikker og implementere forløbskoordinationsprogram indenfor områder med forbedringspotentiale.

Projektet blev designet og gennemført i et samarbejde mellem Københavns Kommune og Bispebjerg & Frederiksberg Hospital. Projektets empiri består af 17 primære og 8 opfølgende case-beskrivelser, der dannes fra fokusgrupper og strukturerede interview med patienter, pårørende og plejepersonale fra begge sektorer i forbindelse med de enkelte indlæggelser og udskrivelser. Disse suppleredes med journaldata fra regionale og kommunale journaler. Til analysen blev der anvendt systematisk meningskategorisering.

Borgerne fra plejebolig er relevante og gode informanter, de bidrog med oplevelser og nyttig viden om overgangen fra plejebolig til hospital og retur. Oplevelsen af tryghed og utryghed fylder meget og

analysen viser, at årsagen til borgernes utryghed skifter hen over indlæggelsesforløbet. I perioder uden akut sygdom føler borgerne sig generelt trygge på plejecentrene. I perioder med akut sygdom er borgerne mere trygge på hospitalet. Under indlæggelse opleves dog ny utryghed ifm. usikkerhed overfor eget ansvar, at være et fremmed sted, manglende information og personalets manglende kendskab til borgerens plejebæhov.

Af analysen fremkom desuden fire gennemgående temaer; rettidighed, forventningsafstemning, serviceorientering og kompetenceudvikling & -afklaring. De fire temaer danner basis for afprøvning og implementering af 1) følgeskab ved indlæggelsen, 2) brug af pakkelister, poser og kuverter ved indlæggelsen, 3) systematiseret tværsektoriel kommunikation ved fund af dysfagi, 4) brug af kuvert ved udskrivelsen og 5) opfølgning ved følge-hjem sygeplejerske.

Det afprøvede punktvisse forløbskoordinationsprogram gav mere rettidig og serviceorienteret kommunikation mellem sundhedsfagligt personale i de to sektorer, og der er mindre usikkerhed hos personalet om eget ansvar og opgave. Det har ikke været muligt at måle effekten af den bedre kommunikation i et øget tryghedsniveau hos borgerne. Oplevelsen af tryghed er kompleks og formentlig iboende akut sygdom og hospitalsindlæggelse, uanset alder. Alle indsatser, der er udviklet og testet i projektet, vurderes at være generiske og mulige at implementere i andre kommuner og hospitaler i en formaliseret ramme for samarbejdet.

1 Baggrund

Omkring 42.000 ældre bor i dag i plejebolig, hvilket svarer til ca. 4 % af den samlede danske befolkning over 65 år (1). Langt hovedparten af de ældre, der i dag bliver visiteret til en plejebolig, er stærkt fysisk eller psykisk svækkede og dybt afhængige af den hjælp, de får. Borgere i plejebolig er blandt de mest skrøbelige i vores samfund med komplekse sundhedsfaglige problemer. De lider typisk af flere kroniske sygdomme (multimorbiditet), og det vurderes, at 2/3 lider af en eller anden form for demens (1). Borgere i plejebolig har dermed en øget risiko for hospitalsindlæggelser og har i gennemsnit to indlæggelser pr. år, hvoraf 85 % er akutte. Indlæggelserne har en gennemsnitslængde på 11,6 sengedage (2).

Undersøgelser har vist, at sektorovergange udgør en særlig risiko for utilsigtede hændelser (3). Det er i disse overgange, at der sker kommunikations-, kvalitets- og kontinuitetsbrist, hvilket er med til at forringe den plejemæssige og borgeroplevede kvalitet i den samlede behandlingsindsats (4). Risikoen for at patienten "tabes" mellem sektorer, at information går tabt, og at der opleves manglende sammenhæng i forløbene er således nogle af de største udfordringer i sundhedsvæsenet (5,6,7). Der er behov for et velfungerende tværsektorielt samarbejde, hvis kontinuiteten og kvaliteten af den samlede sundhedsfaglige indsats for borgere i plejebolig skal sikres og forbedres. Dette fordrer et tæt samarbejde mellem det kommunale plejepersonale og plejepersonalet på hospitalet.

Erfaringsmæssigt ved vi, at plejepersonalet på plejecentre i Københavns Kommune og på Bispebjerg Hospital angiver, at det tværsektorielle samarbejde ikke fungerer optimalt, og at der er mulighed for forbedring. Samarbejdsproblemerne er dog ikke undersøgt nærmere, og det har ikke været muligt at finde danske undersøgelser, hvor de nærmere omstændigheder ved samarbejdet mellem kommunale plejeboliger og hospitalet belyses. Det var således ved projektstart uvist, hvilke konkrete problemstillinger, der eksisterede, og hvordan de spillede sammen med arbejdsgange og behov. Dernæst var det uvist, hvilke arbejdsgange borgere

og pårørende oplevede som problematiske. Endvidere var det uvist, hvilke tiltag, der ville have en positiv effekt på samarbejdsrelationen og hvilke implementerbare interventioner, der kunne sættes i værk.

Sideløbende med nærværende projekt foregår en række andre projekter og indsatser, som også taler ind i udvikling af forløbskoordination og sammenhængende borgerforløb. Det gælder fx nye kvalitetsstandarder for kommunal akut sygepleje, faste læger på plejecentre, nye faglige elektroniske dokumentationssystemer i region og kommune, implementering af den reviderede kommunikationsaftale, samt Projekt Sikker Sammenhæng.

Projektledelsen besluttede derfor, at der i nærværende projekt ikke skulle være fokus på de områder af forløbskoordination og sammenhængende borgerforløb, som er i fokus i andre projekter og indsatser.

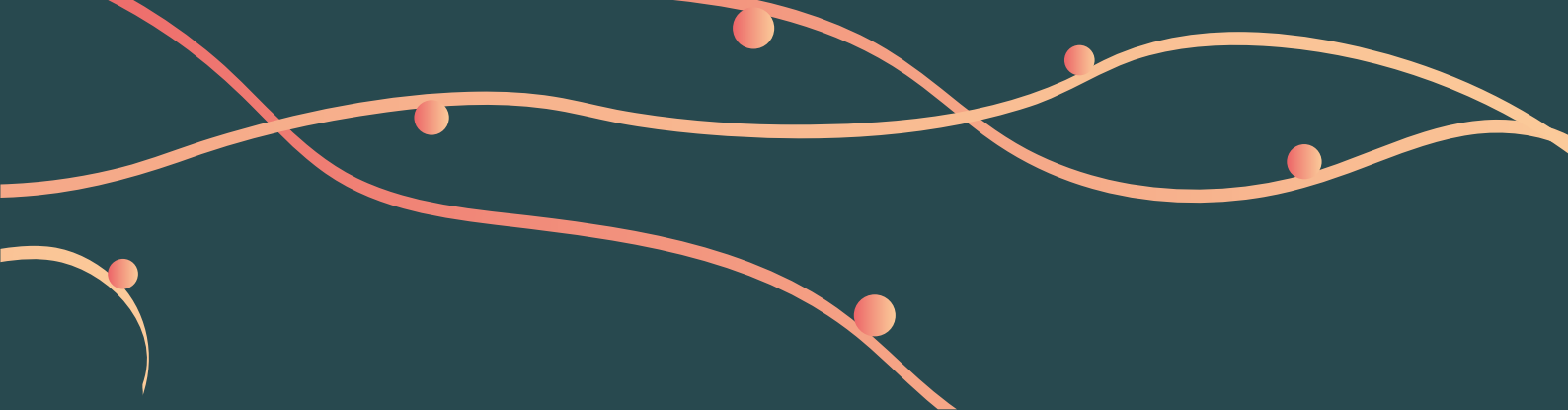
1.1 Formål

Formålet med projektet er at udvikle, implementere og evaluere forløbskoordination for den ældre medicinske borger i plejebolig. Dette med henblik på at etablere tværsektorielle forløb, som øger borgerens oplevelse af sammenhæng mellem sektorerne samt den sundhedsfaglige kvalitet i forløbet.

1.2 Mål

Målet med projektet er, at

1. afdække problematikker og forbedringspotentialer i overgangene fra plejebolig til hospitalsindlæggelse samt fra hospitalsudskrivelse til plejebolig
2. udarbejde forløbskoordinationsprogram indenfor områder med forbedringspotentialer
3. identificere, formulere, kvalificere og anvende forløbsindikatorer¹ til at evaluere den sundhedsfaglige kvalitet i overgangen mellem sektorer
4. etablere og implementere beskrevne forløbskoordinationsprogrammer i begge sektorer
5. evaluere indeværende projekt



Succeskriterierne for projektet er, at

1. patientsikkerheden og den sundhedsfaglige kvalitet i forhold til indlæggelse og udskrivelse af borgere i plejebolig er øget
2. højere grad af borgeroplevet tryghed i forhold til indlæggelse og udskrivelse af borgere i plejebolig er sikret.

1.3 Revidering af målsætning

Tidligt i projektperioden blev det tydeligt, at målet med etablering af et samlet forløbskoordinationsprogram ikke gav mening at forfølge. Som nævnt i indledningen, primært på grund af andre igangværende projekter og indsatser som ligeledes havde til formål at understøtte sammenhængende borgerforløb og udvikling af den sundhedsfaglige kvalitet. Et fællestræk for disse projekter var, at de ikke var tilstrækkelige fremskredne til at resultater og erfaringer kunne inddrages i nærværende projekt.

I stedet for udvikling af et samlet forløbskoordinationsprogram afprøvedes i regi af nærværende projekt punktvis forløbskoordination indenfor områder, hvor afdækningen påviste forbedringspotentialer.

1.4 Målgruppe

Målgruppen defineres som borger bosiddende på ét af de tre plejecentre, Aftensol, Håndværkerforeningens Plejehjem eller Bispebjerg Hjemmet, og som indlægges akut på Medicinsk Modtageafsnit, Bispebjerg Hospital.

Målgruppen inddrages i afdækning af problematikker og forbedringspotentialer, mens der arbejdes fagligt og arbejdsgangsrelateret med sundhedspersonalet i de to sektorer i forbindelse med udvikling og afprøvning af punktvis forløbskoordination.

2 Organisering af projektet

I aftale om satspuljen for 2012-2015 afsatte regeringen og satspuljepartierne en overordnet ramme på 200,4 mio. kr. til en national handlingsplan med 11 konkrete initiativer i forhold til den ældre medicinske patient (DÆMP). Disse initiativer skulle medvirke til at styrke sammenhæng og koordinering af patientforløbene og reducere uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser (8).

Indeværende projekt var forankret i den tværsektorielle arbejdsgruppe for forløbskoordination, som er nedsat i regi af Samordningsudvalget ved Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, der fokuserer på at styrke sammenhæng og koordinering af patientforløbene. Arbejdsgruppen er udpeget til at operationalisere og understøtte monitoreringen af fælles regional/kommunal forløbskoordination for særligt svækkede ældre medicinske patienter i Region Hovedstaden. Arbejdsgruppen afdækkede et område med fokus på indlæggelser og udskivelser af borgere i plejebolig, som viste, at der var potentiale for at styrke forløbskoordinationen i både kommune og hospitalsregi.

Projektet er et samarbejdsprojekt mellem Akutmodtagelsen, Afdeling for Sammenhængende Patientforløb (ASP), Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (BFH) og Center for Omsorg og Rehabilitering (COR) i Københavns Kommunes Sundheds- og Omsorgsforvaltning (SUF).

Praktisk blev projektet gennemført lokalt på Medicinsk Modtageafsnit (MMA), Bispebjerg Hospital og på de tre projektlejence i Københavns Kommune; Aftensol, Håndværkerforeningens Plejehjem og Bispebjergghjemmet.

2.1 Medicinsk Modtageafsnit

MMA har 40 senge og modtager/afslutter i gennemsnit 26 akut indlagte patienter i døgnnet. I tæt

samarbejde med hospitalets øvrige medicinske afdelinger udredes og behandles patienterne inden for de første døgn af indlæggelsen. Herefter besluttes det, om patienten skal udvisiteres til relevant specialafdeling eller udskrives. Ca. 60 % af patienterne i MMA udskrives direkte til eget hjem, inkl. plejecenter eller kommunal midlertidig døgnplads.

2.2 Plejecentre

De deltagende plejecentre er alle selvejende institutioner med driftsoverenskomst med Københavns Kommune, beliggende i lokalområdet Bispebjerg/Nørrebro.

Aftensol beliggende på Nørrebro er et mindre plejecenter med 43 boliger. Bispebjergghjemmet, ved Lersøparken har 90 boliger og Håndværkerforeningens plejehjem i Emdrup er det største plejecenter med 148 plejeboliger.

Når borgeren er flyttet ind i plejeboligen, tildeles borgeren de relevante indsatser og hjælpemidler efter både serviceloven og sundhedsloven. Hverdagen på plejecentre udfoldes i det daglige samvær mellem beboere, personale og pårørende – med fokus på at støtte beboerne på den bedst mulige måde, så medbestemmelse, selvstændighed og aktivitet fastholdes i en hverdag, hvor støtten og hjælpen for manges vedkommende er omfattende. Personalegruppen på et plejecenter består primært af social- og sundhedsassistenter, social- og sundhedshjælpere samt sygeplejersker og terapeuter. Derudover er der ansat aktivitetsmedarbejdere og/eller pædagogiske medarbejdere samt servicepersonale tilknyttet rengøring og køkkenproduktion. I 2016 havde Københavns Kommune 3018 indlæggelser fra alle kommunens plejecentre, hvoraf 60 % indlægges på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.

