

Martin Sandberg Buch, Marie Jakobsen, Christophe Kolodziejczyk og Else Ladekjær

# Evaluering af indsats for forløbskoordination

– Erfaringer med fremskudt visitation i fire kommuner



*Evaluering af indsats for forløbskoordination – Erfaringer med fremskudt visitation i fire kommuner*

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

© KORA og forfatterne, 2016

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

© Omslag: Mega Design og Monokrom  
Fotograf: Ricky John Molloy

Udgiver: KORA  
ISBN: 978-87-7509-985-6  
Projekt: 10714

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

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



Det Nationale Institut  
for Kommuners og Regioners  
Analyse og Forskning

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

# Forord

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

KORA har fået til opgave at evaluere indsatsen vedrørende forløbskoordination. Evalueringen følger og understøtter for det første den overordnede fremdrift og udmøntning i regioner og kommuner. For det andet indsamler og formidler den anvisninger til det fremadrettede arbejde med forløbskoordination via casestudier af fire strategisk valgte modeller for forløbskoordination. Denne rapport omhandler evalueringens casestudier og giver viden om:

- Hvordan de fire modeller er udviklet, organiseret, bemanded og ledet, samt hvordan de ansvarlige medarbejdere opsporer patienter og generelt arbejder med at skabe sammenhæng i forløb
- Hvorfor og hvordan patienter og pårørende oplever bedre kommunikation, inddragelse og sammenhæng, når der bliver koblet forløbskoordination på deres forløb
- Hvordan de fire modeller påvirker patienternes forbrug af sundhedsydelser, om de forebygger genindlæggelser, samt i hvilket omfang modellerne er omkostningseffektive.

Rapporten opstiller, med afsæt i ovenstående vidensgrundlag, en række konkrete og fremadrettede anbefalinger til kommuner og hospitaler, der overvejer at arbejde med lignende modeller for forløbskoordination fremadrettet. Rapporten henvender sig på denne baggrund til ledere og fagpersoner i sundhedsvæsenet, som arbejder med at koordinere indlæggelser og udskrivinger for ældre medicinske patienter.

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

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

Forfatterne

Juni 2016

# Indhold

Resumé .....	5
1 Undersøgelsens formål, design og gennemførelse .....	9
1.1 Baggrund .....	9
1.2 Formål .....	10
1.3 Undersøgelsens datagrundlag og gennemførelse .....	10
1.4 Rapportens opbygning og læsevejledning .....	16
1.5 Læsevejledning .....	17
2 Fremskudt visitation i Gribskov Kommune .....	18
2.1 Resultater fra organisationsundersøgelsen .....	18
2.2 Patienter og pårørendes perspektiver på fremskudt visitation i Gribskov Kommune .....	27
2.3 Effekter og omkostninger ved fremskudt visitation i Gribskov Kommune .....	30
3 Udskrivningsvisitatorer i Lolland Kommune .....	35
3.1 Resultater fra organisationsundersøgelsen .....	35
3.2 Patienters og pårørendes perspektiver .....	42
3.3 Omkostninger og effekt af Lollands fremskudte visitation .....	44
4 Udskrivningsvisitatorer i Vejle Kommune .....	48
4.1 Resultater fra organisationsundersøgelsen .....	48
4.2 Patienters og pårørendes perspektiver .....	56
4.3 Omkostninger og effekt af Vejles fremskudte visitation .....	61
5 Skanderborg Kommunes brobyggerfunktion .....	67
5.1 Resultater fra organisationsundersøgelsen .....	67
5.2 Patienters og pårørendes perspektiver .....	76
5.3 Omkostninger og effekt af brobyggerfunktionen .....	79
6 Tværgående sammenfatning og diskussion .....	84
6.1 Udvikling og organisering af fremskudt visitation .....	86
6.2 Fremskudt visitation og patient- og pårørendeinddragelse .....	91
6.3 Omkostninger og effekter forbundet med fremskudt visitation .....	93
6.4 Delkonklusion .....	95
7 Konklusion og anbefalinger .....	97
7.1 Anbefalinger vedrørende lokal etablering/videreudvikling af fremskudt visitation .....	97
8 Anvendt litteratur .....	102

# Resumé

## Undersøgelsens baggrund og formål

KORA har som led i evalueringen af den nationale indsats målrettet forløbskoordination for særligt svækkede ældre medicinske patienter undersøgt fire modeller for forløbskoordination, hvor kommuner sender medarbejdere ind på hospitaler for at koordinere de mest komplekse udskrivningsforløb.

De undersøgte modeller for forløbskoordination er valgt, fordi de i høj grad lever op til de principper og formål, der er opstillet for den nationale indsats målrettet forløbskoordination. Samtidig repræsenterer de fire modeller for forløbskoordination en udvikling, hvor et stigende antal kommuner opretter fremskudte visiterende funktioner ud fra et ønske om at styrke overgangen fra hospital til kommune.

Det stigende antal fremskudte funktioner har hidtil ikke været understøttet af systematiske evalueringer og viden om, hvorvidt funktionerne skaber de ønskede resultater. Derfor er formålet med nærværende undersøgelse at beskrive, hvordan de enkelte funktioner er udviklet og organiseret, og hvordan de konkret arbejder, samt hvilket udbytte, patienter og fagpersoner oplever, at der kommer ud af det fremskudte arbejde. Endvidere undersøges effekterne af den fremskudte visitation, hvad angår økonomi og forebyggelse af indlæggelser.

## Konklusioner og anbefalinger

Hovedkonklusionen er, at de undersøgte funktioner fremstår som en relevant løsning, der understøtter et bedre tværsektorielt samarbejde omkring indlæggelse og udskrivning. De patienter og pårørende, der kan forholde sig til mødet med de fremskudte kommunale medarbejdere, er ligeledes positive, idet de ofte forbinder mødet med viden om det videre forløb og øget tryghed i forbindelse med udskrivningen. Endelig indikerer analysen, at fremskudt visitation har et potentiale til at forebygge genindlæggelser og kan tilrettelægges således, at indsatsen som minimum er omkostningsneutral for kommunen.

Undersøgelsen understøtter derved konklusionerne fra tidligere interne evalueringer, som er gennemført i individuelle kommuner. Samtidig bidrager undersøgelsen med ny viden om effekten af fremskudt visitation i forhold til genindlæggelser og den kommunale økonomi. I den sammenhæng viser undersøgelsen, at det ikke er hensynet til den kommunale økonomi, som bør holde kommunerne tilbage i forhold til at videreføre/etablere fremskudt visitation.

## Fremadrettede anbefalinger

På grundlag af undersøgelsens resultater anbefaler KORA, at landets kommuner overvejer at videreføre/etablere fremskudt visitation. Hvis indsatsen skal være omkostningsneutral for kommunen, skal indsatsen som udgangspunkt kunne erstatte/reducere tidsforbruget til udskrivningskoordination ved skriftlig kommunikation og telefon.

Endvidere anbefales det, at kommuner og hospitalsafdelinger, som det allerede sker mange steder, prioriterer udskrivningsansvarlige brobyggere i begge sektorer med henblik på at understøtte kontinuitet, fælles fokus og relationsdannelse på tværs af den vigtige overgang fra hospital til kommune.

Herudover opstilles nedenstående specifikke anbefalinger og overvejelser med henblik på at kvalificere kommuner og hospitalers eventuelle fremadrettede samarbejde om fremskudt visitation/udskrivningskoordination.

## **Geografi og patientpopulationens betydning for den fremskudte funktion**

De undersøgte casekommuner har det fællestræk, at langt hovedparten af kommunens ældre patienter er indlagt på ét hospital, hvor den fremskudte funktion er etableret. Dette giver en geografisk fordel sammenlignet med kommuner, hvor patienterne er spredt mellem flere forskellige hospitalsmatrikler. Casekommunernes fremskudte funktioner dækker ikke de øvrige hospitaler, hvor kommunens borgere er indlagt. Kommunerne har således prioriteret at have et fast ankerpunkt for den fremskudte funktion, samt at der skal være en patientvolumen, der sikrer, at de fremskudte medarbejdere kan arbejde effektivt. Det første forhold, der med fordel kan overvejes, er således, hvordan kommunens patienter er fordelt på hospitaler, samt om der er en stor nok patientvolumen til, at de fremskudte medarbejdere kan arbejde effektivt.

## **Den fremskudte funktions opgaver og fokus**

Det er forskelligt, hvor brede opgaver der er givet til de fremskudte kommunale medarbejdere, samt hvor snævert et fokus, funktionen har. Hovedparten af funktionerne holder sig inden for de rammer og opgaver, der er for kommunal visitation af ydelser ved udskrivning. Det betyder, at funktionerne er relativt lette at introducere, ligesom meromkostningerne til udvikling og drift er begrænsede. Funktionerne arbejder også med afsæt i den organisering og de rutiner/systemer, der allerede er på plads, samtidig med, at de har mulighed for at fungere som løftestang for fx MedCom-kommunikationen.

Med afsæt i ovenstående anbefales det, at den enkelte kommune (sammen med relevante samarbejdspartnere fra hospitalsregi) tager stilling til formål og opgaveportefølje for eksisterende og eventuelle nye fremskudte funktioner.

## **Ledelsesmæssig opbakning og engagement i funktionen på tværs af sektorer**

Et fælles ledelsesmæssigt engagement fremhæves som afgørende for funktionernes succes i alle de undersøgte cases, og der lægges vægt på, at der er tale om et reelt samarbejde, hvor ledere og medarbejdere fra begge sektorer har været involveret i at finde løsninger til fordel for patienterne.

Det anbefales derfor, at fremskudt visitation og lignende ordninger udvikles i et ledelsesmæssigt samarbejde på tværs af kommune og hospital. Dels for at sikre løsninger, der fungerer for begge parter, og dels for at sikre opbakning til funktionerne – og det forløbsorienterede samarbejde, de repræsenterer – når de introduceres på hospitalet.

## **Standardisering af samarbejdsfladen**

De fremskudte funktioner opleves på alle hospitaler som en positiv hjælp til udskrivningsarbejdet, og der er ikke afdækket eksempler på, at funktionerne opleves som et forstyrrende element, eller at de kommunale medarbejdere blander sig unødigt i hospitalets arbejde. Interviewpersonerne fra de involverede hospitaler efterspørger dog generelt mere standardiserede løsninger på tværs af kommunerne i deres optageområde. Samtidig er der i flere af de undersøgte cases positive erfaringer med at tage afsæt i andres kommuners erfaringer eller dele egne erfaringer med andre kommuner, der overvejer lignende funktioner.

Med det afsæt anbefales det, at kommunerne i det enkelte hospitals optageområde så vidt muligt orienterer sig imod hinanden, deler gode/mindre gode erfaringer og kopierer hinanden for at understøtte en ensartet og velfungerende samarbejdsflade mellem hospitalet og kommunerne i optageområdet.

## **Bemanding af fremskudte funktioner**

Alle de undersøgte cases har prioriteret at ansætte erfarne visitatorer i de fremskudte funktioner. Det fremstår således som en generel pointe, at det er en god ide at gå efter erfarne medarbejdere, der kan og vil det tværsektorielle samarbejde. Dette indebærer bl.a., at de kommunale medarbejdere er bevidste om:

- Ikke at fylde – og kræve – for meget, når de kommer på afdelingerne
- At være velforbredte i forhold til de patienter, der skal besøges, så der er et godt afsæt for dialogen med hospitalspersonalet
- At gå konstruktivt ind i dialogen omkring fejl, misforståelser og eventuelle uklarheder omkring de indlagte patienters funktionsniveau.

Samtidig har flere af de fremskudte medarbejdere været på efteruddannelse målrettet koordinering og samarbejde i sundhedsvæsenet, hvilket også fremhæves positivt. Det anbefales derfor, at eventuelle nye/eksisterende fremskudte funktioner, i det omfang det er muligt, bemannes efter ovenstående principper.

### **Organisering og ledelsesmæssig forankring af fremskudte funktioner**

Et vigtigt forhold, som skal afvejes, er, hvornår og hvor meget de fremskudte funktioner skal være til stede på hospitalet, samt hvordan funktionen skal spille sammen med de øvrige kommunale medarbejdere, der arbejder med visitation og koordinering af udskrivinger. Tre af de undersøgte funktioner har valgt samme løsning, hvor de fremskudte medarbejdere er organiseret i teams med fire-fem medarbejdere, der tilsammen har ansvaret for at visitere de patienter, der har behov for kommunal hjælp efter en indlæggelse. Det fremgår, at teamorganiseringen har mange fordele, herunder at:

- Funktionen bliver robust i forhold til sygdom, ferie og medarbejderudskiftning
- De fremskudte medarbejdere har kolleger at sparre med og en fælles leder at referere til
- Medarbejderne arbejder i vagtrul, så de skiftes til at arbejde på hospitalet og hjemme i kommunen, hvorved tilknytningen til kommunen bevares, og opmærksomheden på det kommunale serviceniveau o.l. fastholdes
- Den fremskudte medarbejder på hospitalet har kolleger hjemme i kommunen, som kender arbejdet i den fremskudte funktion, og er derfor god til at understøtte arbejdet inde på hospitalet.

Med afsæt i ovenstående erfaringer anbefales det, at ansvaret for fremskudte funktioner så vidt muligt forankres i teams, samt at arbejdet indrettes, således at kontakten til kolleger og den kommunale arbejdsplads bevares.

### **De fremskudte medarbejders tilstedeværelse på hospitalet**

To af de undersøgte funktioner møder ind og arbejder fast på hospitalet i dagtimerne – alle ugens dage. Samtidig er det den/de samme medarbejdere, der er til stede hele ugen. De involverede fagpersoner og ledere oplever, at denne arbejdsform giver væsentlige fordele i relation til koordinering af de komplekse udskrivningsforløb. Fordelene knytter sig dels til større personkontinuitet og færre overleveringer af viden og dels til, at der er større fleksibilitet til at aftale møder med pårørende og det hospitalspersonale, der ved noget om patienten. Den viden, som medarbejderne har mulighed for at samle om patienten, fremhæves endvidere som en kilde til mere kvalificerede vurderinger af patienternes funktionsevne. Endelig betyder den daglige tilstedeværelse, at den fremskudte funktion ikke er forbundet med væsentlige transportomkostninger.

Samtidig er der en række medicinske sengeafdelinger, der har ansat udskrivningsansvarlige terapeuter, hvis funktion har mange fællestræk med de kommunale visitatorer. Terapeuterne har således et særligt ansvar for at afdække patienternes funktionsniveau, formidle dette i plejeforløbsplaner til kommunerne samt koordinere selve udskrivelsen. Terapeuterne arbejder kun i dagtimerne, og de er på afdelingen alle ugens dage, hvilket giver de samme fordele vedrørende kontinuitet, rutine og mulighed for at være fleksible, som de fremskudte visitatorer oplever. Samtidig oplever afdelingens sygeplejersker, at de bliver aflastet, samt at der er færre overleveringer af ansvaret for patienternes udskrivinger på tværs af personalet.

Der er således en fælles oplevelse af, at de fremskudte kommunale medarbejdere og afdelings-terapeuterne supplerer hinanden med bedre udskrivinger og samarbejde til følge. Med det afsæt anbefales det, at eventuelle fremtidige fremskudte funktioner, i det omfang det er relevant og muligt, organiseres efter de principper, der er beskrevet ovenfor.

### **Opsporing af patienter med udvidet behov for koordination**

Tidlig identifikation af de patienter, der har behov for udvidet koordinering ved udskrivelsen, er alfa og omega for alle de undersøgte funktioner, hvis de skal have en chance for at besøge de indlagte patienter og koordinere udskrivningen. Samtidig er der tale om et element, der tidligere har givet udfordringer, fordi man – uden det store held – forsøgte at få hospitalspersonalet til at stå for opsporingen via screeninger og papirskemaer.

Derfor er det i dag de kommunale medarbejdere, som – med afsæt i de plejeforløbsplaner (der inden 48 timer skal sendes til kommunen) samt egne oplysninger om de indlagte patienter – vurderer, hvilke patienter der har behov for udvidet koordination. Introduktionen af MedCom-standarder opleves på denne baggrund som et stort fremskridt for arbejdet med at opspore patienter og planlægge arbejdsdagene for de fremskudte medarbejdere (selvom der fortsat er et stort potentiale for at forbedre kvalitet og indhold af de oplysninger, der udveksles). Det er også væsentligt, at denne arbejdsgang i udgangspunktet ikke forstyrrer hospitalets rutiner og medarbejdere. Endelig er der i flere cases afdækket eksempler på, at den direkte dialog omkring indholdet i fx plejeforløbsplaner bidrager til øget forståelse og kvalitet i den information, der udveksles via standarderne.

Det anbefales derfor, at opsporing af patienter med udvidet behov for koordination af udskrivelsen sker med afsæt i plejeforløbsplaner, samt at oplysningerne suppleres med oplysninger fra de kommunale pleje- og omsorgssystemer.

### **Fokus på patient- og pårørendeinddragelse via fysiske møder**

Det fysiske møde mellem patient og fremskudte medarbejdere er et af nøgleelementerne for de fremskudte funktioner. Møderne forbindes generelt med øget involvering og tryghed omkring den forestående udskrivning, og derfor prioriteres de højt på tværs af de undersøgte cases. I relation til patient- og pårørendeinddragelse handler mødet for flertallet af de fremskudte funktioner om a) at afdække funktionsnedsættelser og ønsker til hjælp, b) at informere om visiterede ydelser og skabe realistiske forventninger i forhold til det kommunale serviceniveau og c) at informere om, hvad der sker i forbindelse med udskrivelsen.

Det sker langt fra i alle forløb, men når der deltager pårørende i samtaler eller møder med de fremskudte funktioner, opleves det som en stor fordel. Dels fordi patienterne får hjælp til at huske beskeder og aftaler for forløbet, og dels fordi de pårørende ofte stiller relevante spørgsmål og hjælper patienterne med en række konkrete opgaver i forbindelse med udskrivningen. Deltagelsen af pårørende har i flere tilfælde også haft betydning for, hvilket forløb der blev aftalt, hvilket illustrerer, at de fælles udskrivningsmøder muliggør en reel inddragelse, som rækker ud over information og forventningsafstemning.

På baggrund af ovenstående erfaringer anbefales det at prioritere det fysiske møde mellem fremskudte funktioner og indlagte patienter/pårørende højt.

### **Anvendte metoder**

Undersøgelsen er baseret på to runder med gruppeinterviews, hvor der i alt har deltaget 94 ledere og fagpersoner, samt individuelle interviews med 26 patienter/pårørende, der har fået fremskudt visitation. Endelig er der gennemført effektanalyser, der undersøger de fremskudte funktioners evne til at forebygge genindlæggelser, samt hvilke omkostninger, der er forbundet med dette.



# 1 Undersøgelsens formål, design og gennemførelse

## 1.1 Baggrund

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

KORA har som led i evalueringen undersøgt fire modeller for forløbskoordination, hvor kommuner sender medarbejdere ind på hospitaler for at koordinere komplicerede patientforløb for ældre medicinske patienter (herefter DÆMP-patienter) i forbindelse med, at disse skal udskrives fra hospital til kommune. I udvælgelsen af de fire casekommuner er der (jf. principperne fra den nationale udmøntningsplan (1)) lagt vægt på, at arbejdet med forløbskoordination:

- indgår som en integreret del af det eksisterende samarbejde om indlæggelse, behandling og udskrivning
- er udviklet i lokalt samarbejde mellem hospital og kommune, så begge parter har mulighed for at tilrettelægge organiseringen hensigtsmæssigt i forhold til lokale forhold, rammer og ressourcer
- er målrettet de mest komplekse patientforløb og har et eksplicit fokus på patient- og pårørendeinddragelse.

De undersøgte modeller for forløbskoordination er således valgt, fordi de i høj grad lever op til de principper og formål, der er opstillet for DÆMP-indsatsen. Samtidig repræsenterer de fire modeller for forløbskoordination en udvikling, hvor et stigende antal kommuner opretter fremskudte funktioner ud fra et ønske om at styrke overgangen fra hospital til kommune<sup>2</sup>.

Det stigende antal fremskudte funktioner understøttes i dag ikke af systematiske evalueringer og viden om, hvorvidt funktionerne skaber de ønskede resultater. De evalueringer, der indtil videre er gennemført<sup>3</sup> (se fx (2-5)), har således karakter af interne evalueringer, som alene drager konklusioner på baggrund af vurderinger fra involverede fagpersoner og udvalgte patienter. Evalueringerne konkluderer generelt, at den fremskudte visitation bliver forbundet med styrket kommunikation, øget gensidig forståelse på tværs af involverede fagpersoner, mere præcis tildeling af kommunale ydelser og tryggere udskrivningsforløb.

---

<sup>1</sup> I december 2015 blev der udgivet en midtvejsstatus på udmøntning og resultater i regioner og kommuner, og i september 2016 udgives en slutrapport.

<sup>2</sup> For eksempel angav 19 kommuner i Region Hovedstaden i marts 2014, at de har anvendt DÆMP midler til at styrke forløbskoordinationen via fremskudt visitation, hvor visitatorer er fysisk til stede på hospitaler. Kilde: Spørgeskema fra Embedsmandsudvalget for Sundhed vedr. opfølgning på "Det nære sundhedsvæsen" i hovedstadsregionen, marts 2014.

<sup>3</sup> Baseret på googlesøgninger udført d. 6/9-2015.

Det er dog i beskedent omfang beskrevet, hvordan de enkelte funktioner er udviklet, organiseret, og hvordan de konkret arbejder. Samtidig er effekterne af den fremskudte visitation, når det kommer til økonomi og forebyggelse af indlæggelser, ikke undersøgt. Derfor peges der også fra flere sider (se fx 6-7 på litteraturlisten) på behovet for en mere systematisk viden omkring organisering, erfaringer og effekter af de forskellige former for fremskudt visitation.

## 1.2 Formål

Formålet med KORAs undersøgelse er i forlængelse af ovenstående at skabe en mere systematisk viden, der kan inspirere og kvalificere andre kommuners arbejde med forløbskoordination i snitfladen mellem hospital og kommune. Samtidig er målet at kunne give en kvalificeret vurdering af resultater og omkostninger ved de undersøgte modeller for forløbskoordination. Undersøgelsen hviler derfor på tre ben, der undersøger a) organiseringen og det faglige samarbejde, b) patientperspektiverne og c) effekterne af de fire modeller for forløbskoordination. De tre ben og deres specifikke fokuspunkter præsenteres nedenfor:

**Udvikling og organisering af forløbskoordination ved udskrivelse fra hospital:** Gennem interview og gennemgang af relevant skriftligt materiale undersøger vi, hvordan de kommunale modeller for forløbskoordination er udviklet, organiseret, bemanded og ledet, samt hvordan de ansvarlige medarbejdere opsporer patienter og konkret arbejder med at skabe sammenhæng i forløb. Samtidig undersøges det, i hvilket omfang relevante fagpersoner oplever, at funktionerne bidrager til bedre samarbejde og øget kvalitet for patienterne.

**Patienter og pårørendes perspektiver på forløbskoordination:** Gennem interview med patienter og pårørende undersøges det, hvorfor og hvordan de oplever bedre kommunikation, inddragelse og sammenhæng, når der bliver koblet forløbskoordination på deres forløb. Denne viden anvendes dels til at validere fagpersonernes vurderinger, dels som selvstændig viden, der kan kvalificere det fremadrettede arbejde med forløbskoordination for særligt sårbare ældre medicinske patienter.

**Effekter og omkostninger forbundet med forløbskoordination:** I forhold til effekterne af fremskudt visitation gennemføres en registerbaseret analyse på patientniveau. Det undersøges, om patienterne, der modtager fremskudt visitation (fysisk møde med visitator inden udskrivelse), har færre genindlæggelser inden for 30 dage end andre patienter. Omkostninger ved interventionen opgøres på baggrund af spørgeskemadata og omkostningsmæssige effekter ved evt. ændret brug af sundhedsvæsenets ydelser hentet fra nationale registre. Med udgangspunkt heri vurderes, hvorvidt de undersøgte modeller for fremskudt visitation kan forebygge genindlæggelser, og om modellerne er omkostningseffektive.

## 1.3 Undersøgelsens datagrundlag og gennemførelse

### 1.3.1 Udvælgelse af cases

De fire cases er udvalgt med afsæt i en kortlægning af regionale og kommunale modeller for forløbskoordination, som KORA gennemførte i efteråret 2013. Kortlægningen var baseret på:

1. Ti gruppeinterview – to i hver af de fem regioner – med kommunale og regionale DÆMP-ansvarlige ledere/nøglepersoner.
2. En efterlysning efter relevante indsatser, som er udsendt til de regionale og kommunale ledere/nøglepersoner, der er formelt ansvarlige for lokal udmøntning af DÆMP-indsatsen

Kortlægningen fandt frem til 14 potentielle indsatser, som blev undersøgt nærmere ved hjælp af dokumentgennemgang og telefoninterview med projektansvarlige ledere og medarbejdere. Herefter blev de 14 indsatser drøftet og sorteret ned til følgende fire – på baggrund af dialog mellem KORAs projektleder og DÆMP-indsatsens følgegruppe:

- Gribskov Kommunes fremskudte visitation på Hillerød Hospital
- Skanderborg Kommunes brobyggerfunktion på Hospitalsenheden i Horsens
- Vejle Kommunes forløbskoordinatorer på Vejle Sygehus
- Lolland Kommunes fremskudte visitation på Nykøbing Falster Sygehus.

De fire cases, der undersøges, er valgt ud fra kriterier om, at:

- modellerne for forløbskoordination skal leve op til intentionerne med DÆMP-indsatsen
- der skal være en tro på, at indsatsen indebærer bedre koordinerede forløb for den pågældende patientgruppe
- projektejeren skal kunne sikre, at relevante fagpersoner, ledere og patienter deltager i interview
- projektejeren skal kunne levere CPR-nr. på samtlige patienter, som har modtaget indsatsen (forløbskoordination) inden for en given periode
- projektejeren skal kunne levere et skøn over de samlede direkte udgifter til indsatsen i den pågældende periode (konsekvenser for budget/regnskab)
- antallet af patienter (CPR-nr.) skal være så stort som muligt for at øge styrken i de statistiske analyser.

Hver case er belyst med afsæt i a) gennemgang af skriftligt materiale og interview med relevante fagpersoner og ledere fra begge sektorer, b) interview med patienter og pårørende og c) individ-baserede register- og omkostningsanalyser. De forskellige datakilder præsenteres nedenfor sammen med de metodiske overvejelser omkring det indsamlede datagrundlag.

### 1.3.2 Organisering, udvikling og erfaringer med fremskudt visitation

Der er gennemført to interviewrunder med relevante ledere og medarbejdere på tværs af sektorer fra hver af de undersøgte cases. Første runde blev gennemført i september 2014 og havde særligt fokus på udvikling og opstart af de fremskudte funktioner samt ledelsernes rolle med at skabe rammerne for de udførende medarbejders samarbejde. Anden runde blev gennemført i september 2015, og her var der særligt fokus på det konkrete arbejde med forløbskoordination og konkrete erfaringer fra samarbejdet mellem de involverede professionelle samt mellem professionelle og patienter/pårørende.

Fordelingen af interviewpersoner på tværs af cases og sektorer for hver af de to runder fremgår af Tabel 1.1 og Tabel 1.2 nedenfor:

**Tabel 1.1** Fordeling af interviewpersoner september 2014

	Gribskov	Vejle	Skanderborg	Lolland
Kommunale ledere	1	2	3	4
Kommunale medarbejdere i fremskudt funktion	2	2	2	2
Kommunale udførere som samarbejder med fremskudt funktion	2	2	2	2
Hospitalsansatte ledere	2	2	2	1
Hospitalsansatte medarbejdere som samarbejder med fremskudt funktion	4	5	5	4
<b>I alt</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>13</b>

**Tabel 1.2** Fordeling af interviewpersoner september 2015

	Gribskov	Vejle	Skanderborg	Lolland
Kommunale ledere	1	2	2	4
Kommunale medarbejdere i fremskudt funktion	2	2	2	2
Kommunale udførere som samarbejder med fremskudt funktion	2	4	2	2
Hospitalsansatte ledere	2	2	2	1
Hospitalsansatte medarbejdere som samarbejder med fremskudt funktion	3	4	2 <sup>4</sup>	0 <sup>5</sup>
<b>I alt</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>9</b>

Resultaterne fra de to interviewrunder er i efteråret 2015 skrevet sammen til et materiale, der giver et billede af, hvordan fagpersonerne oplever samarbejdet om forløbskoordination. Herunder afdækker vi specifikt hvorvidt og hvordan<sup>6</sup>:

- Baggrunden for, at der arbejdes med fremskudt visitation, samt hvordan opstarten af funktionen er grebet an
- Relevante patienter opspores, og hvordan koordinationsforløb startes og gennemføres
- Den fremskudte visitation spiller sammen med MedComs fire hjemmepleje-hospitalsmeddelelser, og hvilken betydning disse har for den tværgående kommunikation og koordinering
- Den fremskudte visitation understøtter involvering og samarbejde med patienter og pårørende
- I hvilket omfang og hvordan den fremskudte visitation spiller sammen med opfølgende hjemmebesøg ved hjemmesygepleje og egen læge.

### 1.3.3 Patienter og pårørendes perspektiver på fremskudt visitation

I september 2015 er der gennemført 26 telefoninterviews med patienter og pårørende fra de fire cases. Patienterne er udvalgt af de medarbejdere, som arbejder i de fremskudte funktioner, og efter at der er indhentet informeret samtykke, har KORA fået kontaktoplysninger og lavet interviewaftaler med de enkelte patienter. Alle interviewdeltagere er anonyme. Derfor anvender vi,

<sup>4</sup> Tre af de medarbejdere, der var lavet aftaler med, mødte ikke op til interviewet.

<sup>5</sup> Grundet travlhed havde Nykøbing Falster Sygehus ikke mulighed for at afsætte medarbejderressourcer til at deltage i anden interviewrunde.

<sup>6</sup> Eksempler på interviewguides er vedlagt som bilag 1 og 2.

når vi bruger citater, fiktive navne på patienter og pårørende, for at det skal være muligt at følge med i, hvem der siger hvad.

Formålet med interviewene er få et indblik i, hvordan patienter og pårørende oplever mødet med den fremskudte visitation. Herunder har vi specifikt spurgt ind til, om patienter og pårørende oplever at<sup>7</sup>:

- Blive tilstrækkeligt informeret og forberedt på det videre forløb.
- Blive inddraget, når der skal træffes beslutninger vedrørende tilrettelæggelse af forløbet.
- Forløbet tilrettelægges efter patientens ønsker, behov og ressourcer.
- Der har manglet koordinering eller samarbejde i forløbet.

#### 1.3.4 Undersøgelse af effekter og omkostninger

De udførende medarbejdere fra de fire undersøgte cases har i en afgrænset periode<sup>8</sup> indsamlet CPR-numre på alle de patienter, der har modtaget forløbskoordination i forbindelse med deres indlæggelse og udskrivelse. Datasæt er efterfølgende sendt til KORA med følgende variable:

- CPR-nr.
- Kommunernr.
- Dato for udskrivelse fra sygehus (efter forløb med udskrivningskoordination)
- Sygehus, som patienten er udskrevet fra (efter forløb med udskrivningskoordination)
- Deltagelse af pårørende (fysisk til stede ved møde med patienten).

De indsamlede patientdata er koblet til data fra Landspatientregisteret (LPR) på Sundhedsdatastyrelsens forskermaskine for at undersøge, om og i hvilket omfang de fire modeller for forløbskoordination reducerer andelen af patienter, som genindlægges inden for 30 dage, sammenlignet med en statistisk konstrueret kontrolgruppe.

Data om meromkostningerne ved de fire modeller for forløbskoordination er indsamlet ved spørgeskema og fra DRG-grupperet LPR.

#### 1.3.5 Om de anvendte metoder

**Behandling og præsentation af interviewdata:** Alle interview er optaget elektronisk og udskrevet af en studentermedarbejder, hvorefter de er anvendt som afsæt for analyse og citat. Gennem rapporten anvender vi citater, der illustrerer de temaer, problemstillinger og pointer, der er drøftet via interview. Citaterne bliver anvendt uden angivelse af konkret informant, men vi angiver, hvilken sektor og/eller faggruppe informanten repræsenterer.

**Patientinterviewenes udsigelseskraft:** Der er gennemført seks-syv interviews i hver af de undersøgte kommuner. Det betyder, at datagrundlaget ikke er stort nok til at drage generelle konklusioner omkring patienternes oplevelse af fremskudt visitation i hver enkelt af de undersøgte kommuner. Interviewene tjener derfor som illustration af de forskellige perspektiver, som patienter og pårørende har på mødet med visitatorerne og overgangen fra hospital til kommune, samt som en validering af fagpersonernes udsagn.

---

<sup>7</sup> Den anvendte interviewguide er vedlagt som bilag 3.

<sup>8</sup> Perioden omfatter som minimum september 2014 – maj 2015. Periode og antal observationer for hver case er rapporteret i kapitel vedr. den pågældende case.

Det gælder også på tværs af interviews, at patienterne i højere grad er optaget af deres aktuelle situation og praktiske problemer end de samtaler, der er foregået under indlæggelsen. Mange har også svært ved at huske, hvad der er sket og/eller svært ved at skelne mellem de forskellige fagpersoner, som de har været i kontakt med, og hvad kontakten har handlet om. Det betyder, at der er temaer – især vedr. patientinddragelse og egen rolle i forhold til at koordinere forløbet – som mange interviewpersoner har haft svært ved at forholde sig til.

**Registeranalyser mv.:** Effekten af fremskudt visitation analyseres ved registeranalyse. Effektmålet er andel af genindlæggelser inden for 30 dage. Genindlæggelser er defineret bredt som enhver indlæggelse, der finder sted inden for 30 dage efter udskrivelse, uanset aktionsdiagnose og på hvilket sygehus indlæggelsen finder sted. Der foretages subgruppeanalyse for akutte genindlæggelser.

Effekten estimeres ved at sammenligne indlæggelser, hvor patienten har modtaget fremskudt visitation (oplysninger om CPR-nr. på disse personer er indsamlet fra de fire deltagende kommuner, jf. ovenfor), og indlæggelser, hvor det antages, at patienten ikke har modtaget indsatsen.

Studiepopulationen omfatter alle borgere, som er over 65 år, og som er udskrevet til hjemmet<sup>9</sup> efter indlæggelse på somatisk sygehusafdeling i perioden fra 1. januar 2014 til 31. maj 2015.

Interventionsgruppen består af indlæggelser af patienter over 65 år bosiddende i Gribskov, Lolland, Skanderborg og Vejle Kommuner, hvor der er ydet fremskudt visitation.