Tabel 1: Antal indlæggelser fra projektlejence til Bispebjerg/Frederiksberg Hospital

Projektlejence	2016	2017
Aftensol (43 boliger)	33	45
Bispebjergghjemmet (90 boliger)	69	53

3 Afdækning af problemområder og udarbejdelse af forløbskoordination

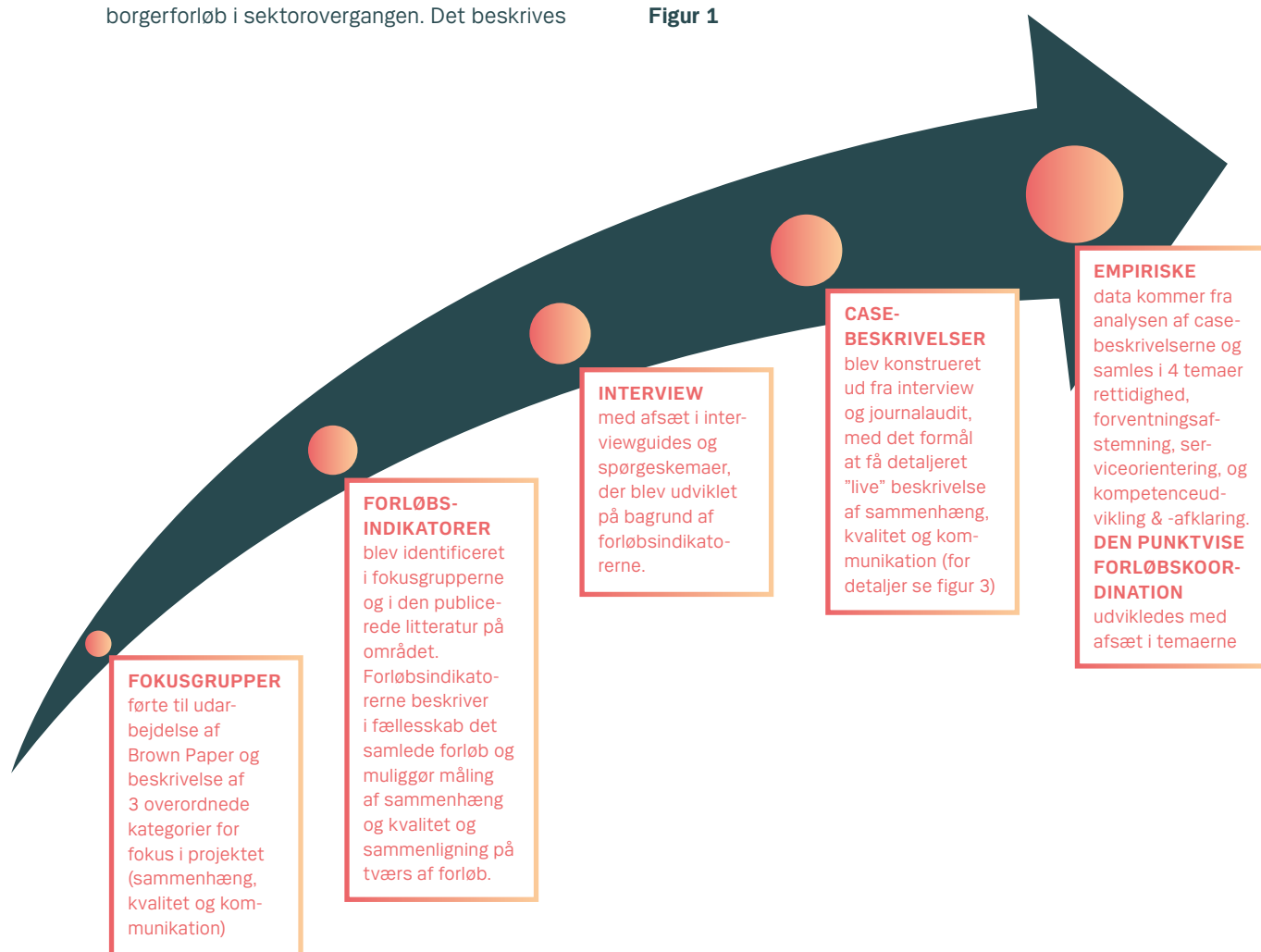
I projektet blev der gjort brug af en lang række forskellige metodiske tilgange til afdækning af problemområder og udarbejdelse af punktvis forløbskoordination.

Nedenfor beskrives mere detaljeret, hvordan der blev samlet data til projektets empiri, samt hvordan der med afsæt i empirien blev udviklet forløbsindikatorer til beskrivelse, måling og kvalitetsvurdering af de processer, der tilsammen udgør det samlede borgerforløb i sektorovergangen. Det beskrives

ligeledes, hvordan empirien benyttes til at beskrive og udvikle nye arbejdsgange og indsatser, der skal forbedre den borgeroplevede sammenhæng og den sundhedsfaglige kvalitet.

Figur 1 viser, hvordan data er samlet og brugt i processen fra afdækning af problemområder til udarbejdelse af punktvis forløbskoordination. Figuren uddybes i afsnittene 3.1-3.3.

Figur 1



Alle borgere, der har bidraget med data, har underskrevet samtykkeerklæring med tilladelse til, at projektmedarbejdere kunne foretage interview samt hente og samle data fra kommunale og regionale journaler fra 14 dage før indlæggelsen til 14 dage efter udskrivelsen. Desuden har den enkelte borger tillige givet tilladelse til at en pårørende blev kontaktet, inden dette blev forsøgt.

3.1 Fokusgrupper, forløbsindikatorer og interviewguide

For systematisk at afdække problematikker i overgangen mellem sektorerne gennemførtes tre fokusgruppeinterview;

- et med borger i plejebolig
- et med pårørende til borger i plejebolig
- et med det sundhedsfaglige personale fra henholdsvis plejecentrene og den medicinske modtagelse

For metodemæssige overvejelser se bilag 1 og interviewguide se bilag 2-4. Alle bilag findes elektronisk på www.bispebjerghospital.dk/daemp

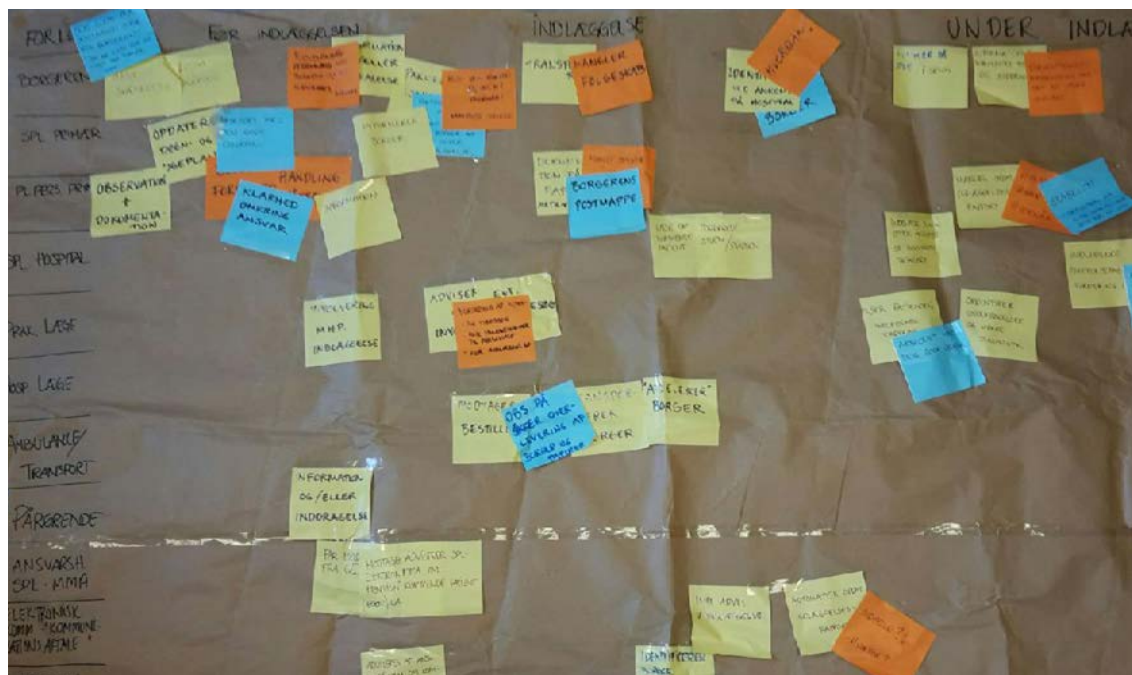
Analysen af materialet fra fokusgrupperne førte til, at borgerforløb i nærværende projekt defineredes som;

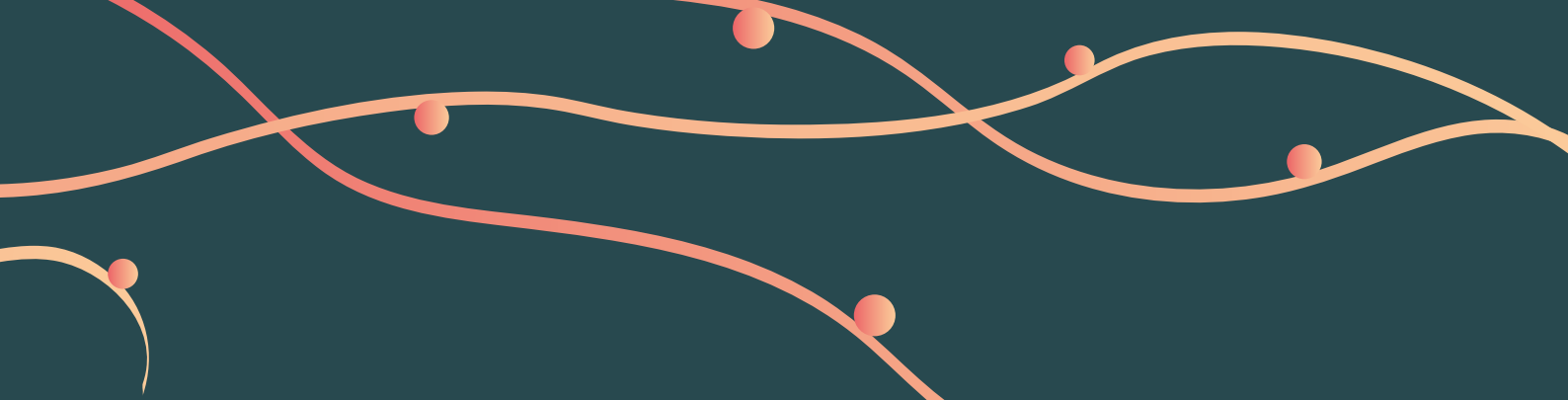
De sundhedsfaglige kontakter og de oplevelser borgeren har fra to uger før den akutte indlæggelse til to uger efter udskrivelsen fra hospitalet

da borgerne tydeligt beskriver, at det ikke alene er selve indlæggelsen og udskrivelsen, der for dem udgør et forløb omkring den akutte indlæggelse, men tillige tiden før de første symptomer, ligesom tiden efter udskrivelsen med rehabilitering i relation til indlæggelsen, opleves som en del af det samlede forløb.

Materialet fra fokusgrupperne blev overført til et Brown Paper (figur 2) for illustrativt at fremstille og systematisere udsagn, oplevelser og erfaringer fra fokusgruppedeltagerne.

Figur 2 Udsnit af Brown Paper





Analysen af illustrationen viser, at der gennemgående er tre overordnede kategorier, der beskriver borgerforløbet;

- den borgeroplevede sammenhæng
- den sundhedsfaglige kvalitet
- kommunikation

Og at de tre kategorier går igen i alle forløbets 5 tidsfaser

1. tiden før indlæggelsen;
2. indlæggelsen (tiden umiddelbart omkring overflytningen)
3. under indlæggelsen
4. udskrivelsen (tiden umiddelbart omkring overflytningen)
5. efter udskrivelsen

Indenfor hver tidsfase og for hver af de tre overordnede kategorier er det muligt at identificere i alt 38 procesindikatorer². I nærværende projekt defineres den samlede mængde af procesindikatorer som forløbsindikatorer, da de tilsammen beskriver processerne i det samlede borgerforløb.

Et eksempel på en forløbsindikator for kategorien "borgeroplevede sammenhæng" i perioden før indlæggelsen kan være;

- om borgeren oplevede at blive inddraget i beslutningen om indlæggelse
- om borgeren fik hjælp til at pakke de ejendele, som denne ønskede at have med ved indlæggelsen
- m.fl. (se bilag 5)

I perioden under indlæggelsen kan forløbsindikatoren for samme kategori fx være;

- om borgeren oplevede hurtigt at blive set af en læge
- om borgeren fik den praktiske og plejemæssige støtte og omsorg, som han/hun havde behov for
- m.fl. (se bilag 5)

Identifikation og udvikling af forløbsindikatorerne gør det muligt at vurdere sammenhæng og kvalitet i

det enkelte borgerforløb og på tværs af flere forløb. Derfor anvendes forløbsindikatorerne til udformning af interviewguides til interview med borgere og pårørende samt spørgeskemaer til plejepersonalet på henholdsvis plejecentrene og den medicinske modtagelse (se formål i afsnit 3.2 nedenfor).