Kontrolgruppen er konstrueret statistisk, således at den består af indlæggelser af patienter, som ligner interventionsgruppen, men hvor det antages, at der ikke er ydet fremskudt visitation. Kontrolgruppen er udvalgt ved propensity score matching blandt de patienter over 65 år, der har været indlagt på en somatisk sygehusafdeling, men som *ikke* er bosiddende i en af de fire casekommuner (Gribskov, Lolland, Vejle og Skanderborg). Der er anvendt nearest neighbour propensity score matching med tilbagelægning, og for hver indlæggelse i interventionsgruppen er der udvalgt 10 indlæggelser til kontrolgruppen. Der er anvendt følgende matchingkriterier: Køn, alder, indlæggelsesmåde (akut versus ikke akut), udskrivningsmåde, antallet af dage, som patienten har været indlagt i forbindelse med den aktuelle indlæggelse, og antal indlæggelser i det forløbne år for den pågældende patient. Metoden sikrer, at interventions- og kontrolgruppen ligner hinanden for så vidt angår disse kriterier. Kvaliteten af matchingen bedømmes ud fra beregninger af den standardiserede difference mellem patienter i interventions- og kontrolgruppen. En standardiseret difference på under 10 % betragtes normalt som acceptabel (15).

De valgte matchingkriterier afspejler, hvor syg den pågældende patient er, herunder sandsynligheden for genindlæggelse. Der er ikke matchet på geografi, fordi vi ønsker at sammenligne indsatserne i de fire casekommuner med et landsgennemsnit for at udligne effekter af forskellige kommunespecifikke tiltag i kontrolkommuner.

For hver af de fire kommuner (modeller for forløbskoordination) og for kommunerne samlet set besvares følgende spørgsmål:

1. Hvordan påvirker fremskudt visitation sandsynligheden for genindlæggelse inden for 30 dage efter udskrivelse?
2. Hvordan påvirker fremskudt visitation omkostningerne forbundet med genindlæggelse inden for 30 dage efter udskrivelse, herunder samlede hospitalsomkostninger og hospitalsomkostninger finansieret af kommunerne via den kommunale medfinansiering?

---

<sup>9</sup> Patienter, som udskrives til hjemmet, afgrænses som patienter, hvor variabelen udskrivningsmåde (UDM) antager en af følgende værdier: 1 (afsluttes til alment praktiserende læge), 2 (afsluttes til praktiserende speciallæge), A (andet), K (afsluttes til sygehusafsnit (hjemmet)) og L (afsluttes til sygehusafsnit, venteforløb (hjemmet)).

3. Hvilke meromkostninger indebærer fremskudt visitation for kommunerne i form af ekstra tidsforbrug mv.?

Ad spørgsmål 1) Forskellen i sandsynligheden for at blive genindlagt inden for 30 dage blandt patienter interventions- og kontrolgruppen estimeres, og det undersøges, om forskellen er statistisk signifikant (5 %-signifikansniveau). Analysen baseres på data fra Landspatientregisteret (LPR). Analysen gennemføres for hver af de kommunale indsatser for sig og for kommunerne under ét. Der gennemføres subgruppeanalyser for akutte indlæggelser og indlæggelser, hvor pårørende har deltaget i møde med fremskudt visitator. Subgruppeanalysen vedr. pårørende gennemføres kun for kommunerne under ét for at sikre, at populationen har en vis størrelse.

Ad spørgsmål 2) Forskellen i omkostninger til genindlæggelser inden for 30 dage blandt patienter interventions- og kontrolgruppen estimeres, og det undersøges, om forskellen er statistisk signifikant (5 %-signifikansniveau). Omkostningerne opgøres dels som de samlede hospitalsomkostninger opgjort i årets DRG-takster (variabel: totpris\_genop) og dels som hospitalsomkostninger finansieret af kommunerne via den kommunale medfinansiering (variabel: kompris). Analysen baseres på data fra LPR og DRG-grupperet LPR. Analysen gennemføres for hver af de kommunale indsatser hver for sig og for kommunerne under ét.

Ad spørgsmål 3) Meromkostninger til drift og udvikling af fremskudt visitation er estimeret på baggrund af oplysninger fra de fire casekommuner indsamlet ved spørgeskema. Opgørelsen er afgrænset til personaleomkostninger i kommunerne, da det vurderes at være den største post. Evt. meromkostninger for hospitalerne forbundet med fremskudt visitation indgår ikke. Hver casekommune har skønnet over kommunens tidsforbrug for leder og medarbejdere til drift af fremskudt visitation i en typisk måned og skønnet over, hvad tidsforbruget til udskrivningskoordination ville have været, hvis kommunen ikke havde haft indsatsen. Tilsvarende har kommunen så vidt muligt skønnet over tidsforbrug til udvikling af indsatsen. KORA har beregnet meromkostningerne til drift og udvikling af fremskudt visitation som ekstra tidsforbrug opgjort i timer gange enhedsomkostningen pr. time angivet i Tabel 1.3. Enhedsomkostningen omfatter både direkte og indirekte lønomkostninger. Direkte lønomkostninger er beregnet ud fra oplysninger om den gennemsnitlige bruttoløn i januar 2016 for ledende sygeplejersker og sygeplejersker ansat i kommunerne indhentet fra Det Fælleskommunale Løndatakontor ([www.fldnet.dk](http://www.fldnet.dk)). Der forudsættes en årlig effektiv arbejdstid på ca. 1.500 timer pr. årsværk (1.924 timer (52 uger × 37 timer) minus ferie, helligdage og fravær som følge af sygdom). De indirekte lønomkostninger (overhead) er skønsmæssigt fastsat til 20 %.

**Tabel 1.3** Antagelser om enhedsomkostninger for personale

	Gennemsnitlig bruttoløn pr. måned*	Effektiv arbejdstid pr. år	Enhedsomkostning pr. time, ekskl. overhead	Enhedsomkostning pr. time, inkl. 20 % overhead
Ledende sygeplejerske	48.647 kr.	1.500 timer	389,18 kr.	467,01
Sygeplejerske	37.140 kr.	1.500 timer	297,12 kr.	356,54

Kilde: \*) Det Fælleskommunale Løndatakontor ([www.fldnet.dk](http://www.fldnet.dk)), SIRKA: Gennemsnitlig bruttoløn for ansatte i kommuner fordelt på stillinger, januar 2014.

Hvis registeranalysen viser en statistisk signifikant forskel i andelen af patienter, som genindlægges i interventions- og kontrolgruppen, jf. spørgsmål 1 ovenfor, gennemføres en cost-effectiveness analyse. I cost-effectiveness analysen sammenholdes det estimerede antal undgåede genindlæggelser med omkostningerne ved fremskudt visitation, som omfatter både meromkostninger ved selve interventionen (driftsomkostninger ved fremskudt visitation – udviklingsomkostninger medregnes ikke) og mindreomkostninger ved færre genindlæggelser. Cost-effectiveness analysen gennemføres ud fra kommunens perspektiv.

Meromkostninger ved fremskudt visitation beregnes som et gennemsnit pr. indlæggelse. Mer-/mindreomkostninger ved genindlæggelser opgøres for en periode på 30 dage efter udskrivelse. Alle værdier opfattes som angivet i nutidsværdi, da tidshorisonten for analysen er kort.

**Metodebegrænsninger i analysen af omkostninger og effekter:** Det anvendte design for registeranalysen (propensity score matching) er internationalt anerkendt, fordi brug af propensity score matching reducerer risikoen for confounding<sup>10</sup>. Confounding kan opstå, hvis patienterne i interventionsgruppen adskiller sig systematisk fra kontrolgruppen på andre faktorer, end hvorvidt de har modtaget fremskudt visitation. Hvis patienterne i interventionsgruppen fx er mere syge end patienterne i kontrolgruppen, vil patienter i interventionsgruppen have større sandsynlighed for genindlæggelse uafhængigt af, om de får fremskudt visitation eller ej. Omvendt vil patienterne i interventionsgruppen have mindre sandsynlighed for genindlæggelse, hvis de generelt er mere selvhjulpne end kontrolgruppen. Brug af propensity score matching reducerer risikoen for confounding ved at sikre, at fordelingen af potentielle confoundere (matchingkriterier) er ens i interventions- og kontrolgruppen. Der er dog fortsat risiko for ukendt confounding, hvis patienterne i interventionsgruppen adskiller sig systematisk fra kontrolgruppen på andre faktorer end dem, som er afspejlet i matchingkriterierne.

Det kan ikke udelukkes, at nogle patienter i kontrolgruppen har fået fremskudt visitation eller andre lignende kommunespecifikke indsatser med henblik på at forebygge genindlæggelse. Denne form for bias (forurening af kontrolgruppen) slører effekten af indsatsen og gør det mere vanskeligt at påvise statistisk signifikante effekter. Risikoen for bias som følge af særlige kommunespecifikke tiltag er forsøgt reduceret ved at rekruttere patienter til kontrolgruppen fra kommuner i hele landet.

Det skal bemærkes, at opgørelsen af meromkostninger ved drift og udvikling af fremskudt visitation er forbundet med usikkerhed. Opgørelsen er som tidligere nævnt baseret på oplysninger fra de fire casekommuner indsamlet ved spørgeskema. I dette spørgeskema har kommunerne skønnet over ekstra tidsforbrug til drift af indsatsen i en typisk måned og samlet ekstra tidsforbrug til udvikling af indsatsen. Usikkerheden i opgørelsen af meromkostninger til drift af indsatsen relaterer sig særligt til kommunernes skøn over det kontrafaktuelle tidsforbrug, det vil sige tidsforbruget til udskrivningskoordination, hvis kommunen ikke havde haft fremskudt visitation. Usikkerheden i opgørelsen af meromkostninger til udvikling af indsatsen skyldes, at det er vanskeligt at skønne over tidsforbrug tilbage i tid.

Endelig skal det fremhæves, at analysen fokuserer på genindlæggelser. Det betyder, at analysen ikke undersøger mulige effekter af fremskudt visitation på fx antallet af ventedage (dvs. antallet af dage, hvor borgere er indlagt på sygehuset, efter at de er færdigbehandlede), visitation af praktisk hjælp og personlig pleje, hjælpemidler og boligændringer samt brug af kommunale aflastningspladser.

## 1.4 Rapportens opbygning og læsevejledning

Resten af rapporten er opbygget som følger:

**Kapitel 2-5** præsenterer hver af de undersøgte modeller for forløbskoordination. Hvert kapitel består af tre dele, der med udgangspunkt i organisations-, patient- og registerundersøgelserne beskriver erfaringer og resultater fra den enkelte case.

---

<sup>10</sup> Confounding betyder forveksling eller sammenblanding af årsager. Hvis interventionsgruppen adskiller sig systematisk fra kontrolgruppen på en eller flere parametre, udover at de har modtaget fremskudt kommunal udskrivningskoordination, kan disse parametre være årsag til evt. forskelle i outcome mellem de to grupper.



**Kapitel 6** sammenfatter og diskuterer resultaterne på tværs af de fire cases, mens **kapitel 7** opstiller undersøgelsens konklusioner og anbefalinger.

## 1.5 Læsevejledning

Rapporten kan læses på to måder:

- *Den særligt interesserede læser* – fx visitatorer og driftsledere, der er direkte involveret i udvikling/drift af fremskudt udskrivningskoordination på hospitalsafdelinger – kan læse casebeskrivelserne i deres fulde længde i kapitel 2-5.
- *Den travle læser* – der først og fremmest har brug for et overblik over erfaringerne med fremskudt visitation – kan vælge at springe kapitel 2-5 over og i stedet gå direkte til den tværgående opsamling i kapitel 6 samt konklusioner og anbefalinger i kapitel 7.

## 2 Fremskudt visitation i Gribskov Kommune

### 2.1 Resultater fra organisationsundersøgelsen

#### 2.1.1 Baggrund, formål og målgruppe

Gribskov Kommune besluttede i april 2011 at afprøve fremskudt visitation på Hillerød Hospital. **Baggrunden** for funktionen er opsummeret i nedenstående citat fra en af de kommunale visitatorer, der arbejder i den fremskudte visitation:

*Det var fordi vi havde problemer med udskrivelserne. Det var svært at få en fornemmelse for, hvordan patienten havde det, når vi bare sad i den anden ende af en telefon og fik det beskrevet. Vi havde en fornemmelse af, at vi kunne gøre det bedre for patienten og de pårørende, hvis vi så dem allerede på sygehuset. Vi ville også blive bedre til at få hjælpemidler ordentligt på plads og få en mere kvalificeret dialog om, hvorvidt patienten nu også var udskrivningsparat, selvom sygehuset sagde det. Endelig havde vi en fornemmelse af at de midlertidige pladser kunne bruges bedre og mere målrettet.*

Som det fremgår af citatet, manglede kommunen viden om indlagte patienters situation, ligesom der ofte var problemer med at få visiteret ydelser, der matchede patientens faktiske behov ved udskrivelsen. Samtidig var der en oplevelse af, at nogle patienter blev udskrevet for tidligt, og/eller at hospitalet vidste for lidt om, hvor meget hjælp kommunen kunne tilbyde i patientens eget hjem. Disse forhold betød tilsammen, at de kommunale aflastningspladser var overbooket – dels med komplekse patienter, der (for) ofte blev genindlagt kort tid efter udskrivningen, og dels med patienter, der kunne være udskrevet til eget hjem i stedet for en midlertidig plads.

De **organisatoriske og faglige mål** for den fremskudte visitation var derfor at:

- Få en mere rettidig, målrettet og kvalificeret kommunikation om patientens funktionsniveau
- Inddragelse og bedre forventningsafstemning med indlagte patienter og deres pårørende
- De visiterede ydelser ved udskrivning er mere målrettede den enkelte patients behov
- Færre patienter udskrives til en midlertidig plads, hvilket mindsker antallet af ventedage på hospitalet og reducerer antallet af genindlæggelser fra de midlertidige pladser
- Der kommer øget opmærksomhed på patientens rehabiliteringspotentiale – og derfor flere visitationer til hverdagsrehabilitering
- Hospitalspersonale og kommunale visitatorer oplever det direkte samarbejde om udskrivningen som meningsfuldt og relevant.

**Målgruppen** for Gribskovs fremskudte visitation er voksne patienter, der er indlagt på somatiske afdelinger på Hillerød Hospital. De kommunale visitatorer besøger således alle patienter, som skal ny- eller revisiteres til hjemmepleje efter en indlæggelse. Det betyder, at patienter, der efter korte indlæggelser udskrives til uændret hjælp, ikke modtager visitationsbesøg, medmindre hospitalet aktivt kontakter den fremskudte visitation.

Herudover er der, i takt med at den fremskudte visitation er blevet kendt på hospitalet, tilkommet en mindre gruppe af patienter, som ikke har været indlagt: Det drejer sig om patienter, der har været til ambulans undersøgelse eller kontrol på Hillerød Hospital, og hvor hospitalet vurderer, at der er et behov for justering af den kommunale indsats. I disse tilfælde er hospitalspersonalet begyndt at kontakte den fremskudte visitation telefonisk, hvorefter visitatoren går videre med sagen i kommunen – fx ved at aftale et visitationsbesøg i eget hjem.

### 2.1.2 Udvikling og opstart af den fremskudte visitation

I udgangspunktet var det Gribskov Kommune, der udarbejdede en projektbeskrivelse, som beskrev principper og formål med den fremskudte visitation og med det afsæt henvendte sig til hospitalet for at drøfte muligheden for fremskudt visitation. De involverede ledere og medarbejdere husker, at hospitalets ledelse til at starte med var bekymrede for, om den fremskudte visitation ville forstyrre personalet på hospitalsafdelingerne. Dette var særligt aktuelt, fordi:

*Vi har otte kommuner i optageområdet. Så der kunne potentielt gå mange ressourcer fra patienterne, hvis de alle begyndte at sende visitatorer ind på afdelingerne. (Hospitalsansat chef)*

Derfor blev der som forarbejde til den nye funktion holdt en række dialogmøder med hospitalets medarbejdere for at få deres perspektiver på initiativet. Møderne viste, at medarbejderne ønskede et mere direkte samarbejde med de kommunale visitatorer for at give patienterne et bedre udskrivningsforløb. Det blev dog også klart, at der var en række praktiske problemer omkring opsporing af patienter, udveksling af oplysninger og persondatasikkerhed for de indlagte patienter, der ikke var fra Gribskov Kommune:

*Det var formalia omkring arbejdsgangene, som gjorde det svært at se, hvordan det skulle lykkes. Vi har stor opmærksomhed på at sikre de indlagte patients persondata – så visitatorerne kan ikke bare gå ind på vores vagtstuer og se på vores oversigts-tavler for at finde frem til deres patienter. Det havde også betydning, at vi ikke var vant til at tænke i kommuner på den måde. (Hospitalsansat chef)*

På baggrund af de tvivlsspørgsmål, der var om den praktiske organisering af den fremskudte visitation, blev det besluttet at organisere indsatsen som et projekt, der skulle evalueres efter et halvt år. Projektet var forankret i en projektgruppe med ledere og medarbejdere fra både kommune og hospital. Projektgruppen havde til opgave at forberede den fremskudte visitations opgaver og samarbejde samt at evaluere projektet.

### 2.1.3 Organisering, opgaver og bemanning af den fremskudte visitation

**Teamorganisering:** Den fremskudte visitation blev fra starten bemannet med tre af de visitatorer, der i forvejen arbejdede med udskrivninger i Gribskov Kommune<sup>11</sup>. Der blev således lagt vægt på, at medarbejderne skulle være erfarne i forhold til udskrivningssamarbejdet. Samtidig blev teamorganiseringen valgt for at gøre funktionen robust over for sygdom, ferie og personaleudskiftning, samt for at visitatorerne skulle have kolleger at sparre med under udviklingen af funktionen. Begge dele har ifølge de involverede fungeret efter hensigten.

**Fire ugers vagtrul:** I starten var der ikke faste planer for, hvornår visitatorerne skulle være på hospitalet, og hvornår de skulle være i kommunen. I løbet af opstartsperioden blev der dog indført et fast rul, hvor de fire visitatorer skiftes til at være en hel uge ad gangen på hospitalet efterfulgt af tre uger i kommunen.

Visitatorerne og deres leder fortæller, at ugerne hjemme i kommunen er vigtige for at bevare tilknytningen til et kollegialt fællesskab. Både ledere og medarbejdere finder det også vigtigt at vedligeholde visitatorernes viden om udviklingen i kommunen og det kommunale serviceniveau, som der visiteres ud fra. Endelig giver det faste rul den fordel, at visitatoren på hospitalet har kollegaer hjemme i kommunen, der kender arbejdet i den fremskudte visitation og derfor er gode til at understøtte arbejdet inde på hospitalet.

---

<sup>11</sup> I sommeren 2014 blev temaet udvidet med en ekstra visitator, så der i dag er fire.

I forhold til de faglige mål for den fremskudte visitation understreges det også, at den ugebase-rede bemanning giver en personkontinuitet og fleksibilitet, der understøtter patientinddragelse og planlægning af udskrivelsen.

#### 2.1.4 Erfaringer fra opstarten af den fremskudte visitation

De første dage med fremskudt visitation fulgtes visitatorerne rundt på de somatiske sengeafdelinger. Formålet var at introducere funktionen til hospitalspersonalet samt at give visitatorerne en fælles forståelse for opgaven. Visitatorerne fulgtes dog kun ad i to dage, da de – qua deres erfaringer med udskrivningskonferencer – *hurtigt fik en fælles fornemmelse for, hvordan opgaven skulle gribes an.*

Visitatorerne fortæller, at de – jf. bekymringen for den fremskudte visitation som et forstyrrende element – var – og stadig er – opmærksomme på ikke at belaste personalet på hospitalsafdelingerne unødigt:

*Vi har hele tiden været opmærksomme på ikke at fylde for meget – og ikke kræve for meget, når vi kommer på afdelingerne. Vi ved jo godt, hvor travlt de har, og der er rigtigt meget af visitationen, vi kan klare selv – fx se i vores egne patienter, tale med patient og pårørende, inden vi koordinerer med en sygeplejerske på afdelingen.*

Visitatorerne lægger således vægt på at være velforbredte, når de kommer på afdelingen – og interviewene viser, at hospitalspersonalet sætter pris på den viden om patienterne, visitatorerne har med – fx om patientens habituelle funktionsniveau og det forløb, der er gået forud for indlæggelsen. Der er således – på tværs af interview – enighed om, at frygten for den fremskudte visitation som et forstyrrende element i det store hele har været ubegrundet. De hospitalsansatte oplever således i høj grad den fremskudte visitation som en hjælp:

*De [visitatorerne fra Gribskov, red.] er meget selvkørende og velforbredte, når de kommer på afdelingen. Samtidig aflastes vi, fordi vi slipper for at være mellemed for en masse information, der skal gå fra kommunen til patienten. Vi slipper for at komme ind til en utryk patient, hvor vi ikke kan give klare svar, fordi vi først skal kontakte den ene og den anden... Visitatoren har meget bedre styr på, hvad kommunen kan tilbyde, og de kan forklare det på en måde, der giver mening for patienten. (Hospitalssygeplejerske)*

Samlet set er oplevelsen også, at der blev taget godt imod visitatorerne, og at hospitalspersonalet hurtigt fik en række positive samarbejdsoplevelser med kommunen. Det betød også, at visitatorerne relativt hurtigt begyndte at komme fast på alle hospitalets sengeafdelinger. Dog kommer visitatorerne kun på den akutte modtageafdeling, når de bliver ringet op. Det skyldes, at der er stor travlhed på denne afdeling, samt at fokus i højere grad er på udredning end udskrivning.

På baggrund af de positive erfaringer fra opstarten blev den fremskudte visitation gjort permanent efter projektperioden. Samtidig er der tre andre kommuner i hospitalets optageområde, der har indført lignende ordninger. Alle de øvrige kommuner har besøgt Gribskov for at få inspiration forud for opstarten af deres egen ordning. Det betyder dog ikke, at den kommunale organisering er ens. Hospitalspersonalet oplever således, at kommunernes indsats er organiseret forskelligt – og at det er svært at holde styr på kommunernes forskellige måder at organisere fremskudt visitation på. Det er således kun Gribskov, der har en fast visitator på hospitalet en uge ad gangen, mens da andre kommuner kun kommer i afgrænsede tidspunkter eller forsøger sig med Skype-løsninger.

Som det senere vil blive beskrevet, forbinder hospitalspersonalet Gribskovs organisering af den fremskudte visitation med kontinuitet og fleksibilitet i udskrivningssamarbejdet samt aflastning af hospitalets personale. Derfor ser de gerne, at de tre øvrige kommuner i optageområdet, som arbejder med fremskudt visitation, i højere grad anvender Gribskovs model. Samtidig ønsker de hospitalsansatte, at de fire kommuner, som ikke arbejder med fremskudt visitation, indfører lignende ordninger.

### 2.1.5 Dagligdagens struktur og de konkrete patientrettede opgaver

De næste to afsnit går tæt på de daglige opgaver for den fremskudte visitation. Først beskrives arbejdsdagens overordnede struktur og de overvejelser, interviewpersonerne har om denne. Bagefter beskrives fremgangsmåden for opsporing og afholdelse af samtaler med indlagte patienter.

En typisk arbejdsdag for den medarbejder, der er i den fremskudte visitation på Hillerød Hospital, består af nedenstående i tre hovedblokke:

**Blok 1: Forberedelse og planlægning:** Fra 8-10 planlægges dagens besøgsrunde med afsæt i plejeforløbsplaner og evt. aftaler med pårørende i komplekse forløb. Visitatorerne fortæller i den forbindelse, at de hurtigt lærte, at det ikke giver mening at komme på sengeafdelingerne tidligere end kl. 10.00, da der i dette tidsrum er travlt med morgenrutiner. Visitatorerne har fået et kontor på hospitalet stillet til rådighed, hvor de bruger morgentiden til at forberede dagens besøg.

**Blok 2: Visitationssamtaler og koordinering på hospitalsafdelinger:** Fra 10-14 besøges indlagte patienter på afdelingerne. På en typisk dag besøger visitatoren gennemsnitligt 8 indlagte patienter, og ved 1-2 (typisk komplekse neurologiske forløb e.l.) af besøgene deltager pårørende. Lokale opgørelser viser, at de indlagte patienter gennemsnitligt får 2 besøg<sup>12</sup>, og visitatorerne overleverer ofte patienter til hinanden, når de er indlagt over weekenden. Et patientforløb starter med en visitationssamtale inde hos patienten. Evt. opfølgingsbesøg handler fx om, hvorvidt forløbet går som forventet i forhold til udskrivning, om der er sket ændringer i patientens funktionsniveau, om der er kommet prøvesvar o.l. Opfølgingsbesøgene klares ofte uden at gå ind til patienterne, men fx i komplekse forløb bruges de også til inddragelse af pårørende og patienter.

**Blok 3: Formidling af visitationsafgørelser til udførere:** Fra 14-15.30 dokumenteres de afholdte besøg, og visitationsafgørelser o.l. sendes til relevante udførere i kommunen, således at relevante kontaktpersoner er vidende om, at en patient har været indlagt og kender indholdet af den indsats, der er aftalt efter udskrivelsen.

**Opsporing sker i dag med afsæt i plejeforløbsplaner:** Da den fremskudte visitation startede, blev patienterne opsporet ved, at hospitalsafdelingerne skulle varsle indlagte patienter til den fremskudte visitation – eller ved at den fremskudte visitation selv var opsøgende på hospitalsafdelingerne. Erfaringerne med denne arbejdsgang var, at det langt fra var alle relevante patienter, der blev varslet som aftalt, samt at det opsøgende arbejde var arbejdstungt og potentielt forstyrrende:

*Det var jo svært for afdelingerne at huske at varsle os i alle relevante forløb, så vi gik også op på de afdelinger, hvor vi ikke havde fået et varsel. Men det var ikke hensigtsmæssigt – for så kom vi ind på en afdeling og skulle stå og vente på, at en fra personalet havde tid til at finde ud af, om de havde nogen, og så forstyrrede vi, og det tog alt for lang tid i forhold til, hvad vi fik ud af det. (Kommunal visitator)*

---

<sup>12</sup> Gennemsnittet dækkede i 2013 over en variation mellem 1-13 besøg pr. indlagt borger.

De involverede oplever derfor, at MedComs hjemmepleje- og hospitalsmeddelelser, der blev implementeret i 2013, gav et stort løft i opsporingen af indlagte patienter. Det skyldes, at der indenfor 48 timer skal sendes en plejeforløbsplan fra hospitalet til kommunen – som visitatorerne modtager. Planen indeholder bl.a. nyttige oplysninger om indlæggelsesdiagnose, igangsatte undersøgelser og behandling, hvilken afdeling patienten er på, kontaktoplysninger til afdelingen, den person, der har udfyldt plejeforløbsplanen, og forventet dato for færdigbehandling.

Visitatorerne oplever, at plejeforløbsplanerne giver en god automatik i opsporingen og forberedelse af de visitationssamtaler, der skal holdes med patienten. Samtidig er opgaven mindre forstyrrende, fordi den i modsætning til tidligere løses med afsæt i hospitalsafdelingernes faste arbejds gange.

**Der afholdes så vidt muligt samtaler med indlagte patienter:** Visitatorerne afholder så vidt muligt en visitationssamtale med indlagte patienter. Samtalen søges afholdt ca. tre dage før den forventede udskrivningsdato, der er meldt fra hospitalet:

*Fordi vi ved, at der er så meget, der kan ændre sig undervejs i indlæggelsen, så hvis vi kommer for tidligt på banen, resulterer det i meget dobbeltarbejde. Derfor lægger vi vægt på, at de skal være så langt som muligt i forløbet. (Kommunal visitator)*

Visitatorerne fortæller i forlængelse af ovenstående, at patienterne sjældent udskrives før den forventede udskrivningsdato. Når der sker ændringer, består disse oftest af, at indlæggelsen bliver længere end forventet. I de få tilfælde, hvor indlæggelsen fremskyndes, samt ved korte indlæggelser, hvor hospitalet ønsker at inddrage den fremskudte visitation, kontakter hospitalsafdelingerne visitatorerne på deres mobiltelefon. Som illustreret nedenfor oplever de hospitalsansatte derved, at den fremskudte visitation fremmer fleksibiliteten i udskrivningssamarbejdet:

*De andre kommuner, der har fremskudt visitation, er ikke på hospitalet hver dag. Det fine ved at have Gribskov herinde hele tiden er, at vi kan ringe, hvis der er noget, og så kommer de oftest indenfor 10 minutter. (Hospitalssygeplejerske)*

**Kontakt og samarbejde med personale på hospitalsafdelingerne:** Visitatorerne starter altid et besøg med at melde deres ankomst på afdelingens personalekontor. Her fortæller de, hvem de skal besøge og spørger, om der er noget specifikt, de skal være opmærksomme på. Når det er afklaret – og visitatoren har fået at vide, hvilken stue patienten ligger på – går visitator typisk alene ind til patienten og afholder en visitationssamtale. Efter samtalen kontakter visitatoren igen hospitalspersonalet for at formidle de aftaler, der er lavet med patienten. Undtagelsen til ovenstående er komplicerede forløb og alvorlige diagnoser som terminal cancer eller apopleksi. I disse typer af forløb er der som hovedregel hospitalspersonale med til samtalen – fordi det er vigtigt, at alle parter hører de samme ting og har mulighed for at bidrage med viden under samtalen.

De kommunale visitatorer har forståelse for, at hospitalspersonalet ikke har ressourcer til at deltage i alle visitationssamtaler, men de kunne godt tænke sig, at dette var tilfældet. Det skyldes bl.a., at hospitalspersonalet ikke altid får dokumenteret den mundtlige overlevering i journalerne på en måde, så den næste person, der åbner journalen, forstår, hvad det er, der er aftalt. Som det fremgår af nedenstående citater, er hospitalspersonalet til gengæld meget tilfredse med arbejdsdelingen, som de oplever giver en mere direkte kommunikation – der dels aflaster og dels gavner forløbet for patient og pårørende:

*Det der giver forstyrrelser er, når visitator ringer vedrørende en patient. Og så ringer en pårørende til den samme patient. Og så skal jeg ringe tilbage til visitator osv. Det er enormt forstyrrende at skulle være bindeled i det netværk. (Hospitalssygeplejerske)*

Både hospitalspersonalet og de fremskudte visitatorer vurderer i forlængelse af ovenstående, at patienter og pårørende er mere trygge ved udskrivelsen, når de har været direkte i kontakt med visitatoren.

**Hospitalsansatte udskrivningskoordinatorer:** Indenfor de seneste år er der en række sengeafdelinger på Hillerød Hospital, der har ansat fysioterapeuter. Disse har dels til opgave at understøtte plejepersonalet i at arbejde med aktiverende pleje under indlæggelse. Dels et særligt ansvar for at koordinere udskrivelser, afklare indlagte patienters funktionsniveau, samt at formidle dette i plejeforløbsplaner til kommunerne. De første terapeuter blev ansat som et forsøg, fordi det var svært at rekruttere sygeplejersker. Erfaringerne var dog så positive, at ansættelserne er gjort permanente, ligesom ordningerne er udvidet til en række andre afdelinger.

De gode erfaringer matcher i høj grad perspektiverne på de fremskudte visitatorer fra Gribskov. Der er således på tværs af interview enighed om, at terapeuterne:

- Er en kilde til kontinuitet, fordi de er på arbejde i dagtimerne alle ugens dage. Derved har de et godt overblik over den enkelte patients forløb i løbet af indlæggelsen og god mulighed for at være tilgængelige for de fremskudte visitatorer.
- Opnår stor rutine i at planlægge udskrivelser, bestille hjælpemidler, sørge for genoptræningsplaner og lave fyldestgørende beskrivelser af patienternes funktionsniveau.

Der peges således på, at terapeuterne styrker kommunikation og samarbejde i de komplekse udskrivningsforløb.

### 2.1.6 Perspektiver på samarbejdet med de forskellige afdelinger på hospitalet

Som tidligere nævnt kommer visitatorerne på alle hospitalets afdelinger, og det har vist sig, at der er forskel på samarbejdet samt fordelingen af patienter mellem de forskellige afdelinger. Overordnet skelner visitatorerne mellem medicinske og kirurgiske sengeafdelinger og hospitalets akutmodtagelse. Overvejelserne om samarbejdet med forskellige typer af afdelinger er sammenfattet nedenfor.

**Samarbejdet med Akutmodtagelsen:** Fra starten var der fra kommunens side et ønske om, at den fremskudte visitation også skulle arbejde i akutmodtagelsen, da der opstod mange utilsigtede hændelser i udskrivningen af patienter herfra. Den interviewede hospitalsleder er enig i, at:

*Netop svingdørspatienterne i akutmodtagelsen udgør et vigtigt område, som også har behov for at få koordineret udskrivningen, selvom de kun har ligget en dag. Derfor bør der være plads til fremskudt visitation i akutmodtagelsen. (Hospitalschef)*

Derfor var der i opstartsfasen fokus på, at visitatorerne skulle besøge akutafdelingen, men i praksis har det vist sig, at forventningerne til samarbejdet ikke er opfyldt, og det er kun ca. 5 % af patientforløbene, der kommer fra akutafdelingen. Den kommunale leder forklarer i den forbindelse, at:

*En overgang havde vi meget fokus på overgangen fra akutafdelingen, men det skred ud igen, fordi der er meget travlt, og man tænker ikke i udskrivning, før man har en diagnose. Så det kunne ikke betale sig, og de [visitatorerne, red.] kom hurtigt væk derfra igen. (Kommunal chef)*

Visitatorernes egen erfaring var også, at de let blev et forstyrrende element, når de forsøgte at arbejde opsøgende i akutafdelingen. Derfor er der i stedet etableret en praksis, hvor akutafdelingen på ad hoc basis ringer til visitatorerne, når de udskriver patienter, der har brug for særlig opmærksomhed fra kommunens side. Visitatorerne kan, så længe der kun er tale om få henvendelser, som hovedregel nå at besøge patienterne/koordinere udskrivelsen med de kommunale udførere.

Visitatorerne fortæller videre, at samarbejdet med akutafdelingen er med til at gøre en positiv forskel for patienternes udskrivning:

*Når vi går direkte ned på Akutafdelingen, har vi ikke mulighed for at forberede os på samme måde, som når vi har en plejeforløbsplan. Så der handler det meget om at snakke med personalet – og måske også stille nogen modspørgsmål til, om de er sikre på, at det er i orden at udskrive patienten. Der er ofte nogle problematikker, som ikke er helt undersøgt ordentligt. Det kan vi godt for at få noget mere afklaring, og det fungerer fint. Hvis ikke vi var der, ville de blive udskrevet til vanlig hjælp eller en vurdering af plejebehovet i hjemmet. Der bliver vi først opmærksomme på, at der er et problem, når vi modtager patienten. (Kommunal visitator)*

**Samarbejdet med de medicinske og kirurgiske sengeafdelinger:** De medicinske sengeafdelinger står for 66 % af de forløb, som visitatorerne er involveret i, mens de kirurgiske afdelinger står for de sidste ca. 30 %. Begge afdelinger er således vigtige for den fremskudte visitation, og samarbejdet opleves velfungerende, men, som det fremgår af nedenstående citat, også forskelligt:

*Det fungerer meget forskelligt alt efter, hvilken afdeling vi samarbejder med. Neurologisk afdeling er en særligt vigtig samarbejdspartner, fordi de har mange komplekse forløb – og det afspejler sig også i deres tilgang til tværfagligt samarbejde.*

*Afdelingen har et fælles rum, hvor både læger, sygeplejersker og terapeuter sidder. Når jeg kommer derop, så sætter jeg mig som regel bare ned og begynder at tale med en af dem om den patient, det drejer sig om. Så sidder lægen ved siden af og bum – så er de med og begynder at bidrage til samtalen – og så sidder terapeuten ovre i hjørnet og så kommer deres bidrag også med. På den måde bliver det en lille uformel tværfaglig konference, hvor vi får en masse nyttige oplysninger om en patient, der fx har en svær hjerneskade og slet ikke kan svare for sig selv. I de forløb koordinerer vi også inddragelsen af pårørende.*

*Sådan foregår det slet ikke nede på en kirurgisk afdeling. Der taler jeg typisk med en sygeplejerske, og så går vi ind og laver aftalerne sammen med patienten, der oftest godt kan svare for sig selv. Og så overleverer jeg til sygeplejersken igen, når jeg kommer ud fra patienten.*

(Kommunal visitator)

Som det fremgår af citatet er der forskelle mellem afdelingerne, og visitatorerne har også delvist forskellige strategier. Samtidig understreger de, at forskellene ikke er u hensigtsmæssige, fordi der er tale om forskellige patienter med forskellige behov. Det er dog vigtigt at kende afdelingernes forskellige vilkår for samarbejdet, så man ikke forstyrrer eller har urealistiske forventninger:

*Det handler meget om at møde både patienten og hospitalet der – og på en måde – der giver mening for dem. Der er også forskellige vilkår for afdelingerne. Nogle steder*



*er der ikke en stol til overs inde på kontoret, som vi kan sidde på. Andre steder er der god plads til at invitere os ind.*

*Det spiller også ind – nogle gange har de rigtig meget, de gerne vil have at vide fra os, og så bliver vi inviteret ind og sat ned og får kaffe osv. Så det går begge veje med information. Og de passer også godt på deres patienter. (Kommunal visitator)*

### 2.1.7 Fremskudt visitations betydning for samarbejde, kommunikation og patientforløb

De nedenstående afsnit præsenterer interviewpersonernes vurdering af den fremskudte visitations betydning for samarbejde, kommunikation og patientforløb.