Der blev i alt udformet otte interviewguides/spørgeskemaer

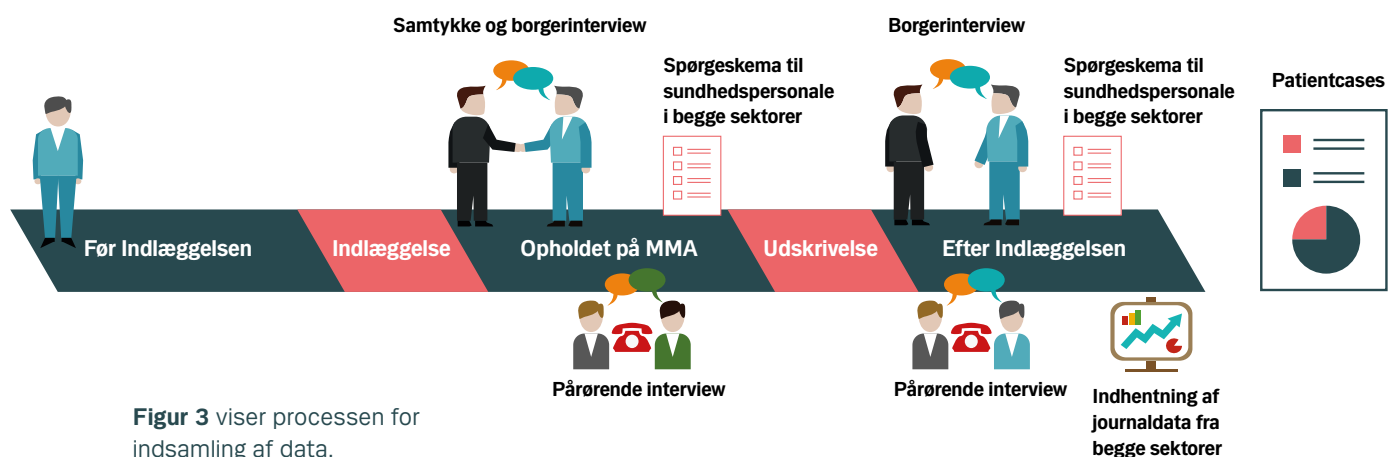
- To strukturerede interviewguides til borgeren – én der blev brugt ved indlæggelsen, og én der blev brugt ved udskrivelsen
- To strukturerede spørgeguides til interview af eventuelle pårørende – én der blev brugt ved indlæggelsen, og én der blev brugt ved udskrivelsen
- To spørgeskemaer til henholdsvis plejepersonalet på plejecentrene og på den medicinske modtagelse til brug ved henholdsvis indlæggelse og udskrivelse (i alt 4 spørgeskemaer).

De strukturerede spørgeguides og spørgeskemaerne kan ses i bilag 6-13, mens metodiske overvejelser og yderligere oplysninger ses i bilag 14.

3.2 Case-beskrivelser

Case-beskrivelserne blev konstrueret med det formål at få en detaljeret og "live" beskrivelse af de problemfelter og processer, der fremkom af fokusgrupperne, således at det er muligt på et evidensbaseret grundlag at identificere ikke fungerende processer/arbejdsgange samt systematisk at vurdere og sammenligne kvalitet og sikkerhed. Samtidig giver case-beskrivelserne et indblik i forløbets detaljer på en måde, der gør det muligt at beskrive og udvikle nye arbejdsgange, som understøtter det samlede forløb og ikke isoleret hos den enkelte part.

Den primære datakilde til case-beskrivelserne er de strukturerede interview med borger og pårørende samt spørgeskemaer til plejepersonalet på henholdsvis plejecentret og den medicinske modtagelse (som beskrevet i afsnit 3.1).



Figur 3 viser processen for indsamling af data.

Når en borger blev indlagt, blev denne og en evt. pårørende interviewet med udgangspunkt i det strukturerede spørgeskema om deres oplevelser relateret til selve indlæggelsen og tiden op til. Samtidig fik plejepersonalet på plejecentret og på den medicinske modtagelse hver et spørgeskema, der relaterede sig til indlæggelsen/modtagelsen og for plejecentrets personale tillige om tiden op til indlæggelsen. Ved udskrivelsen blev tilsvarende interview og spørgeskemaundersøgelser gennemført med fokus på tiden under indlæggelsen og udskrivelsen.

Den sekundære datakilde til case-beskrivelserne var journalaudit af regionale og kommunale journaler. Dette blev anvendt i tilfælde, hvor data fra interview eller spørgeskema var mangelfulde og til afdækning af brug og indhold i den elektroniske kommunikation, som foregik i regi af kommunikationsaftalen. Desuden blev journalaudit brugt til at identificere, om der var dokumenteret relevant viden i de to sektorer, der ikke blev videregivet.

3.3 Empiriske data og temaer for punktvis forløbskoordination

Der blev i alt indsamlet data til konstruktion af 17 case-beskrivelser, som tilsammen udgør projektets empiriske data.

Overordnet viser analysen af case-beskrivelserne, at oplevelsen af *tryghed* i forløbet var helt central for borgerne.

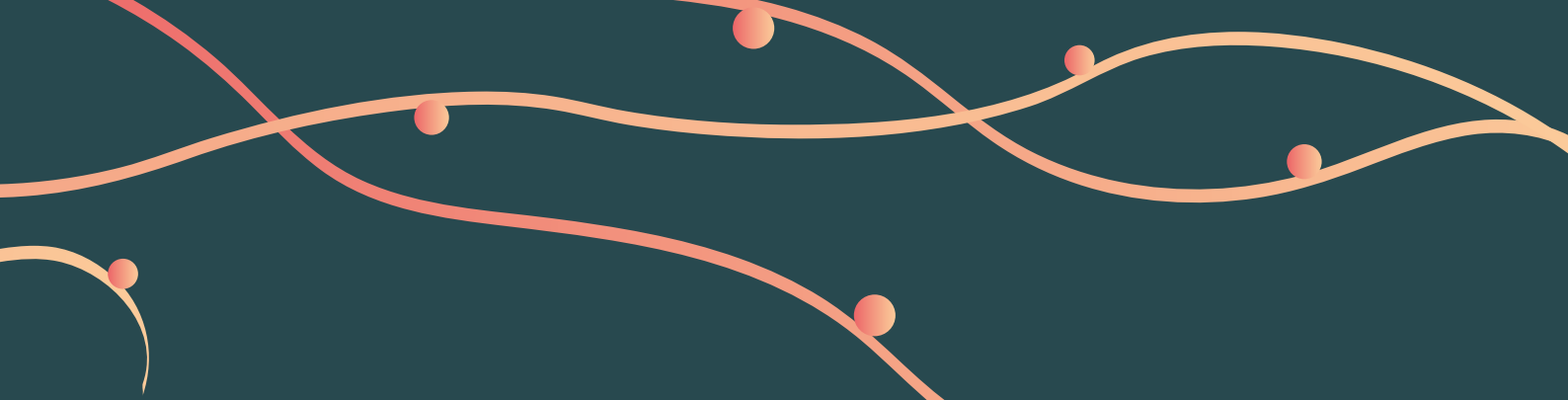
Den tematiske analyse af case-beskrivelserne viser desuden, at der på tværs af kategorierne borgeroplevede sammenhæng, sundhedsfaglig kvalitet og kommunikation er fire gennemgående temaer:

1. rettidighed (bilag 15)
2. forventningsafstemning (bilag 16)
3. serviceorientering (bilag 17)
4. kompetenceudvikling & -afklaring (bilag 18)

Borgernes oplevelse af tryghed uddybes i afsnit 4, mens den borgeroplevede sammenhæng berøres kort nedenfor og diskuteres yderligere under gennemgangen af de enkelte indsatser i afsnit 5.1-5.6.

I forhold til *rettidighed* beskriver borgerne oplevelsen af, at flere ting sker meget pludseligt. Flere borgere oplever at blive indlagt og udskrevet unødigt pludseligt, og de mangler hjælp til at pakke personlige ejendele. Andre giver udtryk for gerne at ville have været indlagt tidligere i forløbet.

De empiriske data viser, at kommunikationen mellem plejebolig og hospital samt de to sektors kommunikation med borgerens egen læge i mange



tilfælde modarbejder rettidige indsatser i forløbet. Fx på plejecentre når en borger udskrives fredag kl. 16.30 uden epikrise. Eller på hospitalet når det opleves, at behandling eller forebyggende tiltag skulle have været iværksat tidligere.

I journaler fra begge sektorer er der beskrevet symptomer, der burde have været handlet på. Handlinger, som vurderes potentielt kunne have forebygget indlæggelse eller undgået hurtig genindlæggelse. Fx konstateredes der flere gange fejlsynkning hos borgere uden, at der fra hospitalets side blev handlet konsekvent på dette (se afsnit 5.3).

Forventningsafstemning handler om kommunikationen. Generelt handler det om borgerens oplevelse af at blive lyttet til og medarbejdernes kendskab til ønsker, forventninger eller fravalg ved indlæggelse og behandling. Desuden handler det om usikkerhed hos medarbejderne i forhold til ansvars- og opgavefordeling i det tværsektorielle samarbejde.

De empiriske data viser, at der efter borgernes ønske er meget få pårørende involveret i indlæggelse, og at aftaler omkring hvem borgerne ønsker involveret, ikke er indgået forud for den akutte sygdom. Desuden er der ingen tydelig tværsektoriel kommunikation omkring borgernes ønsker og hvilke handlinger, der er foretaget i forbindelse med beskeder og kontakt til pårørende i aktuelle situation.

Både borgere og personale giver udtryk for, at en mere serviceorienteret kommunikation formentlig vil kunne bidrage til en mere tryk og positiv oplevelse af et indlæggelsesforløb. Borgerne ønsker fx følgeskab ved transporten mellem plejebolig og hospital og mere information om, hvad man kan forvente i forbindelse med en indlæggelse, og som én udtrykker det:

"Jeg spilder min tid ved at ligge og vente, når jeg ikke ved, hvad jeg venter på"

Blandt medarbejderne er der et ønske om at alle har et bredere kendskab til forløbet, således at kommunikationen målrettes modtagerens behov for viden.

Et sidste tema i empirien, er efterspørgsel på *kompetenceudvikling og -afklaring* i begge sektorer. Borgerne udtrykker usikkerhed i forhold til medarbejdernes kompetencer og mulighed for at yde relevant pleje og behandling på relevante tidspunkter, mens medarbejderne beskriver situationer, hvor de er usikre på arbejdsgange eller ansvarsområder eller direkte oplever at mangle kompetencer til at håndtere en given pleje- eller behandlingssituation.

Med udgangspunkt i kategorier og temaer fra empirien konstrueredes en liste over forbedringsmuligheder og punktvisse indsatser i forløbsprogrammet (bilag 19). De indsatser, der afprøves i nærværende projekt, gennemgås i afsnit 5.

3.4 Evaluering

For at kunne vurdere om den afprøvede punktvisse forløbskoordination (se afsnit 5) har haft effekt på den borgeroplevede sammenhæng & tryghed og den sundhedsfaglige kvalitet, er der i projektet gennemført en evaluering.

Data til evalueringen består af

- Otte opfølgende case-beskrivelser
- Viden fra PDSA'er (9) anvendt under afprøvning og under implementering
- Korte specifikke spørgsmål til relevante faggrupper, hvor de ovenstående punkter ikke gav relevant viden til evalueringen

Data til de otte case-beskrivelser blev indsamlet efter samme fremgangsmåde som de 17 oprindelige case-beskrivelser (figur 3). I analysen blev der undersøgt for udsagn i relation til de samme tre kategorier og fire temaer som fundet tidligere, mens der ikke blev foretaget ny meningskondensering og dermed ikke afdækket yderligere temaer.

De forholdsvist få opfølgende case-beskrivelser betyder, at grundlaget for evalueringen er sårbart. Der er derfor lagt vægt på at ændringer i den borgeroplevede sammenhæng/tryghed eller sundhedsfaglige kvalitet, kun forsigtigt tilskrives de etablerede forløbskoordinationsindsatser, hvis de ses i et flertal af de opfølgende 8 case-beskrivelser.

4 Borgerens oplevelse af tryghed

Gennem hele dataindsamlingsprocessen, fra fokusgruppe til tilblivelse af empiriske data, er tryghed et gennemgående tema hos borgerne. Alle borgerne i fokusgruppen og i de efterfølgende interview fremhæver deres afhængighed af plejepersonalet, og hvordan det er helt centralt for dem at være tryk i den relation.

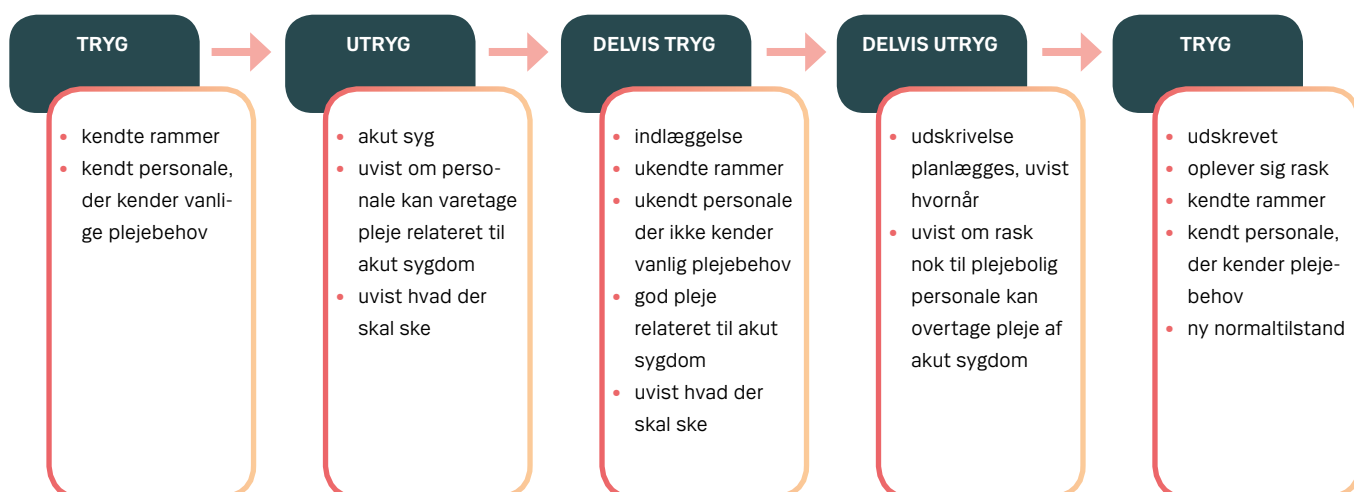
Det ses af figur 4 nedenfor, at tryghed ikke er et enten eller for borgerne, men ofte en gradbøjning af mere eller mindre tryghed. Ligesom tryghed ikke er stationær, men foranderlig afhængig af situationen og det tilstedeværende plejepersonale.

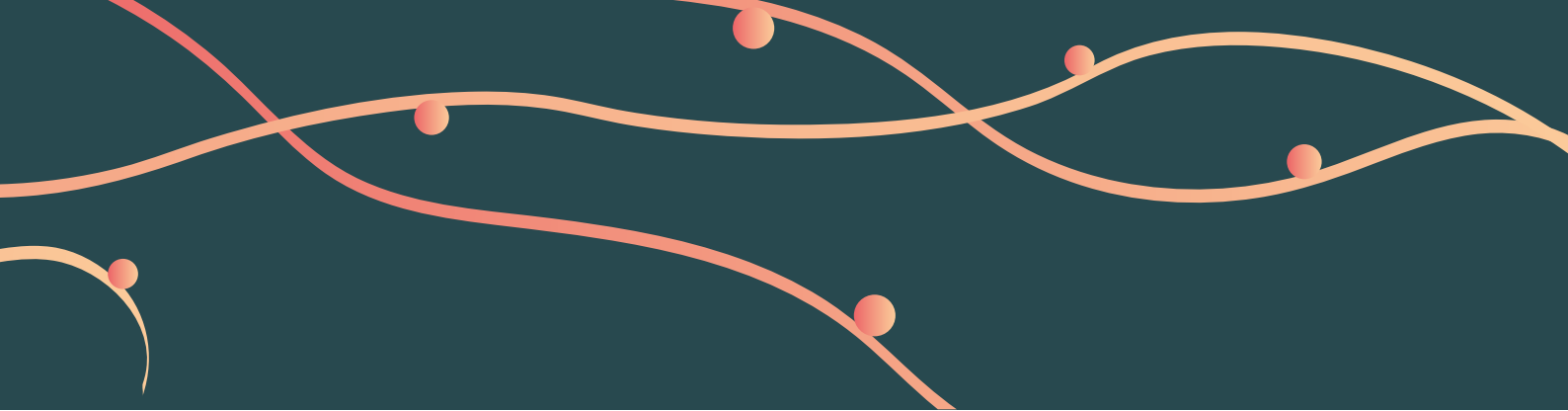
Tryghed er en individuel oplevelse, og den samme handling giver ikke nødvendigvis den samme grad af tryghed. Ligeledes er det svært at opnå maksimal tryghed – uagtet niveauet af tryghed kan borgeren altid komme i tanke om noget, der kan forbedre den.

Det er dog tydeligt, at borgerne generelt er trykke på plejecentrene, særligt når det faste personale er til stede. De beskriver de kendte rammer – hvordan de har styr på de daglige rutiner, tilkaldesystemet, vejen til spisestuen, træningen og aktiviteterne. Utrygheden består i risikoen for at blive syg, for ikke at kunne få fat i egen læge og for at der på det givne tidspunkt ikke er personale, der kender tilstrækkeligt til deres situation til at kunne handle på en måde, som borgeren oplever relevant.

Modsat beskriver borgerne, hvordan rammerne udgør en stor udfordring under indlæggelse. En borger beskriver, hvordan hun er blevet skældt ud af personalet på hospitalet, fordi hun blev ved med at ringe på klokken, og hvordan de til sidst tog klokkesnoren fra hende. Hun beskriver, hvordan hun ikke fik lov til at give udtryk for sin utryghed og var i tvivl om hun havde ringet efter personalet, eftersom der hverken var lyd eller lys forbundet med, at hun trak i klokkesnoren.

Figur 4





Utrygheden omkring plejen i egen bolig beskrives i forhold til utryghed ved, om personalet kender borgeren og hvordan sædvanlige forhold omkring borgerens kroniske sygdom, risikeres at tolkes som akutte forværringer og håndteres med indlæggelse. Andre beskriver, hvordan de er usikre på, om de under indlæggelsen bliver tilbudt hjælp til personlig pleje, og om de selv skal forsøge at gå på toilettet uden den vanlige rollator.

"Kan man kun blive indlagt her, hvis man kan klare sig selv?"

En borger beskriver uvished omkring eget ansvar for under indlæggelse at skulle gøre personalet opmærksom på manglende medicin. Generelt berettes om, at det er meget svært at finde ud af, hvad personalet ved, da information og kommunikation opleves sparsom både på plejecentret i den akutte situation og på hospitalet.

"Hvad venter jeg på?"

Samtidig med, at der er en vis utryghed forbundet med en indlæggelse, opleves det trygt, når der professionelt tages hånd om pleje og behandling af den akutte sygdom. Men der opstår hurtigt et dilemma mellem gerne at ville hurtigt hjem i vante trygge rammer og behovet for tryghed i den akutte pleje.

Helt konkret giver borgerne udtryk for, at trygheden kunne øges med mere rettidig information, fx når der tages beslutning om indlæggelse eller når der fastlægges tidspunkt for udskrivelse.

"Jeg blev spurgt, men ikke lyttet til."

5 Afprøvning af punktvis forløbskoordination

I de følgende afsnit beskrives de prioriterede punktvisse indsatser samt de erfaringer, der er gjort under afprøvning. Der reflekteres over indsatsen og resultatet fra evalueringen, og på den baggrund perspektiveres i forhold til indsatsens anvendelighed og generaliserbarhed.

Bilag 19 er det arbejdsblad, der i projektarbejdet blev brugt til skematisk fremstilling af de afdækkede problemstillinger, de tilhørende indsatser og deres indbyrdes prioritering. Som nævnt i baggrundsafsnittet er der andre konkurrerende projekter i gang i forhold til forløbskoordination, hvorfor ikke alle identificerede problemstillinger er afprøvet i projektperioden.

Af bilag 19 fremgår det, at der er afdækket indsatsområder i de enkelte sektorer samt i det fælles tværsektorielle felt. De punktvisse indsatser, der blev prioriteret at arbejde videre med, i nærværende projekt er alle af tværsektoriel karakter og det blev overladt til henholdsvis plejecentrene/kommunen og hospitalet at arbejde på udvikling af løsninger til interne problemstillinger.

Den punktvisse forløbskoordination der blev arbejdet med i nærværende projekt er;

1. Følgeskab ved indlæggelse
2. Pakkelister, poser og kuverter ved indlæggelse
3. Tværsektoriel kommunikation ved fund af dysfagi under indlæggelse
4. Kuvert ved udskrivelse
5. Opfølgning ved følge-hjem sygeplejerske

Derudover blev der på initiativ af Bispebjerg Hospital udviklet en "forløbsmappe", som dog ikke blev afprøvet, da SUF overordnet prioriterer digitale løsninger.

I de tilfælde, hvor projektledelsen var direkte ansvarlig for afprøvning og implementering benyttes PDSA-cirkler til styring af processen og beskrivelse af forbedringen (9). I de tilfælde, hvor afprøvningen blev overladt til lokale ledere, var der ikke et krav om brug af PDSA.

5.1 Utryghed under transport, usikker identifikation og manglende kommunikation

Af case-beskrivelserne fremgår det, at borgerne ofte føler sig utrygge under transporten til hospitalet, og i fokusgruppen med plejepersonale blev der nævnt en problemstilling omkring usikker identifikation af borgeren ved ankomst til hospitalet samt usikkerhed om overdragelsen af relevant sundhedsfaglig information mellem plejecentret og hospitalet. Problemstillingen omkring sikker identifikation bekræftes ikke i case-beskrivelserne, men understøttes af litteraturen (3), hvor der for sektorovertagelse er beskrevet et uløst problem med sikker identifikation af klinisk eller kognitivt svækkede borgere ved ankomst til hospitalet.

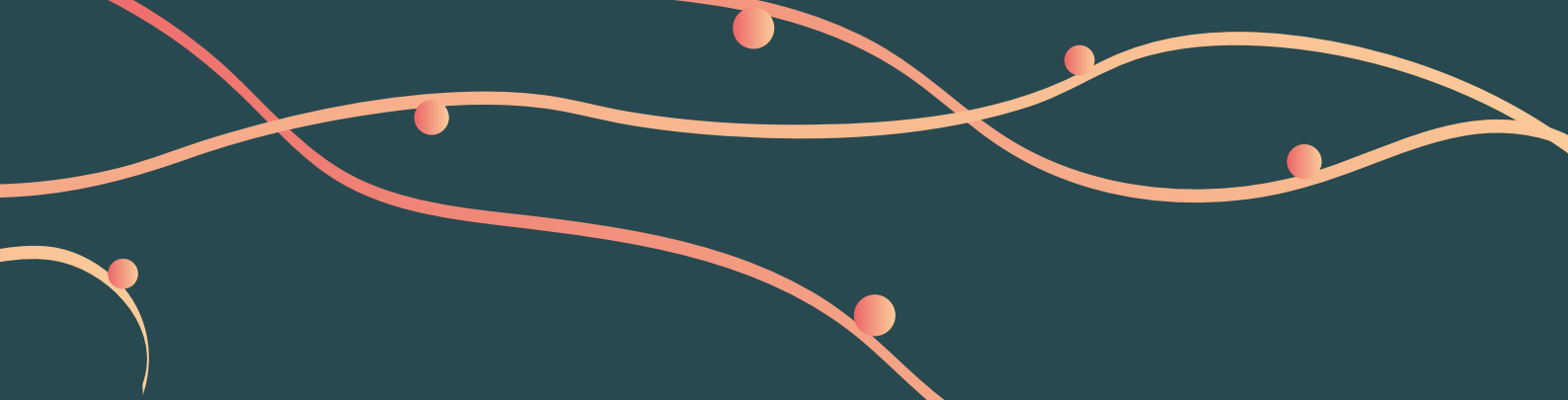
For at imødekomme problemstillingerne etableres følgeskab ved indlæggelse. Hypotesen er, at en medarbejder fra plejecentret i ambulancen vil øge den borgeroplevede tryghed og sikre identifikationen af borgeren ved ankomst til hospitalet. Ud over at skabe tryghed for borgeren giver følgeskab også mulighed for at imødekomme problemstillingen med manglende elektronisk kommunikation til hospitalets skadeafsnit³.

Følgeskab giver mulighed for overlevering af de aktuelle basis- og helbredsoplysninger fra plejepersonale til hospitalspersonale og formodes at øge borgerens oplevelse af tryghed, da hospitalspersonalet får information om både kendte og akutte problemstillinger og dermed kan tilrettelægge det bedst mulige pleje- og behandlingsforløb.

Den problematiske skriftlige kommunikation mellem hospital og plejecenter ved udskrivelse behandles yderligere i afsnit 5.4 og 5.5.

5.1.1 Beskrivelse af indsatsen "følgeskab"

Ved akutte indlæggelser følger plejepersonale fra plejecentret med borgeren i transporten til hospitalet, går med på afdelingen og bliver, til borgeren er blevet modtaget af hospitalspersonalet. Plejepersonalet medbringer relevante dokumenter (sygeplejereporter, medicinlister m.m.) og overleverer disse til det modtagende hospitalspersonale sammen med en mundtlig overlevering af relevante oplysninger relateret til indlæggelsesforløbet.



Til den mundtlige overlevering benyttes "ISBAR med SALSA" som taleguide (bilag 20). "ISBAR med SALSA" er et kendt redskab i hospitalsregi til at give et hurtigt overblik i den akutte situation.

Når plejepersonalet har afgivet relevant information og borgeren er modtaget, returnerer de til plejecentret.

5.1.2 Afprøvning af følgeskab

Følgeskab testes i dagtimerne på hverdage og organiseres således, at projektlederen på hospitalet kontaktes af personalet på plejecentret, når en læge havde taget beslutning om indlæggelse. Projektlederen er til stede og observerer ankomst og modtagelse på hospital og foretager efterfølgende små korte interview med henholdsvis plejepersonale, hospitalspersonale og borger.

Det er under afprøvningen erfaret, at en fælles samarbejdsaftale mellem hospital og plejecenter med beskrevet arbejdsgang og opgavefordeling understøtter hurtig modtagelse og er en forudsætning for, at ordningen fungerer ressourcemæssigt hensigtsmæssigt i praksis.

Følgeskabet er testet i situationer, hvor borgeren køres til Akutmodtagelsens skadeafsnit eller direkte til indlæggelse på Medicinsk Modtageafsnit. Der har ikke været behov for forskellige arbejdsgange afhængigt af ankomststed. Det er dog blevet tydeligt, at beslutningen om hvor borgeren køres hen – skadeafsnittet eller den medicinske modtagelse, træffes meget sent i forløbet, hvorfor det kan være vanskeligt at forberede borgeren fyldestgørende på, hvad der skal ske.

5.1.3 Evaluering af følgeskab

Evalueringen viser, at en formaliseret form for følgeskab understøtter "den gode indlæggelse" og etablerer et godt grundlag for det tværsektorielle samarbejde. Det gælder både i forhold til tryghed, identifikation og overdragelse af relevant sundhedsfaglige oplysninger.