**Bedre samarbejdsklima og mere direkte kommunikation:** Interviewpersonerne vurderer på tværs af sektorer, at samarbejdet er blevet bedre, efter at der er kommet fremskudt visitation. Fagpersonerne lægger i den forbindelse særlig vægt på, at de har fået et personligt kendskab til hinanden og en fælles forståelse af, hvordan hhv. hospitalet og kommunen kan hjælpe hinanden med at optimere udskrivningen. Begge parter oplever således, at der er lydhørhed i samarbejdet, samt at det oftest er muligt at finde frem til en løsning i enighed.

Fagpersonerne fortæller også, at den fremskudte visitation i høj grad erstatter telefonkontakterne mellem hospital og kommune. Som det fremgår af nedenstående citater opleves dette positivt - både i forhold til kommunikation og resultater:

*Når vi sidder i telefonen spørger vi meget mere til en masse ting, som hospitalspersonalet skal vurdere. Så det bliver også meget med, at vi skal forestille os, hvordan forløbene kan blive. Det er mere virkeligt, når vi kommer ud og ser patienten, man skal ikke føle sig så meget frem. Det giver os en langt større sikkerhed i de ydelser, vi visiterer til. (Kommunal visitator)*

*Når vi taler i telefonen, bliver det lettere reglerne, der kommer fokus på, og det er svært at formidle, hvor dårligt patienten har det. Det er meget lettere, når de er herinde og selv kan gå ind og se, hvordan patienten har det. Når vi taler sammen personligt, er man også mere fleksibel, og det er lettere at understøtte sine argumenter. (Hospitalssygeplejerske)*

Samtidig oplever de hospitalsansatte, at den telefoniske kontakt om fx indholdet af plejeforløbsplaner er minimeret, efter at Gribskov Kommune indførte fremskudt visitation:

*Det, der ofte irriterer os i kontakten med kommuner, er, når de ringer og spørger ind til det, vi lige har skrevet udførligt i en plejeforløbsplan. Det sker ikke på samme måde med Gribskov – og når der er noget – opleves det ikke på samme måde som en forstyrrelse, når der ansigt til ansigt står en, vi kender, og spørger ind til noget om patienten. (Hospitalssygeplejerske)*

**Større kontinuitet, fleksibilitet og føling med patientforløbet:** Den vigtigste pointe, som både visitatorer og hospitalspersonale ønsker at formidle videre til andre kommuner, der arbejder med fremskudt visitation, knytter til den kontinuitet, det giver, at visitatorerne er en hel uge ad gangen på hospitalet:

*Det at vi er en hel uge ad gangen – og at vi er en person, det giver en større personkontinuitet og bedre forståelse for patientens forløb sammenlignet med, når vi sidder i fronten herhjemme. Inde på sygehuset møder vi mandag og følger det naturlige*

*arbejdsflow på sygehuset. Opstart om mandagen og opbygning af viden om de patienter, der er indlagt hen over ugen og mange udskrivelser sidst på ugen. Det er en mere hel arbejdsproces for os, når vi er i den samme funktion en hel uge, og der er færre overleveringer til vores kolleger. Når vi sidder i fronten ved telefonen i kommunen, er det ligesom om, det er mandag hver dag. (Kommunal visitator)*

I forlængelse af ovenstående fortæller visitatorerne også, at kontinuiteten giver øget fleksibilitet til at tale med det plejepersonale, der rent faktisk ved noget om patienten:

*Når vi kommer på afdelingen, er vi også obs på muligheden for at snakke med den sygeplejerske, der har skrevet plejeforløbsplanen. Og så kan det godt være, at vi vælger at komme igen dagen efter, for at det kan lade sig gøre. Vi har flere strenge at spille på, når vi er derinde, end når vi sidder med det i telefonen.*

**Bedre inddragelse og forventningsafstemning med patienter og pårørende:** Visitatorerne oplever, at den fremskudte visitation giver bedre muligheder for at inddrage pårørende og patienter i planlægning af forløbet. Dels opstår muligheder ad hoc, når der er pårørende på afdelingen ved visitationssamtalen. Dels i de komplekse forløb, hvor visitatoren har *bedre mulighed for at aftale, at de pårørende deltager fra dag til dag – når man ved, at det er en selv, der kommer dagen efter.* Visitatorerne fortæller også, at de pårørende oplever det positivt – og at de bliver positivt overraskede over, at de kan kontakte den fremskudte visitation undervejs i forløbet.

De interviewede kommunale udførere oplever ligeledes, at patienter og pårørende er bedre informeret og har mere realistiske forventninger til hjælpen, når de har været igennem den fremskudte visitation på Hillerød Hospital. På samme måde oplever de kommunale udførere, at vurderingen af funktionsniveau og visiterede ydelser passer bedre i de visitationsafgørelser, der kommer fra den fremskudte visitation, sammenlignet med de patienter, der udskrives på traditionel vis.

De kommunale udførere er derfor også begyndt at anvende den fremskudte visitation proaktivt, når der bliver indlagt patienter, som de gerne vil have ekstra opmærksomhed på i forhold til udskrivelsen:

*Det er fx, hvis det er en, der har været indlagt et par gange, uden at der rigtig er sket noget. Der er det en hjælp at kunne gøre udskrivningskoordinatoren ekstra opmærksom på forløbet. (Kommunal leder)*

### 2.1.8 Udfordringer ved fremskudt visitation

Informanterne oplever ingen egentlige udfordringer ved den model for fremskudt visitation, der er etableret. Det eneste 'problem', som er fremhævet i interviewene, er, at hospitalspersonalet i nogle tilfælde anvender den fremskudte visitation som genvej i udskrivningssamarbejdet. Det sker fx, at udskrivelser bliver adviseret, uden at der er sendt en plejeforløbsplan, eller at visitatorerne i stigende grad kontaktes på telefonen. Visitatorerne forklarer, at dette er en udfordring, fordi:

*Så bliver vi bare ringet op – fordi de har vores nummer i fremskudt visitation – og får at vide, at nu har de en patient, de gerne vil udskrive, og om vi ikke lige kan tale om det. Så står vi oftest hos en anden patient og må stå og skrive en masse ting op af en væg. Så det er ikke altid så belejligt, men selvfølgelig forsøger vi at være meget fleksible og beder om en plejeforløbsplan, og så følger vi hurtigt op på det. Så sker det, at det er i dag, de vil udskrive – og så gør vi lidt ekstra ud at understrege vigtigheden af plejeforløbsplanen.*

De interviewede ledere genkender ovenstående problemstilling og vurderer i den forbindelse, at det er vigtigt løbende at have fokus på den opgavedeling, der er aftalt, for at udskrivningen ikke skrider. Dels fordi der er mange faglige årsager til, at hospitalet skal lave plejeforløbsplaner, og dels fordi den fremskudte visitation hurtigt kan sande til, hvis hospitalsafdelingerne begynder at overføre ekstra opgaver til den.

De interviewede udførere oplever også den fremskudte visitation som et positivt bidrag til udskrivningssamarbejdet, men de understreger samtidig, at der er en række problemstillinger omkring nedenstående forhold, som ikke afhjælpes af den fremskudte visitation:

- Manglende eller fejlbehæftede medicinlister ved udskrivning
- Patienter, der ikke får medicin med hjem til de første tre dage som aftalt
- Udskrivninger, der varsles for sent i forhold til de aftaler, der er gældende
- Patienter, der udskrives uden de hjælpemidler, som hospitalet skal sørge for
- Mangelfulde udskrivningsrapporter
- Patienter, der er så syge og behandlingskrævende, at de genindlægges efter kort ophold på kommunens midlertidige pladser.

Udførerne oplever således fortsat et behov for at styrke samarbejdet om hospitalernes udskrivninger.

### 2.1.9 Sammenhæng med opfølgende hjemmebesøg

Visitatorerne fortæller, at den fremskudte visitation har givet bedre mulighed for at have fokus på opfølgende hjemmebesøg – og at der var en periode, hvor de sendte mange anmodninger om dette til hjemmesygepleje og praktiserende læger. Generelt gennemføres der dog relativt få opfølgende hjemmebesøg, fordi lægerne først inddrages, hvis det bliver vurderet, at der er et behov, fordi:

*Lægerne vil også kun være med dér, hvor det giver mening, og det handler også om tid, fordi de forebyggende hjemmebesøg skal foregå indenfor en bestemt periode. Så tit starter vi med at have en sygeplejerske inde over, og når så der er noget med medicin, så kommer lægen ind over. (Kommunal chef)*

Den aktuelle vurdering er således, at den fremskudte visitation ikke i sig selv leder til, at der bliver gennemført flere opfølgende hjemmebesøg end tidligere.

## 2.2 Patienter og pårørendes perspektiver på fremskudt visitation i Gribskov Kommune

De nedenstående afsnit præsenterer seks patienters perspektiver på Gribskov Kommunes fremskudte visitation. Patienterne har været indlagt af forskellige årsager: Åse har fået lavet en stomi, Jakob faldt hos købmanden og igen derhjemme, Line har stærke smerter i sin ryg, Dorte fik det meget dårligt og kan ikke huske så meget, Per havde en lignende oplevelse og Henning fik flere små blodpropper. Fire af patienterne er udskrevet til eget hjem, mens to blev udskrevet til en aflastningsplads.

### 2.2.1 Patienternes overordnede perspektiver på den fremskudte visitation

Fem af patienterne var i stand til at forholde sig til vores spørgsmål om den fremskudte visitation, mens en – Jakob – ikke kunne huske mødet med visitator. De fem patienter, der husker mødet

med visitatoren, husker samtalen som et positivt element i deres forløb, hvilket er illustreret i nedenstående citater:

*Men det var dejligt, hun kom, vi sad og snakkede sammen, hun var meget sød. (Dorte, patient)*

*Det har været fint, hun [visitatoren, red.] sagde, at vi ville blive kontaktet, det er vi blevet, så det har været, som hun sagde. Jeg er så tilfreds så tilfreds, alle har været søde og behagelige, det har været godt, når man endelig skulle have sådan noget. (Henning, patient)*

*Det var godt og fint, og det var, efter jeg havde snakket med en fysioterapeut, at de kunne se, at jeg skulle have noget hjælp. Samtalen hjalp, ja i hvert fald for, at jeg kunne overskue at komme hjem. Jeg var meget ked af det. Da vi var færdige med at snakke, der følte jeg virkelig, det lettede, det var rigtigt rart. (Line, patient)*

Som det fremgår, oplever patienterne, at visitatorerne møder dem på en god og tryk måde. Som illustreret af Line oplever patienterne også, at samtalen bidrager til et bedre overblik og tryk i forhold til den kommende udskrivelse, bl.a. fordi det er muligt at drøfte tanker og evt. bekymringer for at komme hjem.

Der deltog også pårørende i to af samtalerne. De pågældende patienter fortæller om dette, at:

*Jeg tabte ligesom alt oppe i hovedet, så jeg kan ikke huske så meget fra de dage. Da jeg skulle hjem, ja, der kom en sygeplejerske og en fra hjælpecentralen.*

*Ja altså der kom jo en og snakkede med mig der om det med at skulle hjem, hun var meget sød, men der var ikke noget, for jeg kan klare mig selv, jeg var faktisk fuldstændig klar igen.*

*Min datter bor ikke så langt herfra, hun var tit oppe og besøge mig. Hun deltog i nogle samtaler, hun ved mere om forløbet end jeg selv gør.*

(Per, patient)

*Ja, hun var god at snakke med. Jeg kommer i tanke om, at jeg havde en af mine døtre med til samtalen. Jeg husker ikke den slags så godt selv. (Åse, patient)*

Som det fremgår, har det for de to patienter været en fordel, at deres pårørende har deltaget i samtalen, fordi der er en person tæt på patienten, som kan hjælpe med at huske samtalen, og hvad der her blev aftalt.

### 2.2.1 Indholdet i samtalerne mellem patient, pårørende og visitator

Samtalerne mellem visitator, patient samt eventuelle pårørende kommer omkring flere forskellige emner af både praktisk og privat karakter. De fem patienter fra Gribskov, der husker deres samtale, fortæller om indholdet, at:

*Vi snakkede vel lidt om, hvordan mine forhold var herhjemme, og hvad jeg kunne få af hjælp herhjemme, det tror jeg har været det. Hvordan mit hus er indrettet med dørtrin og første sal og den slags, altså sådan hvordan forholdene er. (Åse, patient)*

*Ja de talte godt om hjemmepleje og hjælpemidler, men det føler vi ikke, vi har brug for. Jeg føler mig også godt tilpas og sådan noget. Om formiddagen og morgenen er*

*jeg ligesom lidt længere om at komme i gang, men når jeg så først er i gang, så er jeg oppe på dupperne. Når jeg har taget min middagssøvn, så er jeg oppe på dupperne resten af dagen. Vi har en privat, der kommer her hver 14. dag og gør rent for os. Det er noget, vi selv har arrangeret, efter min kone blev opereret i hoften. Hun er ikke så stærk mere.*

*Ja, der kom sådan en [visitator, red.] og fortalte, at jeg skulle nok til noget optræning og har faktisk også fået tid til det, det foregår her i Helsingør, hvor vi bor. Og nu har der også været en sygeplejerske herhjemme og tale med os, så det ligger i faste rammer, så det er fint.*

(Henning, patient)

*Jo der kom en fra ..., ja hvor kom hun fra? Nå men vi sad og snakkede om, hvordan jeg kom hjem og sådan noget. Fordi jeg kan jo ikke rigtigt noget, det sagde hun også til mig. Men hun har ikke gjort noget, hun har bare fortalt mig, hvad jeg skulle prøve på, når jeg kom hjem, at jeg skulle prøve at snakke med hende visitatoren. (Dorte, patient)*

For patienterne har fokus i samtalen været på overgangen fra hospital til eget hjem – eventuelt med et genoptræningsophold undervejs. Visitatoren lytter til patienten og dennes bekymringer i forbindelse med hjemkomsten. I den sammenhæng er emnerne i samtalerne, hvordan patienternes hjem er indrettet, hvilke udfordringer indretningen kan være forbundet med, og hvordan disse udfordringer kan løses af patienten eventuelt ved brug af hjælpemidler. Derudover er der fokus på hjemmehjælp, om det er noget, patienten oplever at have brug for, og i så fald hvordan hjælpen skrues bedst muligt sammen. I den forbindelse afdækkes det, hvilke opgaver patienten selv kan varetage eventuelt i samarbejde med pårørende.

## 2.2.2 Oplevelsen af overgangen fra hospital til kommune

Billedet af overgangen fra hospital til kommune er generelt positivt, patienterne er glade for at komme hjem. Der er dog ligeledes udfordringer forbundet med hjemkomsten for flere af patienterne. Som illustreret nedenfor, knytter dette sig til tryghed efter fald, fortsat behandling og øget brug for hjemmehjælp.

*Jo, jeg var tryk ved at komme hjem, ja det var jeg. De hjemlige omgivelser er de vigtigste for mig. (Per, patient)*

*Der kommer en om morgenen og aftenen og hjælper med at skifte min stomi. Det er så nyt endnu for mig, men det fungerer da fint. Jeg klarer alt andet selv. Der var også fuldstændig styr på det, da jeg kom hjem. Jeg var i gode hænder på aflastningsopholdet og i gode hænder herhjemme. (Åse, patient)*

*Jeg var meget glad for at have haft den snak om at komme hjem. For når man kommer hjem, og huset har stået tomt, så er det jo lidt trist. Jeg har brug for noget mere hjælp. Jeg får hjælp til bad 2 gange om ugen og hjælp til rengøring hver 14. dag, jeg er nødt til også at få hjælp til at skifte sengetøj. Det kan jeg ikke mere, men ellers er det den samme hjælp, som før jeg var indlagt. (Dorte, patient)*

Jakob synes ligeledes, det fungerer godt, efter han er kommet hjem, men han er ikke helt tryk ved at være alene, han er bange for at falde igen. Han har fået afslag på at få en faldalarm.