Ved forespørgsel har borgerne svært ved at vurdere, hvad de får ud af følgeskabet, men de angiver,

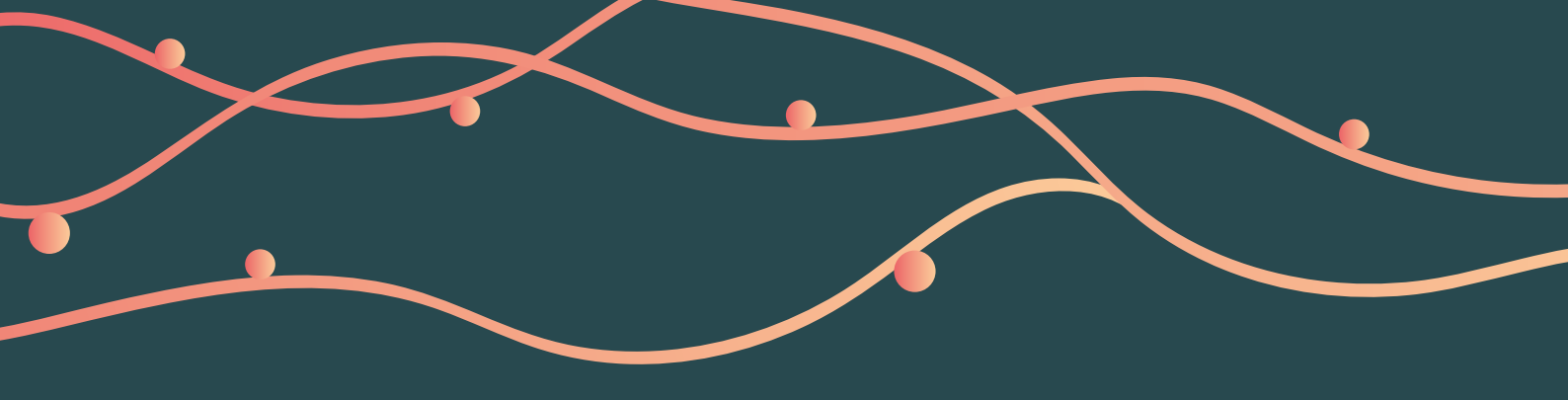
at de oplever det positivt. Ved medarbejdernes observationer i forbindelse af følgeskabet er det bemærket, at det opleves om tryghedsskabende for borgerne.

Der har været enkelte indlæggelser, hvor borgeren har givet udtryk for, at de selv er i stand til at kommunikere relevant. I de situationer har borgerne givet udtryk for, at følgeskabet ikke oplevedes som nødvendigt, men at de sagtens kunne se, at det ville være trygt i en situation, hvor de var mere påvirket af deres akutte sygdom.

Der har blandt personalet på hospitalet og plejecentrene været stor tilfredshed med følgeskabet. Plejepersonalet fra plejecentrene oplever, at de oftest bliver godt modtaget, og at deres informationer bliver anerkendt. Borgerne er retmæssigt blevet identificeret, også de borgere der af kognitive eller akutte sygdomsmæssige årsager havde svære ved at identificere sig selv, og der er overleveret relevant og brugbar information. I de forløb, der er fulgt under afprøvning af følgeskab i projektperioden, opholdt plejecentrets personale sig på hospitalet i gennemsnitlig 15 minutter. Senere afprøvninger iværksat i kommunalt regi fra flere plejecentre viser, at plejepersonalet har brugt 65 minutter i gennemsnit pr. følgeskab.

Det er erfaret, at følgeskab er muligt selv ved akutte indlæggelser, hvor der går mindre end én time, fra der ringes 112, til borgeren ankommer til Akutmodtagelsen.

Hospitalspersonalet har en oplevelse af, at informationerne fra plejepersonalet er relevante, rettidige og præcise. Taleguiden (ISBAR med SALSA) bliver ikke italesat specifikt i overleveringen og gennemgås ikke slavisk, men den understøtter, giver retning og fokus for samtalen i den akutte situation. Hospitalspersonalet påpeger, at det i forbindelse med overlevering af information opleves relevant med følgeskab også i situationer hvor borgeren ikke er kognitivt svækket, da borgerne sjældent kender de kliniske og mere sygdomsrelaterede informationer, der er indbygget i ISBAR med SALSA. Oplysninger, der betyder, at hospitalspersonalet



meget hurtigere kan danne sig et overblik over den samlede situation.

Et eksempel er en kognitivt velbevaret kvinde, der indbringes til skadeafsnittet efter at være faldet. Hun bliver fulgt af SSA fra plejecentret, der medbringer relevant information i form af medicinliste, kort beskrivelse af hændelsesforløb og habituel funktionsniveau. Borgeren svarer selv relevant på spørgsmål fra hospitalspersonale om situationen op til faldet, smerter m.m. Hospitalspersonalet observerer, at borgeren har ødematøse ben, hvilket borgeren ikke er i stand til at svare på, om det er nyt eller kendt. Dette kan SSA derimod hjælpe med at få afklaret, hvilket opleves som en stor hjælp og et kvalitetsløft for hospitalspersonalet.

5.1.4 Perspektivering af følgeskab

Inden projektets start har flere plejecentre i Københavns Kommune fulgt borgere ved indlæggelse. Begrundet i de gode erfaringer fra nærværende projekt og tidligere erfaringer, er udarbejdet en formel samarbejdsaftale for følgeskab baseret på et aftalegrundlag om sagsgang og opgavefordeling ved indlæggelse mellem plejecentre og hospital, som på sigt kan udbredes til hele kommunen og regionens sygehuse. Det har i arbejdsgruppen været diskuteret, hvorvidt pårørende eller en slags vågetjeneste af frivillige kunne varetage opgaven omkring følgeskab med samme udbytte, som når plejepersonalet følger borgeren. Det formodes, at der er uprøvede problemstillinger, der skal belyses. Der kan blandt andet være tvivl om, hvorvidt pårørende er i stand til at overlevere relevante informationer på samme systematiske og relevante vis, som det har vist sig, at plejepersonalet er i stand til.

5.2 Få de relevante ejendele med ved indlæggelse og det hele med hjem igen

Af de empiriske data fremgik det, at borgerne oplever at miste ejendele under indlæggelserne. Personalet på hospitalet giver udtryk for, at borgerne ofte ikke får alle nødvendige ejendele, såsom høreapparater, sko til træning og tøj til hjemsendelsen, med på hospitalet. For hospitalspersonalet kan det i den akutte situation være vanskeligt at

orientere sig i medfølgende ejendele. og de oplever, at smådele som høreapparater, briller og tandprotese risikerer at forsvinde, fordi patienten ofte ligger dem på madbakker eller i sengen.

Problemstillingen omkring borgernes ejendele er således todelt. For det første er der en udfordring med, om borgerne får de ejendele med, som de selv oplever som relevante, samt at der ofte forsvinder ejendele under indlæggelser,

5.2.1 Beskrivelse af indsatsen ”pakkelister, kuverter og poser ved indlæggelse”

For generelt at forebygge at personlige ejendele forsvinder under en indlæggelse på Bispebjerg Hospital, er der uafhængigt af nærværende projekt blevet udviklet og implementeret brug af røde kuverter og plastposer til opbevaring af personlige ejendele. Udlivering af de røde kuverter og poser medfører, at patienterne ikke benytter tomme plastposer fra papirkurve og skraldespande, som nemt forveksles med affald og smides ud.

Ideen med de røde kuverter og plastposer er overført til nærværende projekt, og muligheden for, at plejepersonalet på plejecentret pakker borgernes personlige ejendele i de røde kuverter og poser hjemmefra, er testet. Projektets arbejdsgruppe (udvalgte medarbejdere fra plejecentrene og det medicinske modtageafsnit) udarbejdede en liste over relevante ejendele, som de meget gerne så patienterne, som minimum medbragte og hvilke ting (eksempelvis rollator), som hospitalet har mulighed for at stille til rådighed (bilag 21). Derudover, er der i nærværende projekt, en punktvís indsats i forløbskoordinationen om rettidig forventningsafstemning med borgeren. Dette handler blandt andet om, at personalet på plejecentret, før den akutte situation opstår, taler med borgeren om ønsker i forbindelse med akut sygdom og evt. indlæggelse, herunder behandlingsniveau men også meget konkret om hvilke ejendele, der ønskes medbragt.

5.2.2 Afprøvning af pakkelister, kuverter og poser

I projektperioden varetog projektledelsen opgaven med at distribuere de røde kuverter og plastposer til de tre projektplejcentre, mens kontaktpersonerne på de enkelte plejcentre varetog opgaven med information om formålet med kuverterne, poserne og pakkelisterne samt den lokale afprøvning.

5.2.3 Evaluering af pakkelister, kuverter og poser

I de opfølgende case-beskrivelser påpeger borgerne fortsat, at de meget gerne vil have personlige toiletsager med på trods af, at hospitalet stiller dette til rådighed. Borgerne angiver også, at de fortsat ikke selv når at tænke på, hvad de gerne vil have med i den akutte situation og gerne vil have hjælp til dette.

Der har været stor tilfredshed fra både plejcentre og hospital ved brug af pakkelister, kuverter og poser. Det understøtter en systematik omkring, at borgeren er klar til indlæggelsen og på hospitalet understøtter det fokusering på borgerens akutte sygdom ved ankomsten.

I de opfølgende case-beskrivelser nævner personalet ikke problematikken omkring ejendele, der enten ikke er medbragt eller forsvinder. Det antyder, at udfordringerne omkring dette ikke længere fyldte i personalets hverdag. Samlet konkluderes det, at den lille indsats, det har været at dele erfaringer og afprøve brug af pakkelister, poser og kuverter, har medført en bedre tværsektoriel arbejdsgang.

Der bør dog kontinuerligt være fokus på den enkelte borgers egne forventninger og behov for hvilke ejendele, der ønskes medbragt, ved akutte indlæggelser og fokus på hjælp til at pakke i den akutte situation.

5.2.4 Perspektivering

De gode erfaringer betyder, at Københavns Kommune ønsker at udbrede brugen af pakkelister og de røde kuverter og plastposer på de resterende plejcentre. Hvilket fordrer, at alle regionens hospitaler benytter de røde kuverter og poser, da borger fra Københavns Kommune indlægges på flere af

regionens hospitaler. De gode erfaringer bringes videre til relevante fora i regionen for at diskutere udbredelse af røde kuverter og poser på alle regionens hospitaler.

En helhedsløsning kræver ligeledes, at der etableres et samarbejde mellem hospitalets leverandør af røde kuverter og plastposer og de enkelte plejcentre.

5.3 Manglende kommunikation om dysfagi afdækket under indlæggelse

I de empiriske data forekom flere eksempler på, at borgere gentagende gange blev indlagt med aspirationspneumoni. Det var muligt at identificere en manglende eller ikke systematiseret kommunikation omkring fund af dysfagi. Kommunikation om dysfagi fra hospital til plejebolig forgik enten via epikriser, genoptræningsplaner, udskrivningsrapporter eller via pårørende. Denne ikke systematiserede kommunikation resulterede i, at beskeden ofte ikke blev modtaget, gik tabt og dermed ikke fulgt op.

5.3.1 Beskrivelse af indsatsen "tværsektoriel kommunikation ved dysfagi"

En tværsektoriel arbejdsgruppe bestående af centrale medarbejdere fra Fysio- og ergoterapeutafdelingen (BFH), Akutmodtagelsen – Afdeling for Sammenhængende Patientforløb (BFH) og Københavns Kommune – SUF, Center for Omsorg og Rehabilitering blev nedsat og fik til opgave at beskrive en arbejdsgang for tværsektoriel kommunikation ved fund af dysfagi.

Den centrale problemstilling var, at ergoterapeuterne på hospitalet ikke havde en fælles arbejdsgang omkring kommunikation om dysfagi til plejecentrene. Det betød, at terapeuterne var usikre på hvordan og hvornår plejecentret skulle have besked – før eller efter udskrivelsen? Den tværsektorielle arbejdsgruppe udfærdigede beskrivelse af en arbejdsgang (bilag 22), hvor ergoterapeuterne sender en korrespondance-meddelelse til plejecentret umiddelbart efter fundet af dysfagi, uagtet at borgeren fortsat er indlagt. Denne arbejdsgang understøtter plejecentrets mulighed for at være forberedt på særlig pleje ved udskrivelsen.

5.3.2 Afprøvning af tværsektoriel kommunikation ved dysfagi

Arbejdsgangen blev implementeret blandt ergoterapeuterne via deres egen ledelse.

Bispebjerg Hospital besluttede, at arbejdsgangen skulle implementeres for alle borgere med tilknytning til hjemmeplejen i eget hjem eller i plejebolig, og ikke kun de borgere, der var involveret i projektet. Besked om den nye arbejdsgang blev formidlet til relevante medicinske afdelinger via ledelsen på det Medicinske Modtageafsnit, Bispebjerg Hospital.

5.3.3 Evaluering af tværsektoriel kommunikation ved dysfagi

Den nye arbejdsgang opleves af terapeuterne som velkommen, relevant og meningsfuld.

I de opfølgende case-beskrivelser blev der ikke fundet beskrivelse af gentagende indlæggelser pga. aspirationspneumoni. Ligesom hverken personale på plejecentrene eller hospitalet siden har nævnt det som et problemområde.

Det vurderes på den baggrund, at arbejdsgangen fungerer efter hensigten, og at den understøtter en bedre opfølgning på hospitalsindlæggelsen for denne patientgruppe.