*Jeg vil gerne have en faldalarm, men det det kan jeg ikke få. De siger, jeg må nøjes med den alarm, der er i min telefon. Det ville være meget dejligt at have sådan en, det ville være betryggende, men det kan jeg ikke få, jeg ved ikke, hvordan den virker, den der i telefonen. Jeg støtter mig til væggene, når jeg bevæger mig rundt, jeg kan godt blive bange for at falde, sidst var det også en plejer, der fandt mig, det er godt at vide, at der kommer nogen.*

*Behandlingen var udmærket, jeg er godt tilfreds. Det jeg var allermest tryk ved, det var at komme hjem. Det eneste problem var, at jeg selv skulle finde ud af at komme hjem. Der var transport fra Hillerød Hospital til genoptræningsopholdet, men derfra skulle jeg selv finde hjem.*

(Jakob, patient)

Som det fremgår, oplever de interviewede patienter generelt overgangen fra hospital til eget hjem – eventuelt med et genoptræningsophold undervejs – som god. Patienterne oplever at få den hjælp, de har brug for, de er glade for at komme hjem og klarer så meget som muligt selv eller i samarbejde med deres pårørende. Trygheden er et afgørende element, og flere af patienterne er glade for, at hjemmeplejen kommer hos dem eller ringer til dem for at høre, hvordan det går. Dorte har efter udskrivelsen opdaget, at der nogle ting, hun ikke kan mere, og at hun derfor har brug for mere hjælp end tidligere.

### 2.2.3 Opsamling

Det fremgår, at de interviewede patienter generelt oplever visitatorerne som en kilde til viden om, hvad der sker i overgangen mellem hospital og hjemmet. Der skabes i samtalen med visitator klarhed omkring behov for hjælpemidler, hjemmehjælp, og hvad patienten eventuelt i samarbejde med pårørende selv kan klare. Samtalen giver samtidig patienterne mulighed for at snakke med en visitator omkring de forhold, der bekymrer dem ved udskrivelsen, og de fleste forbinder dette med øget tryghed omkring udskrivelsen og hjemkomsten.

## 2.3 Effekter og omkostninger ved fremskudt visitation i Gribskov Kommune

Dette kapitel beskriver registeranalysen af effekter og omkostninger ved fremskudt kommunal visitation i Gribskov Kommune.

### 2.3.1 Population i registeranalysen

Interventionsgruppen i registeranalysen for Gribskov Kommune omfatter 291 indlæggelser i perioden fra ultimo september 2014 til ultimo maj 2015, hvor patienten er over 65 år, og hvor der er ydet fremskudt visitation<sup>13</sup>.

Kontrolgruppen er som for de øvrige casekommuner udvalgt ved propensity score matching blandt patienter over 65 år, som har været indlagt og udskrives til hjemmet i perioden 1. januar 2014 - 31. maj 2015, men som er bosiddende i andre kommuner end de fire casekommuner (Gribskov, Lolland, Vejle og Skanderborg). Metoden er nærmere beskrevet i afsnit 1.3. Kvaliteten

<sup>13</sup> Kun indlæggelser af personer over 65 år, som er registreret i Landspatientregisteret som udskrevet til hjemmet efter indlæggelse på somatisk sygehusafdeling, indgår i analysen. Patienter, som udskrives til hjemmet, afgrænses som patienter, hvor variabelen udskrivningsmåde (UDM) antager en af følgende værdier: 1 (afsluttes til alment praktiserende læge), 2 (afsluttes til praktiserende speciallæge), A (andet), K (afsluttes til sygehusafsnit (hjemmet)) og L (afsluttes til sygehusafsnit, venteforløb (hjemmet)).

af matchingen er god, dvs. at kontrolgruppen ligner interventionsgruppen med hensyn til de valgte matchingkriterier. Den standardiserede difference mellem interventions- og kontrolgruppen er maks. 3 % og således væsentlig under grænsen på 10 %, jf. Bilag 5.

Tabel 2.1 nedenfor viser baggrundskarakteristika for interventions- og kontrolgruppen sammenlignet med landsgennemsnittet. Det fremgår, at modtagere af fremskudt visitation som forventet er ældre end gennemsnittet. De er oftere kvinder, akut indlagt og har et næsten dobbelt så langt indlæggelsesforløb og flere indlæggelser bag sig i det forløbne år sammenlignet med gennemsnittet. Patienterne lever således op til en række af de karakteristika, der kendetegner særligt svækkede ældre medicinske patienter.

**Tabel 2.1** Baggrundskarakteristika ved interventions- og kontrolgruppen i Gribskov Kommune

	Interventionsgruppe (N=291)	Kontrolgruppe (N=2.160)	Landsgennemsnit*
Køn (andel kvinder)	59,1 %	59,1 %	50,4 %
Alder (gennemsnit)	79,7	79,7	76,7
Indlæggelsesmåde (andel akutte indlæggelser)	89,7 %	89,7 %	69,6 %
Antal sengedage (gennemsnit)	8,4	8,5	4,2
Antal indlæggelser i det foregående år (gennemsnit)	3,3	3,2	2,5

Note: \*) Gennemsnittet er beregnet for alle indlæggelser på somatiske sygehusafdelinger af patienter over 65 år, som er bosiddende i andre kommuner end de fire casekommuner (Gribskov, Lolland, Vejle og Skanderborg), og hvor patienten er udskrevet til hjemmet i perioden fra 1. januar 2014 til 31. maj 2015.

Kilde: Beregnet af KORA på grundlag af data fra LPR

### 2.3.2 Meromkostninger til drift og udvikling af fremskudt visitation

Meromkostninger til drift af fremskudt visitation er estimeret på baggrund af oplysninger fra Gribskov Kommune indsamlet ved spørgeskema, jf. afsnit 1.3. Meromkostningerne er opgjort til 10.930 kr. pr. måned svarende til 131.158 kr. pr. år og i gennemsnit 230 kr. pr. patient/indlæggelse<sup>14</sup>, jf. Tabel 2.2.

<sup>14</sup> Det gennemsnitlige ekstra ressourceforbrug pr. patient/indlæggelse er opgjort ud fra en antagelse om, at der i gennemsnit ydes fremskudt kommunal udskrivningskoordination ved 47,5 indlæggelser/sygehuskontakter pr. måned. Gennemsnittet er beregnet ud fra oplysninger fra kommunen om antallet af indlæggelser/patienter i perioden fra primo oktober 2014 til ultimo maj 2015, hvor der er ydet fremskudt kommunal udskrivningskoordination.

**Tabel 2.2** Meromkostninger til drift af fremskudt visitation i Gribskov Kommune

	Timer*		Kroner
	Leder	Medarbejdere	Leder og medarbejdere i alt
<b>Pr. måned</b>			
A) Skøn over ressourceforbrug til fremskudt visitation pr. måned	1	160	57.281
B) Skøn over ressourceforbrug til udskrivningskoordination pr. måned for de samme patienter, hvis kommunen ikke havde iværksat indsatsen	0	130	46.351
C) Skønnet ekstra ressourceforbrug til fremskudt visitation pr. måned (A-B)	1	30	10.930
<b>Pr. patient/indlæggelse</b>			
Skønnet ekstra ressourceforbrug til fremskudt visitation pr. patient/indlæggelse	0,01	0,63	230

Note: \*) Skøn over tidsforbrug til fremskudt visitation i en typisk måned er indberettet af kommunerne sammen med oplysninger fra kommunerne om antal patienter/indlæggelser, hvor der er ydet fremskudt visitation. KORA har på grundlag af de indberettede oplysninger beregnet det gennemsnitlige ekstra tidsforbrug pr. patient/indlæggelse.

Kilde: Beregnet af KORA på grundlag af oplysninger indberettet fra Gribskov Kommune

Gribskov Kommune oplyser, at driften af fremskudt visitation – ud over personaleressourcer – forudsætter computer, mobilt bredbånd og mobiltelefon. Desuden udbetales et mindre beløb i kørselsgodtgørelse. Disse omkostninger betragtes som overheadomkostninger, der er medregnet i enhedsprisen, jf. afsnit 1.3.

Meromkostningerne i forbindelse med udvikling af indsatsen er vanskelige at opgøre, da indsatsen blev igangsat i 2011, og da det er vanskeligt at skønne over tidsforbrug tilbage i tid. Gribskov Kommune vurderer umiddelbart, at leder og medarbejdere har brugt i størrelsesordenen henholdsvis 15 timer og 30 timer på udvikling af indsatsen i opstartsfasen. Med de angivne enhedspriser i afsnit 1.3 svarer det til udviklingsomkostninger i størrelsesordenen 20.000 kr. Opgørelsen er forbundet med stor usikkerhed, men indikerer, at meromkostningerne til udvikling har været forholdsvis små, og at udviklingen af indsatsen har været integreret i arbejdsopgaver, som alligevel skulle udføres.

Gribskov Kommune oplyser, at meromkostningen ved fremskudt visitation er fuldt finansieret ved omprioritering inden for eksisterende rammer. Indsatsen er en integreret del af visitationen, og der er ikke tilført ekstra midler til visitationen i forbindelse med iværksættelse af indsatsen.

### 2.3.3 Effekt på genindlæggelser

Fremskudt visitation kan muligvis reducere risikoen for genindlæggelse ved at medvirke til at sikre, at patienten får den nødvendige hjælp efter udskrivelse, hvorved der også er mulighed for at spare hospitalsomkostninger. Om dette er tilfældet i Gribskov Kommune, undersøges i de nedenstående afsnit.

#### 2.3.3.1 Andel genindlæggelser

Registeranalysen viser, at der ikke er statistisk signifikante forskelle i andelen af genindlæggelser i interventions- og kontrolgruppen, jf. Tabel 2.3. Tilsvarende gælder, hvis der alene ses på akutte genindlæggelser.



**Tabel 2.3** Andel genindlæggelser inden for 30 dage, Gribskov Kommune

	Interventi- onsgruppe	Kontrol- gruppe	Forskel (ATT)	P-værdi*
Alle genindlæggelser	30,2 %	31,9 %	-1,6 %	0,572
Subgruppe: Akutte genindlæggelser	28,9 %	28,3 %	0,6 %	0,839

Note: \*) P-værdi er beregnet ved tosidet t-test. Hvis p-værdi > 0,05, er forskellen ikke statistisk signifikant.

Kilde: Beregnet af KORA på grundlag af data fra LPR

### 2.3.3.2 Omkostninger ved genindlæggelser

Registeranalysen viser dog en statistisk signifikant forskel i de gennemsnitlige hospitalsomkostninger ved genindlæggelser inden for 30 dage mellem interventions- og kontrolgruppen, jf. Tabel 2.4. Det gælder både hospitalsomkostninger i alt og hospitalsomkostninger finansieret af kommunen via den kommunale medfinansiering. Den gennemsnitlige besparelse for kommunen er 976 kr. pr. patient, som modtager fremskudt visitation.

Når der ses en statistisk signifikant forskel for hospitalsomkostninger, men ikke i andel genindlæggelser, kan det være udtryk for, at interventionsgruppen både har en lavere genindlæggelsesfrekvens (dog ikke statistisk signifikant, jf. Tabel 2.3) og lavere gennemsnitlige hospitalsomkostninger, hvis de genindlægges, sammenlignet med kontrolgruppen.

**Tabel 2.4** Hospitalsomkostninger ved genindlæggelser inden for 30 dage, Gribskov Kommune

	Interventi- onsgruppe	Kontrol- gruppe	Forskel (ATT)	P-værdi*
Hospitalsomkostninger i alt	11.690 kr.	18.323 kr.	-6.633 kr.	0,031
Hospitalsomkostninger finansieret af kommunen via den kommunale medfinansiering	2.815 kr.	3.791 kr.	-976 kr.	0,008

Note: \*) P-værdi er beregnet ved tosidet t-test. Hvis p-værdi > 0,05, er forskellen ikke statistisk signifikant.

Kilde: Beregnet af KORA på grundlag af data fra LPR og DRG-grupperet LPR

### 2.3.4 Forbehold

Analysen er forbundet med usikkerhed. Det gælder særligt opgørelsen af meromkostninger ved fremskudt visitation, som er baseret på kommunens skøn over tidsforbrug.

Usikkerheden i registeranalysen relaterer sig primært til risikoen for confounding<sup>15</sup>, dvs. bias som følge af, at interventionsgruppen adskiller sig fra kontrolgruppen på andre faktorer, som har betydning for sandsynligheden for genindlæggelse, end om de har modtaget fremskudt visitation. Risikoen for confounding er dog reduceret ved et velbalanceret propensity score matching design.

Herudover skal det bemærkes, at analysen fokuserer på genindlæggelser og ikke undersøger effekter af fremskudt visitation på fx antallet af ventedage (dvs. antal dage, hvor borgere er indlagt på sygehuset, efter at de er færdigbehandlede), visitation af praktisk hjælp og personlig pleje, hjælpemidler og boligændringer samt brug af kommunale aflastningspladser.

Det er dog Gribskov Kommunes umiddelbare vurdering, at:

<sup>15</sup> Confounding betyder forveksling eller sammenblanding af årsager. Hvis interventionsgruppen adskiller sig systematisk fra kontrolgruppen på en eller flere parametre, udover at de har modtaget fremskudt kommunal udskrivningskoordination, kan disse parametre være årsag til evt. forskelle i outcome mellem de to grupper.

- Antallet af ventedage er faldet som følge af indsatsen
- Antallet af visiterede timer til praktisk hjælp og personlig pleje er faldet som følge af indsatsen
- Kommunen visiterer færre hjælpemidler og boligændringer som følge af indsatsen
- Brugen af kommunale aflastningspladser er faldet som følge af indsatsen.

Gribskov Kommune begrundet sin vurdering med, at kommunen – med fremskudt visitation – er bedre i stand til at vurdere, hvem der har behov for hjælp og derfor kan udnytte ressourcer mere optimalt.

### 2.3.5 Opsamling på effekter og omkostninger

KORA vurderer på baggrund af analysen, at fremskudt visitation som minimum er omkostningsneutralt for Gribskov Kommune. Det har ikke været muligt at påvise statistisk signifikante forskelle i andelen af genindlæggelser inden for 30 dage i interventions- og kontrolgruppen. Til gengæld viser analysen, at der er statistisk signifikante forskelle i hospitalsomkostninger ved genindlæggelser inden for 30 dage, herunder såvel samlede hospitalsomkostninger som hospitalsomkostninger finansieret af kommunen via den kommunale medfinansiering. Samtidig vurderes meromkostningerne ved drift af fremskudt visitation at være små, idet indsatsen erstatter anden udskrivningskoordination. Hvis kommunen ikke havde haft indsatsen, ville udskrivningskoordinationen i stedet skulle klares ved skriftlig kommunikation og telefon samt enkeltstående udskrivningskonferencer.

## 3 Udskrivningsvisitatorer i Lolland Kommune

### 3.1 Resultater fra organisationsundersøgelsen

#### 3.1.1 Baggrund, formål og målgruppe

I september 2013 besluttede Lolland Kommune at omorganisere visitationen af de patienter, der udskrives fra Nykøbing Falster Sygehus. Omorganiseringen indebar dels, at arbejdet med udskrivning blev koncentreret i et mindre team af medarbejdere, og dels at det nye udskrivnings-team skulle besøge alle indlagte patienter, hvor det blev vurderet, at udskrivningsforløbet var komplekst, for at afholde en visitationssamtale på sygehuset.

Som illustreret i nedenstående citat var **baggrunden** for ændringerne et ønske om en mere præcis vurdering af indlagte patienters funktionsniveau med henblik på en mere præcis tildeling af kommunale ydelser:

*Patienterne var tit dårligere, når de kom hjem, end der var meldt ud fra sygehuset. Vi oplevede ikke altid, at den sygeplejerske, vi talte med, kendte patienten. Det var mere skrivebordsarbejde, så vi havde brug for at få en bedre fornemmelse af, hvad patienterne kunne. (Visitor)*

**Formålet** med den fremskudte visitation var derfor at forbedre kvaliteten af de komplekse udskrivelser samt forhindre genindlæggelser. Dette skulle konkret ske ved, at:

- visitatorerne møder patienterne fysisk, så dialogen om det kommunale serviceniveau mm. sker direkte mellem patient/pårørende og de kommunale visitatorer
- den visiterede hjælp svarer til funktionsniveauet, samt ved at samarbejdet mellem visitation og hjælpemiddelafdeling styrkes, så de rette hjælpemidler er til stede, når patienterne kommer hjem fra hospitalet
- understøtte kontinuitet i overgangene fra udskrivelse til midlertidig bolig og fra midlertidig bolig til eget hjem, ved at den samme visitator følger patient fra udskrivelse til midlertidig bolig og eget hjem.

**Målgruppen** for Lolland Kommunes fremskudte visitation er den komplekse patient, hvor flere indsatser skal sættes i værk inden udskrivelsen. Indsatsen er således ikke begrænset til ældre, men omfatter alle patienter, hvor visitatoren vurderer, at forløbet er psykisk og/eller fysisk komplekst, eller hvor der er mange sociale problemer.

Patienter med korte indlæggelsesforløb, hvor kun få indsatser er nødvendige, eller plejeboligpatienter, hvor funktionsevnen er uændret, er således ikke omfattet af den fremskudte visitation.

#### 3.1.2 Organisering og opstart af den fremskudte visitation

Lolland Kommune startede internt med at omorganisere visitationen, således at et fast team skulle arbejde med udskrivelser. I den forbindelse udarbejdede kommunen en funktionsbeskrivelse, der beskrev den fremskudte visitations opgaver og rammerne for funktionens arbejde på sygehuset. Med dette afsæt kontaktede ledelsen af myndighedsområdet oversygeplejerskerne på de medicinske afdelinger på Nykøbing Falster Sygehus for at aftale rammerne for visitatorernes arbejde på hospitalet, samt hvordan de enkelte afdelinger skulle informeres om dette.