5.3.4 Perspektivering af tværsektoriel kommunikation ved dysfagi

Arbejdsgangen er baseret på kommunikation via korrespondance-meddelelser, som i forvejen er kendt på hospital og på plejecentrene som en etableret informations- og kommunikationskanal. Arbejdsgangen er implementeret i forhold til alle indlagte borgere med dysfagi, og ikke kun borgere fra projektplejecentrene. Det formodes derfor, at arbejdsgangen kan betragtes generisk og generaliserbar til andre hospitaler/kommuner eller andre lignende problemfelter.

5.4 Mangel på relevant tværsektoriel information ved udskrivelse

Af de empiriske data fremkom det specifikt, at plejecentrene ikke oplever at få den relevante og nødvendige information via de etablerede skriftlige kommunikationsveje (udskrivesrapporter og

plejeforløbsplaner) ved udskrivelsen. Ofte mangler der specifik information om opfølgning på indlæggelsen, mens der også forekommer uklarheder og modsatrettede oplysninger, særligt i forhold til ændringer i medicin.

Plejecentrene og hospitalet udarbejdede i fællesskab en liste over relevant viden i forbindelse med udskrivelse og udformede det i form af en kuvert (bilag 23), hvorpå der var relevant information til borgeren (telefonnumre til hjemmepleje, ambulante tider, m.m.), samt en tjekliste til personalet for hvilke oplysninger, der var relevante at give videre til det kommunale plejepersonale. Information til plejepersonale kunne enten skrives på kuverten eller lægges i kuverten afhængig af udformning.

Hypotesen var, at en liste udarbejdet i samarbejde ville indeholde en systematiserede ensrettede informationsstrøm, der kunne understøtte kommunikationsaftalen ved udskrivelse fra hospital til kommunalt plejepersonale.

Problemstillingen og løsningen omkring kommunikation mellem plejecenter og hospital ved indlæggelse er behandlet i afsnit 5.5.1.

5.4.1 Beskrivelse af indsatsen "kuvert ved udskrivelse"

Kuverten har på den ene side information som borgeren kan få brug for. Det er kontaktoplysninger til den kommunale visitation og døgnpleje, hvad borgeren skal gøre i tilfælde af at have brug for lægehjælp og information om, hvilken afdeling borgeren netop er udskrevet fra, og hvordan denne kontaktes. På den anden side af kuverten er der oplysninger til det kommunale plejepersonale om aftaler, kørsel, genoptræning, medicin m.m. (bilag 23). Desuden kan der henvises til materiale, der er lagt ned i kuverten.

Kuverten udfyldes og fyldes på hospitalet, så snart udskrivesprocessen startes. Den erstatter ikke den elektroniske kommunikation, der skal sendes som følge af kommunikationsaftalen (plejeforløbsplan og udskrivesrapport), men den skal betragtes som supplerende og med mulighed for, at hospitalets personale bliver guidet mere specifikt i forhold til modtagerens behov for information.

5.4.2 Afprøvning af kuvert ved udskrivelse

To sygeplejersker, en erfaren og en nyuddannet testede kuverten for om den gav mening og kunne bruges i hverdagen.

Kuvertens anvendelse blev testet i forhold til borgere bosiddende på plejecentre og borgere bosiddende i eget hjem med tilknytning til hjemmeplejen.

Der er på kuverten angivet, at epikrisen skal vedlægges ved udskrivelse. Dette blev problematiseret, da det oplevedes at denne ofte ikke var færdig ved udskrivelsen. Det blev dog besluttet at bibeholde punktet, da hurtigt skrevne epikriser er et kommende indsatsområde generelt på Region Hovedstadens hospitaler. Desuden forventes det, at implementering af Sundhedsplatformen (maj 2017) vil understøtte den hurtigere arbejdsgang.

5.4.3 Evaluering af kuvert ved udskrivelse

Det har ikke været muligt at finde borgere, der havde erfaring med kuverten, og det har således ikke været muligt at vurdere kuvertens effekt på den borgeroplevede sammenhæng i sektorovergangen.

De to sygeplejersker på medicinsk modtageafsnit, der testede kuvertens relevans, angav begge at den var relevant og fungerede som en slags tjekliste i forhold til at huske alle de små vigtige detaljer i kommunikationen.

"Godt skema. Er enormt godt, også i forhold til at holde rede på hvad man mangler udskrivesmæssigt". (hospitalssygeplejerske)

Ved forespørgsel på projektlejacentrene, var det ikke muligt at finde personale, der havde set eller hørt om kuverterne. Det understregede, at der selv under projektp perioder med ekstra fokus på det tværsektorielle og kommunikation er store udfordringer med at få implementeret og udbredt nye arbejdsgange.

I hjemmeplejen var det muligt at finde få personer, der havde set kuverten og oplevelsen var positiv, men det påpeges at kuverten skal benyttes systematisk ved alle udskrivelser, således at perso-

nalet i hjemmet ved, at den er der og at de kan forvente at finde relevant information der.

"Jeg kan sagtens genkende den. Vi brugte også lignende, da jeg var på hospital. Jeg synes, de er rigtig gode til at skabe et hurtigt overblik, hvis man kan finde dem i hjemmet hos borgeren. Ofte bliver de gemt væk under ugeblade eller i køkkenskuffen osv. Og jeg tror, det er de færreste borgere, der selv kigger på den, hvis de har spørgsmål. Men jeg synes de er gode, men bør bruges konsekvent." (hjemmesygeplejerske)

5.4.4 Perspektivering af kuvert ved udskrivelse

Ved projektp periodens afslutning benyttes udskrivelseskuvterne på MMA til alle borgere med kontakt til hjemmeplejen og ikke kun til borgere, der udskrives til plejecenter. Ligeledes er brugen af udskrivelseskuvter implementeret på hospitalets lungemedicinske og geriatriske afdelinger. Kuverten betragtes på Bispebjerg Hospital, som et generisk redskab til kommunikation mellem hospital og kommunalt plejepersonale ved udskrivelse og ønskes på sigt implementeret på alle afdelinger. Det vurderes ligeledes, at udformningen af kuverten er generisk og kan overføres og benyttes til kommunikation mellem andre hospitaler og kommuner.

Der har af hospitalspersonalet været fremsat ønsker om at ændre udformningen af kuverten, således at den bedre kan rumme de medicinæsker borgerne får med hjem til de første dage efter udskrivelsen. Som kuverten er udformet nu (almindelig flad kuvert) er den meget proppet når medicinæskerne lægges i. Ved projektets afslutning arbejdes der på en ny prototype med bredere bund.

Der har i projektp perioden været afprøvet at lægge en magnet i kuverten. Tanken var, at borgeren kunne sætte kuverten på køleskabet eller andet sted, således at den var synlig for dem selv og hjemmesygeplejersken. Denne funktion skal der tillige arbejdes yderligere med og særligt skal der findes en måde, at få borgerne til at benytte muligheden.

5.5 Udfordret skriftlig kommunikation ved udskrivelse

Som beskrevet i afsnit 5.4 er den skriftlige kommunikation ofte mangelfuld, da det er svært at vide hvilke oplysninger, der er relevante for modtageren. Derudover understøtter e-kommunikationen ikke altid behovet for afsendelse af relevant information. Konsekvensen i forbindelse med udskrivelser er ofte, at det modtagende personale på plejecentrene er nødt til at kontakte hospitalspersonalet telefonisk efterfølgende. Ofte kan det være vanskeligt at træffe personale, der kender borgeren og opringningerne bibringer ofte ikke den relevante information. Borgerne oplever, at personalet på plejecentrene ikke er klar til at overtage pleje og opfølgende behandling. Dette bidrager til oplevelsen af utryghed, som beskrevet i afsnit 4.

Hypotesen er, at en systematiseret arbejdsgang, hvor hospitalspersonale kontakter plejecentret på dagen for udskrivelse eller dagen efter, vil forbedre informationsstrømmen og give en mere patientsikker overgang med relevant information fra hospital til plejecenter. Hvis ordningen etableres systematisk vil plejecentret vide, at der bliver ringet fra hospitalet, og at de derfor ikke selv behøver at ringe eller opsøge information. Kommunikationen om borgerens situation foregår derved mellem to personaler, som begge kender borgerens situation. Det formodes at have positiv effekt på borgerens oplevelse af sammenhæng og tryghed.

5.5.1 Beskrivelse af indsatsen "opfølgning ved følge-hjem sygeplejerske"

Opgaven med at ringe til plejecentrene placeres i projektperioden hos en følge-hjem sygeplejerske. Følge-hjem sygeplejersken deltager på den tværfaglige morgenkonference på MMA kl.9. Her identificeres de borgere, der planlægges udskrevet til plejebolig. Hvis det skønnes fordelagtigt og muligt kan borgeren følges tilbage til plejecentret, frem for at der ringes.

Efter udskrivelsen orienterer følge-hjem sygeplejersken sig om borgerens indlæggelsesforløb og den skriftlige tværsektorielle kommunikation. Herefter tager følge-hjem sygeplejersken kontakt til plejecentret med henblik på gensidig udveksling af rele-

vante data, oplysninger og evt. spørgsmål relateret til indlæggelsen og udskrivelsen.

5.5.2 Afprøvning af opfølgning ved følge-hjem sygeplejerske

For at afdække arbejdsopgavens omfang, skelnes der i afprøvningen ikke mellem andre plejecentre og projektplejecentrene.

Over 14 dage indlægges 20 borgere fra plejecentre. Tretten af borgerne overflyttes til andre medicinske afdelinger på hospitalet og udgår således af projektets ringe-hjem ordning.

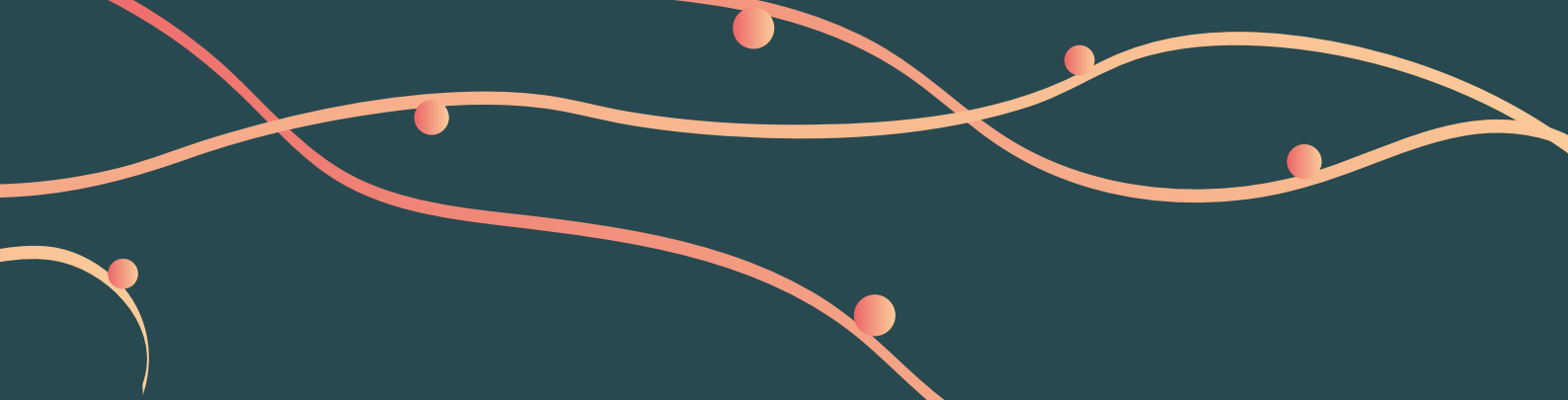
I kontakten til plejecentrene formidler følge-hjem sygeplejersken relevant viden om medicin, evt. særlige behandlinger, sikrer logistik i forbindelse med ambulante tider og opfølgning på indlæggelse såsom blodprøvetagning, dyrknings- og resistensundersøgelser. Tillige varetages en del opfølgning i forbindelse med ændring og uoverensstemmelser i medicinlister, -æsker og recepter.

5.5.3 Evaluering af opfølgning ved følge-hjem sygeplejerske

Det er i de opfølgende case-beskrivelser ikke muligt at se effekten af telefonkontakten på borgernes oplevede tryghed. Der berettes fortsat om generel utryghed i forbindelse med udskrivelse. Utrygheden for udskrivelsen starter allerede på hospitalet, når udskrivelsen planlægges, hvilket indsatsen ikke rammer, da den tidsmæssige ligger efter dette tidspunkt. Sidstnævnte kan forklare noget af den manglende effekt på den borgeroplevede tryghed.

Evalueringen viser, at plejecentrene ikke er forbedrede på opringningerne, men at de synes, det er godt, når det sker. Ligeledes viser evalueringen (materiale fra PDSA'er), at der blev videregivet relevant information i forbindelse med alle opringningerne til plejecentrene.

Det er erfaret, at plejecentret får mest ud af opringningen, når den gennemføres dagen efter udskrivelsen. Det giver plejepersonalet mulighed for at modtage borgeren, finde ud af hvilke informationer, der ikke er overleveret eller hvilke informationer, der



giver grundlagt til yderligere spørgsmål, eksempelvis pga. uklarheder eller fejl.

Evalueringen viser, at placering af opgaven hos følge-hjem sygeplejerskerne har fordele. Følge-hjem sygeplejersken har kompetencerne til at varetage opkaldene – særligt har hun kompetencerne til at sætte sig ind i et patientforløb, hun ikke selv har deltaget i, tillige med en stor erfaring med og løsnings på udfordringer og problemfelter samt indsigt i alle parter behov i den tværsektorielle overgang.

Der har dog vist sig at være organisatoriske udfordringer forbundet med at finde, det for begge parter bedst egnede tidspunkt for den opfølgende opringing. Da arbejds- og døgnrytme på henholdsvis hospital og plejecentre adskiller sig, vil der være brug for et beskrevet aftalegrundlag samt fleksibilitet fra begge parter, for at indsatsen skal lykkes fuldt ud. Denne udfordring er ikke løst i projektperioden.

5.5.4 Perspektivering af opfølgning ved følge-hjem sygeplejerske

Følge-hjem sygeplejersker findes på alle Region Hovedstadens hospitaler, så teoretisk kan organisationen betragtes som generisk. Der er dog stor lokal variation i organisatorisk tilknytning og opgavevaretagelse blandt følge-hjem sygeplejerskerne, hvilket kan udfordre generaliserbarheden.

Region Hovedstaden har i 2015 bevilliget økonomiske ressourcer til alle hospitaler til etablering af en ringe-hjem ordning. Der er stor variation i organiseringen af ringe-hjem ordningen, men en intern undersøgelse på Bispebjerg Hospital har vist, at særligt ældre svækkede medicinske patienter har gavn af en opfølgende samtale efter udskrivelse. Erfaringerne fra nærværende projekt peger på muligheden for en generisk løsning af anvendelsen af ring-hjem-midler til etablering af systematiske opringninger til plejecentrene. En systematisk opringning til alle borgere vil understøtte plejecentrenes oplevelse af generel forbedret kommunikation, da de vil få opringning uafhængigt af, hvilken afdeling borgeren udskrives fra. Placeres opgaven hos personale, som alene har opgaven med at ringe-hjem, vil der tillige være større fleksibilitet i forhold til opringningstidspunktet, der således bedre kan tilpasses plejecentrets ønsker.

Der er i litteraturen understøttelse til at placere ringe-hjem opgaven hos personale, der alene har til opgave at følge op (10). Opgaven bliver ikke prioriteret hos plejepersonalet, der plejer indlagte patienter, samtidig med at fleksibilitet med opringningstidspunktet er den samme, som når opgaven varetages af følge-hjem sygeplejersken.

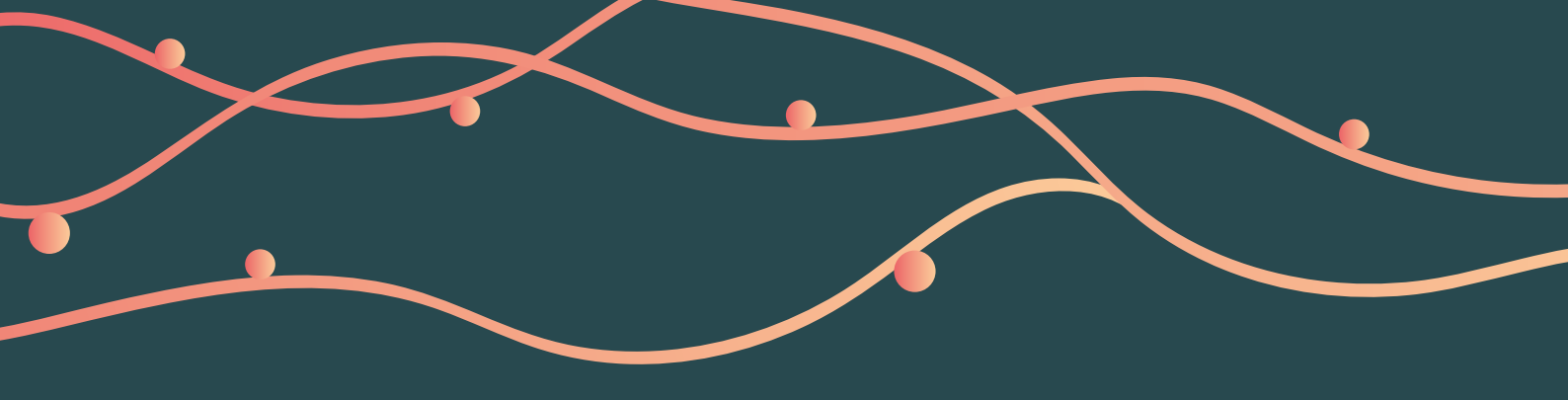
I forhold til behov for opringning fra plejecentret til hospitalet ved udskrivelse af borgere – og måske også i fremtiden med undervisning og sparring på generelle eller specifikke problemstillinger, arbejder Københavns Kommune og Bispebjerg Hospital i regi af projekt Sikker Sammenhæng og projekt TUE, videre med organiseringen og samarbejde mellem kommunale og regionale medarbejdere. Blandt andet arbejdes der på, at plejecentrene aktivt kender og benytter muligheden for at kontakte relevant personale⁴ på hospitalet, der kan under-vise og give sparring i forhold til generelle eller specifikke pleje- og omsorgsopgaver i hjemmet og på plejecentret.

5.6 Formidling af viden, der vanskeligt kommunikerer via kommunikationsaftalen

Af de empiriske data fremkom det generelt, at det var svært for personalet på plejecentrene og hospitalet at få kommunikeret alt relevant information via de etablerede skriftlige kommunikationsveje (indlæggelses-, udskrivelsesrapporter og plejeforløbsplaner). Det kræver et meget stort kendskab til modtagerens arbejdsområde og behov for viden.

En af de store udfordringer med kommunikationen er at få videregivet nødvendig og tilstrækkelig viden til, at det modtagende personale hurtigt kan danne sig et billede af de behov for pleje og omsorg, borgeren har behov for. Det er ikke kun behov for kommunikation omkring den akutte situation, men også hvilke plejebegreb borgeren har under normale omstændigheder.

Hypotesen er, at en forløbsmappe ville sikre information om aktuelle plejebegreb og give oplysninger om forhold, som borgeren oplever som relevante at bringe videre – navne og numre på pårørende og niveauet for involvering, sovemønstre, mad borgeren ikke kan lide, brug af høreapparater og briller, m.m.



Ideen med forløbsmappen er lånt fra svanger-omsorgen, hvor kvinderne selv medbringer deres vandrejournal, når de har kontroltider hos henholdsvis læge eller jordemoder.

5.6.1 Beskrivelse af indsatsen "forløbsmappe"

Projektets arbejdsgruppe udarbejdede i fællesskab en mappe, der indeholdte information om Bispebjerg Hospital og hvad borgeren kunne forvente under en indlæggelse. Denne information var ikke tænkt som materiale til den akutte situation, men som generel information til borgeren og forventningsafstemning forud for en eventuel indlæggelse.

Til den akutte situation indeholdt forløbsmappen en liste med borgerens ønsker ved indlæggelse, pakkelisten, som beskrives i afsnit 5.2, samt en kort skematisk information om vanlige plejebehov og præferencer. Sidstnævnte er information til hospitalspersonalet som hjælp til daglig og vanlig pleje og omsorg.

5.6.2 Perspektivering af forløbsmappe

Forløbsmappen blev ikke testet i nærværende projekt, da den som papirudgave ikke opfylder

kravene til en kommunal overordnet organisatorisk vision om papirløs tværsektoriel kommunikation. Hypotesen om at følgemappen kunne understøtte informationsstrømme om vanlig pleje og omsorgsbehov er således ikke be- eller afkræftet i nærværende projekt.

Med udgangspunkt i erfaring med vandrejournalen vurderer Bispebjerg Hospital det dog som plausibelt, at ideen med en følge- eller forløbsmappe kan overføres til andre målgrupper og tværsektorielle forløb, hvor det er muligt at etablere "papirløsninger".

SUF og dermed Københavns Kommune finder det uhensigtsmæssigt at basere nye løsninger i forhold til kommunikation på papirbærende løsninger og ikke digitale løsninger. Det er SUFs holdning, at problemerne bør løses ved brug af anden form for teknologi, fx skærmløsninger, som SUF har gode erfaringer med i andre sammenhænge. Det er SUFs holdning, at den type problematikker bringes op i regi af sundhedsaftalerne.

Konklusion

Generelt har projektet givet et indblik i borgernes oplevelse af sammenhæng og samarbejde på tværs af sektorerne. I litteraturen bliver de sværeste borgere ofte fravalgt som informanter med begrundelser om sygdom og fysisk/kognitiv svækkelse. I projektet erfarede vi, at det er muligt at vælge plejebolig borgere som relevante informanter. Som forventet gav fokusgruppeinterviewene gav en overfladisk viden, mens interviewene, der blev gennemført tidsmæssigt tæt på den begivenhed vi ønskede viden om, gav dybdegående og unik viden om borgernes egen erfaring og oplevelser fra indlæggelsen og udskrivelsen.

Det er, ifølge vores viden, et af meget få projekter, der har inddraget denne svækkede borgergruppe på et helt centralt niveau i afdækningen af problemområder og evalueringen af nye indsatser og dermed også et af få projekter, som har prioriteret indsatser ud fra borgernes perspektiv.

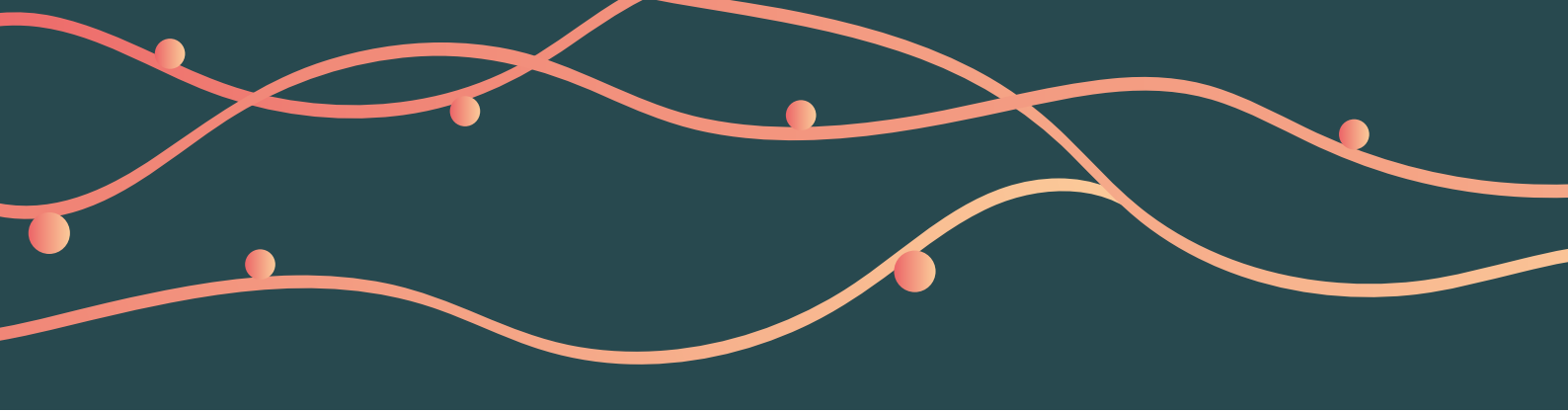
Ud over at inddrage svækkede borgere på et centralt niveau, har projektet desuden afdækket, at både kommune og region kan løse de udfordringer, der er for denne borgergruppe i sektorovergangene. Vi har vist, at udfordringerne ofte er komplekse, og nogle kan løses med simple greb, som dog viser sig at være forbundet med udfordringer at implementere på organisatorisk niveau og derfor kræver formaliserede samarbejdsstrukturer. Det vurderes derfor, at den punktvis forløbskoordination formentlig har øget den sundhedsfaglige kvalitet og sikkerhed i forbindelse med de specifikke arbejdsgange. Etablering af en systematisk kommunikationsvej i forbindelse med afdækning af dysfagi under indlæggelse er et eksempel på en simpel løsning, der har øget patientsikkerheden.

Flere af de indsatser, der er udviklet og testet i nærværende projekt, vurderes til at være generiske og mulige at flytte til andre kommuner og hospitaler. Desuden vurderes det, at flere af ideerne er baseret på så let tilgængelige og simple løsninger som er mulige at overføre til andre problemområder. Der udestår en opgave med at formidle den opnåede viden og implementere indsatserne på både hospitalsafdelinger og kommunens plejecentre.

I de indledende case-beskrivelser så vi, at der var stor usikkerhed hos plejepersonalet på plejecentrene og på hospitalet i forhold til deres ansvar og opgaver i relation til overgangen fra plejecenter til hospital og tilbage igen. Denne usikkerhed har vi ikke kunne genfinde i de opfølgende case-beskrivelser. Det vurderes således, at personalet gennem projektet har fået et tydeligere billede af det samlede patientforløb – hvor de enkelte opgaver bedst løses, og hvordan den enkelte medarbejder bedst hjælper egne kollegaer eller kollegaer i den anden sektor til at varetage/overtage borgerens interesser, pleje og omsorg.

Derimod viser evalueringen, at borgerne ikke er blevet mere trygge. At skabe tryghed er komplekst og utryghed er formodentlig iboende hospitalsindlæggelse - uanset alder. Det er i projektperioden ikke lykkedes at sprede effekten af alle indsatser ud i alle ønskede aspekter af patientforløbet. Dette kan have påvirket den manglende effekt på borgernes tryghed. Ligeledes har projektet som ønsket, ikke haft mulighed for at udvikle en samlet pakke for forløbskoordination, og der vil således være forhold som borgeren stadig oplever som uændret og fortsat ikke tryghedsskabende.