Ledelse og medarbejdere på Nykøbing Falster Sygehus var i udgangspunktet positive over for den fremskudte visitation, der bl.a. beskrives som:

*En meget velkommen styrkelse af udskrivningssamarbejdet, som vi har savnet, siden kommunerne holdt op med at komme fast på hospitalet ved Kommunalreformen. Vi ser det som en stor værdi, at vores sygeplejersker og de kommunale visitatorer får sat ansigt på hinanden. Vi så det som en mulighed for et bedre samarbejde og – især for vores yngre sygeplejersker – en mulighed for, at de får en bedre forståelse for kommunen, når de mødes med de erfarne visitatorer. (Ledende oversygeplejerske)*

Derfor stillede sygehuset også et lokale til rådighed for visitatorerne, ligesom oversygeplejerskerne hjalp med at informere om funktionen internt på hospitalets afdelinger og arrangerede en besøgsrunde, hvor visitatorerne besøgte de relevante afdelinger for at fortælle om deres funktion.

De interviewede hospitalsmedarbejdere fortæller, at Guldborgsund Kommune i forvejen havde fremskudte visitatorer, der besøgte de medicinske sengeafdelinger. Derfor var det interviewede personale *ikke fremmede over for tanken* om, at de kommunale visitatorer kom fast på afdelingerne. Personalet var derfor ikke bekymrede for at blive forstyrret for meget af visitatorerne, og de håbede, at visitatorernes gang på afdelingerne kunne bidrage til:

- opdateret viden om patienternes habituelle funktionsniveau og det forløb, der går forud for indlæggelsen
- at mindske antallet af telefonsamtaler som følge af den direkte kontakt mellem visitator og hospitalspersonale
- at hospitalspersonalet i mindre grad skulle fungere som mellemlid for information om det kommunale serviceniveau mm.

**Den fremskudte visitations bemanning:** Den fremskudte visitation er i dag bemanded med fire medarbejdere. Teamets medarbejdere blev til at starte med rekrutteret blandt de medarbejdere, der i forvejen arbejdede med udskrivninger i Lolland Kommune. Der blev således lagt vægt på, at medarbejderne var erfarne i forhold til udskrivningssamarbejdet. Samtidig blev teamorganiseringen valgt for at gøre funktionen robust over for sygdom, ferie og personudskiftning.

I de år, der har været fremskudt visitation, har teamet forsøgt sig med forskellige måder at fordele arbejdet på hospitalet imellem sig. Det har resulteret i, at de tre visitatorer, der arbejder fremskudt<sup>16</sup>, i dag skiftes til at have ansvaret for hospitalsbesøgene i en uge ad gangen. Visitatorerne vurderer, at fordelene ved denne løsning er, at den skaber kontinuitet til at følge op på patienternes forløb hen over ugen, og at den gør det muligt at udnytte teamets ressourcer mere effektivt. Dels fordi der kun er én visitator, der har transporttid, og dels fordi de visitatorer, der ikke arbejder fremskudt, bedre kan koncentrere sig om teamets øvrige opgaver.

### 3.1.3 Erfaringer fra opstarten af den fremskudte visitation

Udskrivningsvisitatorerne fortæller om opstarten, at hospitalspersonalet tog godt imod dem, da de begyndte at komme på afdelingerne. Dels oplevede de, at hospitalskollegerne kendte deres funktion, og dels så hospitalspersonalet (som også nævnt af hospitalspersonalet ovenfor) visitatorerne som en kilde til smidigere udskrivningsforløb og færre telefonsamtaler. Visitatorerne understreger dog også, at de fra starten har været opmærksomme på ikke at virke som et forstyr-

---

<sup>16</sup> En af de fire visitatorer arbejder udelukkende med opfølgning på de patienter, der indlægges på kommunens midlertidige pladser. Det skyldes et øget fokus på at opstille – og følge op på de genoptræningsmål, der er opstillet for pladserne, samt de kommunale kvalitetsstandarder, der angiver, at patienterne gennemsnitligt er indlagt i tre uger, hvorefter de kommer videre til eget hjem eller plejebolig.

rende element i hospitalspersonalets arbejdsgang – særligt i forbindelse med at opspore patienter. Derfor er visitatorerne, som vi senere vender tilbage til, også tilfredse med, at opsporingen i dag kan ske via plejeforløbsplaner fremfor via hospitalets personale.

Visitatorerne fik fra starten et kontor stillet til rådighed på sygehuset for at have et sted, hvor de kunne arbejde uforstyrret, men de har aldrig anvendt lokalet ret meget, og derfor bruges det i dag til andre formål. Det skyldes dels, at visitatorerne har mulighed for at arbejde på personalestuerne på de enkelte afdelinger, når der er behov for det, dels at:

*Vi vil helst hjem og skrive, når vi er færdige med besøgene. Og det rum lå også i en anden bygning, så skal man gå ned fra afdelingerne og ud og op et andet sted og så tilbage igen, bliver der for meget spildtid. (Udskrivningsvisitator)*

Ovenstående billede bekræftes af de interviewede hospitalssygeplejersker, som – især i forhold til de medicinske og geriatriske afdelinger – oplevede det positivt, at de kommunale visitatorer begyndte at komme fast på sygehuset. Dels fordi den direkte dialog forbindes med bedre kvalitet i de udskrivninger, hvor visitatorerne er inde over, og dels fordi visitatorerne langt hen ad vejen arbejder selvstændigt og lægger vægt på at snakke direkte med patienterne.

### 3.1.4 Dagligdagens struktur og patientrettede opgaver

De næste to afsnit går tæt på de daglige opgaver for den fremskudte visitation. Først beskrives arbejdsdagens overordnede struktur og de overvejelser, interviewpersonerne har om denne. Bagefter beskrives fremgangsmåden for opsporing og afholdelse af samtaler med indlagte patienter.

En typisk arbejdsdag for de medarbejdere, der arbejder i 'fremskudt funktion', består af nedenstående elementer:

**Kl. 8-10: Opsporing og forberedelse med afsæt i plejeforløbsplaner:** Visitatorerne starter dagen hjemme i kommunen. Morgentiden bruges dels på at færdiggøre dokumentationsarbejde, dels på at gennemgå og udskrive de plejeforløbsplaner, der er modtaget fra sygehuset. Opsporingen af patienter sker således med afsæt i plejeforløbsplaner, og selvom disse ikke fanger alle patienter, opleves de som et klart fremskridt for opsporingen af de relevante patienter. Med det afsæt lægges et program for, hvilke patienter der er komplekse og skal have besøg af de fremskudte visitatorer, og hvilke patienter der kan klares i visitationen hjemme. Det fremgår i den forbindelse, at visitatorerne fordeler patienterne mellem sig i forhold til den vurderede tyngde:

*Hvis det er geriatrisk afdeling og almindelig medicinsk og kirurgisk afdeling, så kan man sommetider tage hensyn til, at geriatrisk afdeling godt kan være lidt tungere, og derfor skal der være mere tid sat af til besøget. (Udskrivningsvisitator)*

Som det fremgår, sker planlægningen oftest om morgenen inden dagens besøg, men besøgene kan også ske ad hoc for at udnytte tiden bedst muligt. Dette sker typisk, når kollegaerne hjemme i visitationen modtager en relevant plejeforløbsplan i løbet af dagen:

*Hvis vi får nogle plejeforløbsplaner i løbet af dagen, hvor vi kan se, det var hensigtsmæssigt, at de blev besøgt, så ringer vi til dem, der er oppe på sygehuset, så vi kan rykke på det med det samme. (Udskrivningsvisitator)*

**Kl. 10-14: Visitationssamtaler og koordinering på hospitalsafdelinger:** Fra kl. 10-14 arbejder udskrivningsvisitator i udefunktionen og typisk gennemføres tre til fire visitationssamtaler dagligt.

På sygehuset starter visitatoren altid besøget på den relevante hospitalsafdelings personalekontor. Her fortæller de, hvem de skal besøge og spørger, om der er noget specifikt, de skal være opmærksomme på. Når det er afklaret – og visitatoren har fået at vide, hvilken stue patienten ligger på – går visitator typisk alene ind til patienten og afholder en visitationssamtale<sup>17</sup>. Under samtalen oplyser visitatoren om de ydelser, kommunen stiller til rådighed, og udfylder evt. blanketter i forbindelse med leverandørvalg. Besøget bruges også til at vurdere, om patientens funktionsniveau matcher det, der er beskrevet i plejeforløbsplanen.

Efter samtalen kontakter visitatoren igen hospitalspersonalet for at formidle de aftaler, der er lavet med patienten, og videregive evt. observationer, som er relevant for hospitalspersonalet. Samtidig benytter visitator oftest lejligheden til at spørge, om der er indlagte patienter (hvor der endnu ikke er sendt plejeforløbsplan), som kommunen skal være opmærksom på i de kommende dage.

**Afholdelse af samtaler med de indlagte patienter:** Visitatorerne holder så vidt muligt visitationsmøder med de indlagte patienter<sup>18</sup>, og når der er tale om lange komplekse forløb, koordineres samtalen så vidt muligt med pårørende. Visitatorerne beskriver, at samtalen foregår afslappet:

*Man taler bare almindeligt sammen, og hvis ikke de har haft hjælp før, bliver det lidt afmystificeret det med, at der kommer nogen fra 'myndigheden'. (Udskrivningsvisitator)*

Visitatorerne beskriver også, at det direkte møde med patienterne gør det lettere at vurdere funktionsniveauet og aftale, hvilken hjælp der skal være sat i værk, når patienten kommer hjem. Under samtalen beder de derfor ofte patienten om at vise, om de kan rejse sig op, gå til toilettet osv. for at få et mere sikkert billede af funktionsevnen:

*Man laver nogle observationer, er der noget kateter, og hvorfor ligger hun med ilt, når de siger, hun er færdigbehandlet. Kan de løfte koppen og drikke selv, får de IV medicin, og hvordan reagerer de på det, vi snakker om, er der demens osv. (Udskrivningsvisitator)*

### 3.1.5 Den fremskudte visitations betydning for udskrivningsarbejdet

De nedenstående afsnit præsenterer interviewpersonernes vurdering af den fremskudte visitations effekter for samarbejde, kommunikation og patientforløb.

**Større fælles forståelse og mere fleksibelt samarbejde:** Visitatorerne oplever, at deres fremskudte visitation har haft en positiv effekt på samarbejdet med hospitalsafdelingerne. Dels fordi visitatorerne har fået større viden om arbejdsvilkårene på sygehuset. Dels fordi det direkte møde understøtter en mere ligeværdig og målrettet dialog om de indlagte patienter. Det kommer bl.a. til udtryk ved, at:

*Tidligere kunne vi godt køre meget rundt i de der datoer omkring, hvornår patienterne er færdigbehandlede. For vi skal jo sørge for ikke at komme til at betale. Jeg oplevede i starten, at der var meget diskussion, hvis datoen skulle ændres. Det oplever vi aldrig mere. (Udskrivningsvisitator)*

---

<sup>17</sup> I særligt komplicerede forløb er der som hovedregel hospitalspersonale med til samtalen, for at sikre at alle nødvendige oplysninger bliver videregivet.

<sup>18</sup> I det omfang den pågældende patient er i stand til at gennemføre samtalen på en meningsfuld måde.

Samt at:

*Hvis vi har en rigtig dårlig patient og vurderer, at vedkommende er berettiget til en plejebolig, så i stedet for at skulle over til en midlertidig bolig, så sommetider udvider de udskrivelsesdatoen, så man kan flytte direkte i en plejebolig. Der er de flinke til at samarbejde og flytte færdigmelding. Og det er, fordi vi har patienten i fokus, så man får så lidt flytninger som muligt. (Udskrivningsvisitator)*

Som det fremgår, oplever visitatorerne, at det personlige kendskab har givet bedre samarbejde, og at det er nemmere at nå frem til en god løsning for patienten i de forløb, hvor der gennemføres besøg på hospitalet. I den forbindelse fremhæver visitatorerne, at det vigtige er, at alle har det samme fokus; at gøre udskrivelsen bedst mulig for patienten. I forlængelse heraf fremhæves det, at det vigtige er at *møde patienten og ikke bare medarbejderen* og faggrupperne omkring udskrivelsen:

*Man skal have fokus på patienten. Nogle siger, vi gør sygehusets arbejde, men det synes jeg ikke, vi gør. Vi letter udskrivelsen for patienten. Det er med at have fokus på patienten og lave en så god udskrivelse for dem. (Udskrivningsvisitator)*

Også hospitalspersonalet fremhæver, at det personlige kendskab til visitatorerne i kommunen har optimeret samarbejdet, især fordi kommunikationen er blevet mere konstruktiv.

*Samarbejdet er blevet bedre ved, at man har fået sat ansigt på en person. Så hakker vi ikke så meget af hinanden i telefonen. Når man kender hinanden og har en relation, bliver kommunikationen bedre. (Hospitalssygeplejerske)*

Samtidig fortæller personalet, at møderne med visitator jævnligt resulterer i, at de justerer i plejeforløbsplanerne, og at de understøtter en god dialog om, hvilke patienter der skal udskrives til kommunens midlertidige pladser. Tilsvarende fortæller hospitalspersonalet, at de fremskudte visitatorer er en kilde til aflastning og mere præcis information til de indlagte patienter/deres pårørende. Det skyldes først og fremmest, at hospitalspersonalet, der ikke kender detaljerne omkring det kommunale serviceniveau, leverandørvalg etc., kan henvise til de kommunale visitatorer, når patienter og pårørende efterspørger viden om disse forhold. Hospitalspersonalet oplever således overordnet, at de fremskudte visitatorer har indfriet hospitalspersonalets indledende forventninger til funktionen – om end dette kun gælder i de specifikke forløb, hvor visitatorerne er inde over på hospitalet. Langt hovedparten af arbejdet med indlæggelse og udskrivelse er således uændret for hospitalspersonalet.

**Mere ens kompetencer og bedre vurderinger af funktionsevnen:** Visitatorerne beskriver, at det, at de er blevet et fast team, der udelukkende arbejder med udskrivelser, har givet dem mere rutine omkring arbejdsopgaverne, samt at dette leder til bedre begrundede og mere ens afgørelser.

Visitatorerne oplever, at funktionsevnevurderingen svarer bedre til patientens tilstand, når de kommer i hjemmene. Dette, mener de, skyldes, at de har bedre tid end hospitalets sygeplejersker til at gå i detaljer med vurderingen af patienten, samt at de har mere fokus på de hjemlige forhold og kan spørge ind til dem. Samtidig betyder visitatorernes personlige møde med patienterne, at de i mindre omfang end tidligere er nødt til at ringe til hospitalsafdelingerne for at tjekke op på plejeforløbsplaner/afklare tvivlsspørgsmål i de pågældende patientforløb.

**Bedre forventningsafstemning med patienter og pårørende:** Visitatorerne oplever overordnet set, at den fremskudte visitation har haft en gavnlig effekt for patientinddragelse, idet de involveres mere direkte i udskrivelsen. Den fremskudte visitation giver også bedre mulighed for

forventningsafstemning med patienten, fordi det giver mulighed for at have en samtale med patienten tidligt i forløbet omkring, hvilke ydelser kommunen kan stille til rådighed

*Vi kan selvfølgelig snakke om det, hvis de forventer noget, som vi ikke kan levere. Vores serviceniveau er ikke højt. Så man kan sige: De kan ikke inddrages i at bestemme, om der skal gøres rent tre gange om ugen, når vi kun gør det hver tredje uge. Men det kan de blive informeret om. (Udskrivningsvisitator)*

**Perspektiver fra kommunale udførere:** Interviewpersonerne fra de udførende enheder i Lolland Kommune vurderer overordnet, at omlægningen til et fast udskrivningsteam og arbejdet med fremskudt visitation bidrager positivt til arbejdet med indlæggelse og udskrivning. Som illustreret i citaterne nedenfor opleves det positivt, når der er få, men rutinerede medarbejderne i udskrivningsteamet, som udførerne kender:

*Det handler meget om relationer, for når det er nogen, jeg taler med dagligt, er det nogle helt andre oplysninger, man kan få, fordi vi har en god relation og god kommunikation. (Funktionsleder)*

*De er gode til at ringe til mig, så kan jeg nå at indhente oplysninger, eller kender måske selv patienten og kan videreformidle, fx hvordan boligen ser ud, eller om der er pårørende, der kan hjælpe. (Hjælpemiddelvisitator)*

*Nogle gange kan de rode lidt bod på den manglende information. For eksempel kan de sige: Patienten er hundredårlig, mens afdelingen kan sige: De går selv på toilettet og kan alt muligt. Så der fanger de nogle af dem, hvor funktionsniveauet ikke er beskrevet i plejeforløbsplanen, men de kan jo ikke fange dem allesammen, for de ser ikke dem allesammen. (Funktionsleder)*

Som illustreret i det sidste citat medvirker udskrivningsteamet i nogle tilfælde til at kvalificere det billede af patienternes funktionsniveau, som ligger til grund for opfølgningen i kommunalt regi. Generelt er det dog svært for de kommunale udførere at vurdere, hvilken forskel det i et større perspektiv gør, at visitatorerne arbejder fremskudt på hospitalet. Dels fordi det for de fleste interviewpersoner ikke er tydeligt, hvilke patienter der er besøgt på hospitalet, og dels fordi der er en række grundlæggende problemer forbundet med udskrivningssamarbejdet, som ikke påvirkes af den fremskudte visitation. De udfordringer, som blev nævnt til interviewene, er listet nedenfor sammen med de kommunale interviewdeltageres ønsker til, hvordan udskrivningssamarbejdet fremadrettet kan styrkes.