En samlet model for forløbskoordination fordrer involvering af mange aktører, der alle skal koordinere deres arbejdsgange ind i et samlet patientforløb. Under afdækningen blev det synligt, at der allerede blev arbejdet med kvalitetsudvikling af pleje og omsorg til den ældre medicinske patient. Den elektroniske kommunikationsaftale var ved nærværende projekts start under revidering, og den nye udgave blev implementeret midt i projektperioden. I stedet for en samlet model for forløbskoordination har vi valgt at etablere "støttefunktioner" hvor kommunikationsaftalen stadig giver udfordringer. Eksempelvis ved følgeskab (afsnit 5.1) hvor personale overbringer relevant information til personale i Akutmodtagelsen, der ikke modtager indlæggelsesrapport⁵. Desuden har der i projektet ikke været arbejdet med udvikling og implementering af samarbejde og kommunikation med de praktiserende læger, da der aktuelt er andre projekter, der arbejder med etablering af fast tilknyttede læger på plejecentrene. Ordningen om faste læger



på plejecentre, som også Københavns Kommune etablerer, forventes på sigt at forebygge antallet af forebyggelige og unødvendige indlæggelser, som skaber utryghed og forvirring hos borgeren samt øge kompetenceniveauet hos plejepersonalet til gavn for borgeren.

I stedet for en samlede forløbskoordination har nærværende projekt derfor gennemført punktvis nedslag på generelle problematikker. Der er i fællesskab udtænkt løsninger/nye arbejdsgange, og disse er testet, revideret og afprøvet, når det viste sig relevant. Andre problemstillinger er bragt videre ind i andre projektsammenhænge, hvor der arbejdes på at sprede eller videreudvikle på løsningerne.



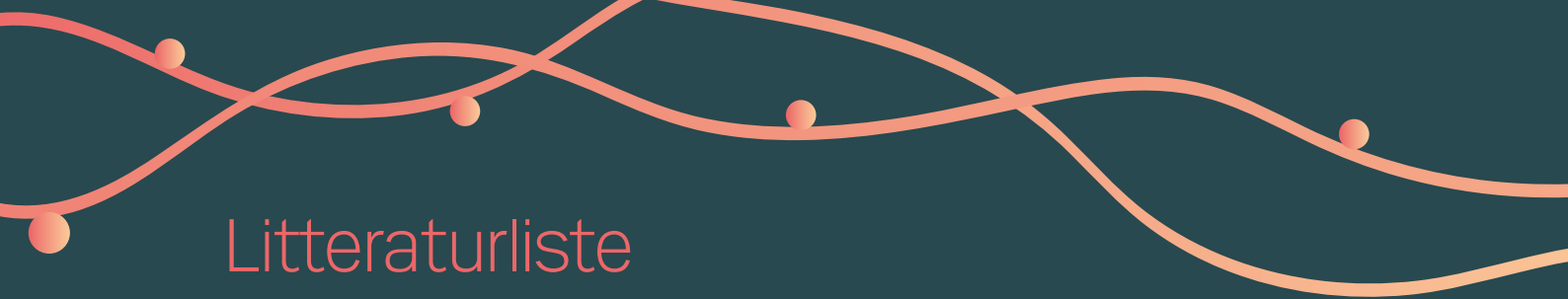
Perspektivering

Det har ikke været muligt at løse alle de problemstillinger afdækket i case-beskrivelserne. Vi fremsatte flere hypoteser om at andre tiltag udenfor projektet ville have indflydelse på problemstillingerne eller måske ligefrem løse dem. Det vides ikke om disse hypoteser holder, og der bør efter projektets afslutning være fortsat fokus på disse områder og deres løsning.

Fokus på de ældste borgere i vores samfund er stigende, og der er i dag mere opmærksomhed på de forhold, der tilbydes de mest svækkede. Der er således øget fokus på eksempelvis behov for let adgang til lægehjælp og øget kompetencer til varetagelse af stadig flere komplekse sygeplejeopgaver på plejecentrene. Dette og andre initiativer vil til stadighed forbedre den pleje, der ydes.

Københavns Kommune og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital har igennem en årrække arbejdet sammen i flere tværsektorielle projekter. Samarbejdet har efterhånden karakter af et reelt fællesskab og ikke et projektsamarbejde. Det betyder, at der ikke længere er reelt behov for at indgå i projektsamarbejder, men at udvikling af fællesskabet og de fælles opgaver er blevet en lige så stor selvfølge som udvikling af henholdsvis de kommunale og regionale opgaver.

De generelle tendenser til fokus på de ældre mest svækkede vil sammen med et fortsat fokus på at forbedre det tværsektorielle samarbejde sikre, at vi i fremtiden tilbyder ældre skrøbelige og svækkede borgere den bedst mulige pleje og behandling uanset om de er på plejecentret, hospitalet eller på vej mellem de to.



Litteraturliste

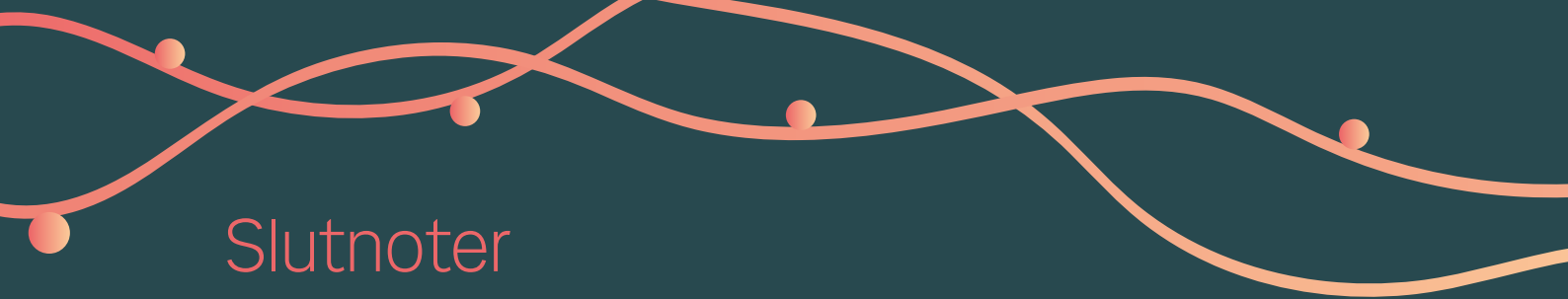
1. Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til en national handlingsplan. Sundhedsstyrelsen, 2011. URL: <http://www.sst.dk>.
2. Fælles udmøntningsplan for den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Danske Regioner, KL, Sundhedsstyrelsen, NSI. 2012.
3. Regionshuset Viborg. Det Tværsektorielle Netværk for Utilsigtede Hændelser i Sektorovergange – Årsrapport 2015. Region Midtjylland. Koncern Kvalitet. Strategisk Kvalitet
4. Siemsen IMD. Patientovergange. Et eksplorativt studie af faktorer der påvirker sikkerheden af patientovergange [ph.d. afhandling]. Lyngby: Institut for Planlægning, Innovation og Ledelse, Danmarks Tekniske Universitet, 2011.
5. Ældrekommissionen – kommission om livskvalitet og selvbestemmelse i plejebolig og plejehjem. Livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem. København: Social- og Integrationsministeriet, 2012.
6. www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2013/Analyse-af-de-medicinske-afdelinger/Analyse-af-medicinske-afdelinger.ashx (27. april 2015).
7. Enheden for Brugerundersøgelser (2007). Patienters oplevelser i Overgange mellem Primær og Sekundær sektor. http://patientoplevelser.dk/files/dokumenter/artikel/pops_rapport.pdf (27. april 2015).
8. National handlingsplan for den ældre medicinske patient. 2011. URL: <http://sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2011/December/~media/Filer%20-%20dokumenter/Handlingsplan-aeldre-medicinsk-patient/National-handlingsplan-for-den-%C3%A6ldre-medicinske-patient.ashx>.
9. Ravn B, Rhode P & Bek T. Implementering, spredning og fastholdelse – en introduktion til gennembrudsmetoden. Kap 17 i: Mainz J, Bartels P, Bek T, Møller Pedersen K, Krøll V & Rhode P. Kvalitetsudvikling i praksis. Munksgaard Danmark 2011
10. Bahr SJ, Solverson S, Schlidt A, Hack D, Smith JL & Ryan P. Integrated literature review of post-discharge telephone calls. Western Journal of Nursing Research 2013; vol. 36, 1: pp. 84-104 doi: 10.1177/0193945913491016



Bilagsoversigt

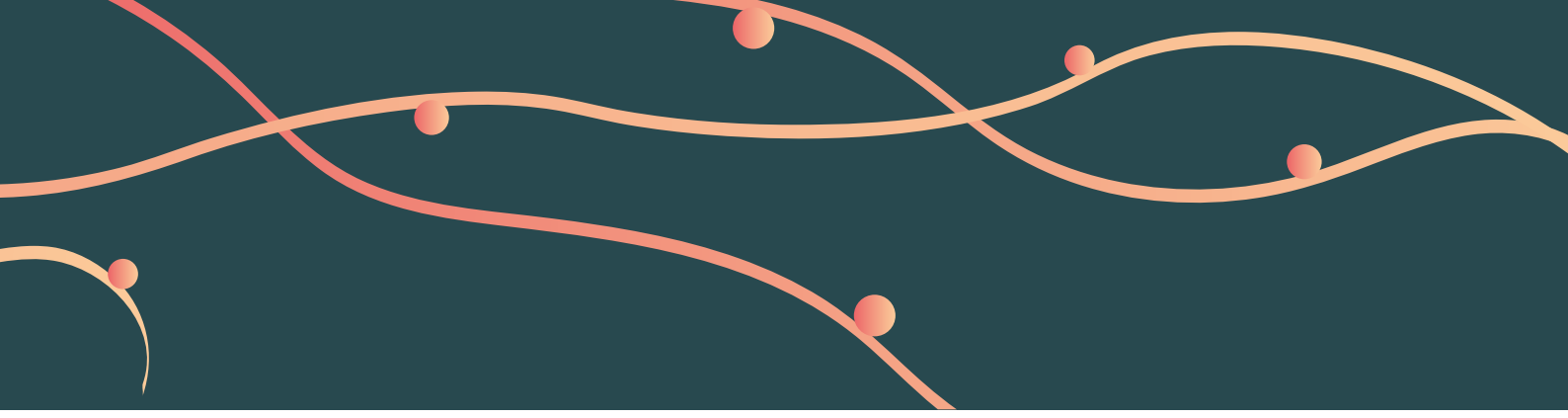
Alle bilag findes elektronisk på www.bispebjerghospital.dk/daemp

- Bilag 1: Metodiske overvejelser og detaljer fra fokusgrupperne
- Bilag 2: Interviewguide til fokusgruppe med borgere
- Bilag 3: Interviewguide til fokusgruppe med pårørende
- Bilag 4: Interviewguide til fokusgruppemed personale
- Bilag 5: Skematisk fremstilling af samtlige forløbsindikatorer
- Bilag 6: Interviewguide til struktureret interview med borger ved indlæggelse
- Bilag 7: Interviewguide til struktureret interview med borger ved udskrivelse
- Bilag 8: Interviewguide til struktureret interview med pårørende ved indlæggelse
- Bilag 9: Interviewguide til struktureret interview med pårørende ved udskrivelse
- Bilag 10: Spørgeskema til personale fra plejecenter ved indlæggelse
- Bilag 11: Spørgeskema til personale fra plejecenter ved udskrivelse
- Bilag 12: Spørgeskema til personale på hospital ved indlæggelse
- Bilag 13: Spørgeskema til personale på hospital ved udskrivelse
- Bilag 14: Metodiske overvejelser og detaljer fra strukturerede spørgeguides og spørgeskemaer
- Bilag 15: Fremstilling af temaet rettidighed
- Bilag 16: Fremstilling af temaet forventningsafstemning
- Bilag 17: Fremstilling af teamet serviceorientering
- Bilag 18: Fremstilling af temaet kompetenceudvikling og -afklaring
- Bilag 19: Oversigt over indsatser i forløbsprogram
- Bilag 20: ISBAR med SALSA
- Bilag 21: Pakkeliste
- Bilag 22: Arbejdsgang ved fund af dysfagi
- Bilag 23: Kuvert ved udskrivelse



Slutnoter

1. Forløbsindikatorer defineres som procesindikatorer relateret til tværsektorielle forløb, der betragtes som relevante for evalueringen. Forløbsindikatorerne kommer af analysen af fokusgrupperne og litteraturen (se figur 1 og afsnit 3.1). Forbedringsgraden beror på en vurdering af hver enkel indikator, når den måles i evalueringsfasen.
2. Indikatorerne er identificeret i datamaterialet fra fokusgrupperne, samt i den etablerede litteratur på området.
3. Den skriftlige kommunikation, der jf. Kommunikationsaftalens rammer videregives i form af en auto-genereret indlæggelsesrapport, kommer først når borgeren indlægges og er således ikke tilgængelig under udredning og behandling i borgeres akutte ambulante forløb i Akutmodtagelsens skadeafsnit.
4. Relevant personale defineres, som personale der arbejder med opgaver i sektorovergangen – følge-hjem sygeplejersker eller TUE-sygeplejersker (sygeplejersker i den fælles regionale/kommunale "Tværesektoriel Udredningsenhed") og ikke afdelingens sygeplejersker eller læger, der arbejder med patienterne under indlæggelsen.
5. Ved udredning og behandling på en akutmodtagelse betragtes patientens ophold som ambulant. Først ved reel indlæggelse på en sengeafdeling registreres patienten som indlagt, hvilket ifølge kommunikationsaftalen udløser automatisk afsendelse af indlæggelsesrapport. Ophold på en akutmodtagelse udløser således ikke afsendelse indlæggelsesrapport.





**Bispebjerg og Frederiksberg
Hospital**