### **Oplevede udfordringer i samarbejdet om indlæggelse og udskrivning**

Det fremgår på tværs af hospitals- og kommuneinterviewene, at bevægelsen mod kortere indlæggelsesforløb presser alle de involverede aktører. Derfor er det også en fælles vurdering, at hverken hospital eller kommune på nuværende tidspunkt lever fuldt op til de aftaler, der er indgået for kommunikationen om indlæggelse og udskrivning. Dette kommer fx til udtryk ved, at:

- hospitalspersonalet mangler oplysninger om patienternes funktionsniveau og forløbet umiddelbart inden indlæggelsen
- de kommunale aktører mangler fyldestgørende beskrivelser af patienternes funktionsniveau i plejeforløbsplanerne, samtidig med at genfremsendte plejeforløbsplaner ofte ikke er revideret, så de afspejler udviklingen i de indlagte patienters forløb



- den elektroniske kommunikation via MedCom indtil videre ikke vurderes at have mindsket behovet for telefonisk kontakt mærkbart, fordi der mangler oplysninger, som visitation, hjemmesygeplejersker mm. er nødt til at tjekke op på ved at kontakte den udskrivende afdeling
- de kommunale aktører fortsat oplever, at patienternes funktionsniveau i en del tilfælde er dårligere end det, der er beskrevet fra sygehuset
- der både ved indlæggelse og udskrivning mangler oplysninger om patienternes medicin
- patienterne ved udskrivelse ikke får den medicin med hjem fra hospitalet, som de skal bruge til de første dage – fx når de udskrives op til en weekend
- når der (især lige op til weekenden) udskrives dårlige patienter til midlertidige pladser, oplever hjemmesygeplejen, at der mangler en behandlingsansvarlig læge, som kan tage ansvar for patientens behandling. Samtidig mangler der ofte en ordentlig overlevering af viden om patienten, og hvad formålet med behandlingen er. Begge dele fremhæves som en kilde til uhensigtsmæssige genindlæggelser og uværdige forløb for meget syge og nogle gange døende patienter, der ender livet med at blive transporteret frem og tilbage mellem sygehus og kommune.

### **De kommunale udføreres fremadrettede ønsker**

De kommunale udførere fortæller i forlængelse af ovenstående, at det er væsentligt for et godt udskrivningsforløb, at visitatorerne kender til patientens situation i hjemmet, fx boligens indretning:

*De bedste udskrivelser er dér, hvor visitator kommer hele vejen omkring patienten og har en præcis viden om forholdene i boligen. I de fleste forløb har visitatorerne jo kun de oplysninger, de får af hospitalsafdelingen, at gå ud fra. [...] hvis man for alvor ville nå noget, skulle man nok udvide ordningen og have flere visitatorer på sygehuset, der bedre kunne koordinere forløbet og komme hele vejen omkring de forskellige dele af udskrivelsen. (Kommunal medarbejder)*

De kommunale leverandører vurderer, at det vil kunne øge kvaliteten af udskrivningerne, hvis det var muligt at sikre en mere systematisk inddragelse af den viden, der er om patienten i hjemmesygepleje, hjemmepleje og hos hjælpemiddelområdet.

Samtidig ses et behov for fortsat at styrke implementeringen af Sundhedsaftalerne/MedCom-standarderne i begge sektorer, ligesom der efterlyses løsninger for, hvem der har – og aktivt tager – det lægelige behandlingsansvar for de komplekse patienter, der udskrives til kommunal pleje.

### **3.1.6 Sammenhæng med opfølgende hjemmebesøg**

Den fremskudte visitation er ikke involveret i at vurdere, hvilke patienter der skal henvises til opfølgende hjemmebesøg ved egen læge og hjemmesygeplejerske. Det er nemlig aftalt, at denne opgave varetages af sygehuset. Derfor vurderer interviewpersonerne ikke, at den fremskudte visitation har haft betydning for, hvor mange patienter der henvises til opfølgning. Samtidig understreger de kommunale udførere, at der ikke gennemføres ret mange besøg, fordi det er svært at omsætte henvisningerne fra hospitalet til konkrete aftaler med de praktiserende læger. Mange opfølgninger ender derfor med, at hjemmesygeplejen tager besøget alene og herefter kommunikerer skriftligt og telefonisk med patientens egen læge.

## 3.2 Patienters og pårørendes perspektiver

Undersøgelsen af patienter og pårørendes perspektiver på Lollands Kommunes fremskudte visitation har været udfordret af, at visitatorerne i en periode fra foråret 2015 og frem til efteråret 2015 ikke har haft ressourcer til at arbejde fremskudt på sygehuset. Det betød, at KORA i første omgang fik kontaktoplysninger til 10 patienter, hvis indlæggelser lå langt tilbage i tiden. Da vi kontaktede patienterne, var der tre, som takkede nej tak til at blive interviewet, mens to hørte for dårligt til at kunne gennemføre samtalen. De resterende 5 patienter (og en af de fem patienters ægtefælle) blev herefter interviewet. Ud af disse seks interviews var der kun to patienter, der kunne huske at have mødt en udskrivningsvisitator i forbindelse med sin indlæggelse.

På den baggrund kontaktede vi Lolland Kommune for at høre, om vi kunne få kontakt til nye patienter, hvis udskrivelse var mere present. Det kunne vi, fordi visitatorerne igen var begyndt at gennemføre besøg på hospitalet. I slutningen af september interviewede vi derfor yderligere tre patienter, som var udskrevet, efter at den fremskudte visitation var startet op igen. Til trods for dette var resultatet, at ingen af de tre patienter var i stand til at forholde sig til undersøgelsens temaer. Adspurgt om de huskede en samtale med en visitator på hospitalet, svarede de:

*Det kan jeg faktisk ikke rigtigt huske noget som helst om, min hukommelse er rigtig dårlig for tiden, jeg kan ikke rigtigt samle sammen på det, på noget af det [hele forløbet, red.] faktisk. (Andreas, patient)*

*Nej, det har jeg ikke. Ja jeg har snakket med en visitator, men det var herhjemme [...] Jeg har også snakket med en i telefonen jo, om vi kan få en invalidebil. De har været en meget stor hjælp, men det var ikke på hospitalet. (Asger, patient)*

*Nej, jeg ved ikke, om der nåede at komme nogen fra kommunen, jeg så dem ikke. Jeg tror, hospitalet bare snakkede med kommunen, men de fik ikke givet klar besked. (Jørgen, patient)*

Selvom vi har været i kontakt med 13 patienter og gennemført otte interviews, er der således kun to interview, som har kunnet bidrage med viden om patienternes møde med den fremskudte visitation. Disse perspektiver præsenteres nedenfor, men det skal samtidig understreges, at undersøgelsens datagrundlag ikke har en kvalitet, der gør det muligt at drage konklusioner om, hvordan målgruppen af ældre patienter oplever den fremskudte visitation i Lolland Kommune.

### 3.2.1 Tilbagemeldinger fra to patienter og en pårørende

Den patient, der tydeligst kan huske samtalen med en udskrivningsvisitator, er en dame på 85 år. Patienten beskriver samtalen således:

*Ja, der kom et par damer, for jeg havde en værre ballade med min svigerdatter. Hun synes ikke, jeg skulle klare mig selv herhjemme mere, men jeg vil helst klare mig selv. Så kom de der to damer, jeg har deres seddel et eller andet sted, jeg kan ikke huske, hvad de hed. De sagde, slap du bare af, du skal da bare hjem. Og det skal hun da ikke blande sig i, hun kan bare blande sig udenom, sagde de. Det gjorde hun så også, det er, fordi min svigerdatter selv er sygeplejerske.*

*Jeg passer mig selv, det er også derfor, jeg har sagt nej til hjemmehjælp [...] Hjemmehjælp, det kan vente, til jeg bliver gammel – og det er, når jeg bliver 100 år. Det var godt, at de to damer kom på sygehuset og afblæste det der pjat.*

(Inga, patient)

Patienten har haft en positiv oplevelse af samtalen med udskrivningsvisitatorerne, hvor hun oplevede at blive støttet i hendes egen vurdering af egne evner, og dermed undgik patienten scenariet med at få hjemmehjælp.

Den anden patient på 77 år har haft et langt forløb i hospitalssammenhæng, hvor han blandt andet har været i koma og fået sondemad. Han har en ide om, at der har været besøg af en udskrivningsvisitator under hans indlæggelse.

*Jeg mener, hun kom til Nykøbing og fortalte lidt om hjælpemidler, kontakt, hjemmeplejen og sondemad og alt det det. På det tidspunkt, der får jeg sondemad og sådan noget, og det gør, at det mest er konen, der ligesom tager sig af det. Jeg ved ikke rigtigt, hvad der sker. (Søren, patient)*

Patienten kan ikke huske mere om forløbet med udskrivningskoordinatoren, og derfor kontaktede vi efterfølgende hans kone med henblik på at få uddybet forholdene omkring samtalen. Konen fortæller i den forbindelse, at:

*Med hensyn til det, kan jeg kun sige, at jeg ikke har talt med en visitator i Lolland Kommune. Han var jo meget dårlig, han var indlagt to måneder i Roskilde og halvdelen til to måneder i Nykøbing. Han var meget dårlig, selvom han blev udskrevet. De fortalte mig derhenne [på Nykøbing Hospital, red.], at de havde haft besøg af en visitator fra Lolland Kommune. Der, hvor han blev udskrevet en fredag eller en lørdag, der var ikke arrangeret noget. Jeg måtte selv i gang med at ringe til kommunen, for at der kom en til at hjælpe med sondemad.*

*Vi havde besøg af en herhjemme, men kan ikke huske, om det var en sygeplejerske eller en visitator, det var der, vi fik hjælp til det med sondemad og medicin.*

*De [på hospitalet, red.] involverede ikke mig i noget med en visitator. Jeg tror, de fortalte Lars, at der kom en visitator, men jeg var ikke med.*

*Jeg har fået skrivelser på, at der har været en visitator, der har indgået nogle bestemte aftaler. Jeg fik sådan en udskrivningsrapport med hjem, hvor der stod efter aftale med visitator, hvad der skulle ske og sådan, men desværre var der så ikke nogen af tingene, der var klar.*

(Stine, pårørende)

Den pårørende har altså ikke selv haft en samtale med udskrivningsvisitatoren, hun har i stedet været i kontakt med personalet på hospitalet. Derfor kan patienten og hans kone ikke beskrive samtalen eller deres oplevelse heraf. Både patienten og hans kone fortæller, at de generelt er yderst tilfredse med den hjælp, de har modtaget fra Lolland Kommune. Dog var konen meget uforstående over for to forhold i forbindelse med sin mands forløb. For det første, at hjælpen og hjælpemidler ikke var klar ved mandens udskrivelse, her måtte konen selv kontakte kommunen på trods af, at der var aftalt en plan mellem hospitalet og kommunen. For det andet var der store udfordringer forbundet med mandens sondemad, her benyttes et bestemt sondesystem på hospitalet og et andet i kommunen. Rent praktisk doseres maden forskelligt i de to systemer. Det betød, at der skulle bestilles en ny sonde. Hjemmesygeplejerskerne forsøgte at skaffe andre slanger, og konen fik selv ansvar for at holde øje med, at sonden ikke dryppede for hurtigt i forhold til, hvad hendes mand var vant til.

*Det er jo en forfærdelig ting, at de bruger noget på sygehuset og noget helt andet i kommunen. Hvordan skal almindelige mennesker kunne finde ud af det? (Stine, pårørende)*

### 3.2.2 Opsamlende kommentarer

Som det fremgår ovenfor, har samtalerne med udskrivningsvisitatorerne på hospitalet ikke efterladt et blivende indtryk hos de interviewede patienter. Det kan på den ene side skyldes, at der er gået relativt lang tid fra patienternes indlæggelser og dermed møderne med udskrivningsvisitatorerne. På den anden side kan patienternes manglende erindring også indikere, at samtalen ikke har haft den store betydning for patienterne – eller samtalen har udgjort en minimal del af deres samlede forløb, og derfor husker de det ikke.

Samlet set er der tale om begrænsede tilbagemeldinger på de kommunale udskrivningsvisitatorers indsats. Kun en af patienterne kan således huske en samtale med en udskrivningsvisitator, og i et andet patientforløb kan patienten huske, at der er blevet talt om et besøg fra en udskrivningsvisitator, og hans kone har nogle papirer, hvor udskrivningsvisitatoren nævnes. Den første patient er tilfreds med sit forløb. I den anden patients forløb var der nogle aftaler mellem hospitalet og kommunen, der glippede i forbindelse med udskrivelsen. Patientens kone måtte eksempelvis kontakte kommunen for at få de rigtige hjælpemidler og hjælp i hjemmet, efter hendes mand blev udskrevet.

## 3.3 Omkostninger og effekt af Lollands fremskudte visitation

Dette kapitel beskriver registeranalysen af effekter og omkostninger ved fremskudt kommunal visitation i Lolland Kommune.

### 3.3.1 Population i registeranalysen

Interventionsgruppen i registeranalysen for Lolland Kommune omfatter 151 indlæggelser i perioden fra primo januar 2014 til primo maj 2015, hvor patienten er over 65 år, og hvor der er ydet fremskudt visitation<sup>19</sup>.

Kontrolgruppen er som for de øvrige casekommuner udvalgt ved propensity score matching blandt patienter over 65 år, som har været indlagt og udskrives til hjemmet i perioden 1. januar 2014 - 31. maj 2015, men som er bosiddende i andre kommuner end de fire casekommuner (Gribskov, Lolland, Vejle og Skanderborg). Metoden er nærmere beskrevet i afsnit 1.3. Kvaliteten af matchningen er god, dvs. at kontrolgruppen ligner interventionsgruppen med hensyn til de valgte matchingkriterier. Den standardiserede difference er maks. 1 % og således væsentligt under grænsen på 10 %, se Bilag 5.

Tabel 3.1 nedenfor viser baggrundskarakteristika for interventions- og kontrolgruppen i Lolland Kommune sammenlignet med landsgennemsnittet. Som forventet er modtagerne af fremskudt visitation ældre end gennemsnittet. De er oftere kvinder, akut indlagt, har et 2-3 gange længere

---

<sup>19</sup> Kun indlæggelser af personer over 65 år, som er registreret i Landspatientregisteret som udskrevet til hjemmet efter indlæggelse på somatisk sygehusafdeling, indgår i analysen. Patienter, som udskrives til hjemmet, afgrænses som patienter, hvor variabelen udskrivningsmåde (UDM) antager en af følgende værdier: 1 (afsluttes til alment praktiserende læge), 2 (afsluttes til praktiserende speciallæge), A (andet), K (afsluttes til sygehusafsnit (hjemmet)) og L (afsluttes til sygehusafsnit, venteforløb (hjemmet)).

indlæggelsesforløb og flere indlæggelser i det forløbne år sammenlignet med gennemsnittet. Patienterne lever således op til en række af de karakteristika, der kendetegner særligt svækkede ældre medicinske patienter.

**Tabel 3.1** Baggrundskarakteristika ved interventions- og kontrolgruppen i Lolland Kommune

	Interventionsgruppe (N=151)	Kontrolgruppe (N=1.110)	Landsgennemsnit*
Køn (andel kvinder)	60,3 %	60,3 %	50,4 %
Alder (gennemsnit)	81,6	81,5	76,7
Indlæggelsesmåde (andel akutte indlæggelser)	94,7 %	94,7 %	69,6 %
Antal sengedage (gennemsnit)	10,2	10,2	4,2
Antal indlæggelser i det foregående år (gennemsnit)	3,1	3,1	2,5

Note: \*) Gennemsnittet er beregnet for alle indlæggelser på somatiske sygehusafdelinger af patienter over 65 år, som er bosiddende i andre kommuner end de fire casekommuner (Gribskov, Lolland, Vejle og Skanderborg), og hvor patienten er udskrevet til hjemmet i perioden fra 1. januar 2014 til 31. maj 2015.

Kilde: Beregnet af KORA på grundlag af data fra LPR

### 3.3.2 Meromkostninger til drift og udvikling af fremskudt visitation

Meromkostninger til drift af fremskudt visitation er estimeret på baggrund af oplysninger fra Lolland Kommune indsamlet ved spørgeskema, jf. afsnit 1.3. Meromkostningerne er opgjort til 8.201 kr. pr. måned svarende til 98.406 kr. pr. år og i gennemsnit 440 kr. pr. patient/indlæggelse<sup>20</sup>, jf. Tabel 3.2.

**Tabel 3.2** Meromkostninger til drift af fremskudt visitation i Lolland Kommune

	Timer*		Kroner
	Leder	Medarbejdere	Leder og medarbejdere i alt
<b>Pr. måned</b>			
A) Skøn over ressourceforbrug til fremskudt visitation pr. måned	6	85	33.108
B) Skøn over ressourceforbrug til udskrivningskoordination pr. måned for de samme patienter, hvis kommunen ikke havde iværksat indsatsen	6	62	24.908
C) Skønnet ekstra ressourceforbrug til fremskudt visitation pr. måned (A-B)	0	23	8.201
<b>Pr. patient/indlæggelse</b>			
Skønnet ekstra ressourceforbrug til fremskudt visitation pr. patient/indlæggelse	0,00	1,23	440

Note: \*) Skøn over tidsforbrug til fremskudt visitation i en typisk måned er indberettet af kommunerne sammen med oplysninger fra kommunerne om antal patienter/indlæggelser, hvor der er ydet fremskudt visitation. KORA har på grundlag af de indberettede oplysninger beregnet det gennemsnitlige ekstra tidsforbrug pr. patient/indlæggelse.

Kilde: Beregnet af KORA på grundlag af oplysninger indberettet fra Lolland Kommune

<sup>20</sup> Det gennemsnitlige ekstra ressourceforbrug pr. patient/indlæggelse er opgjort ud fra en antagelse om, at der i gennemsnit ydes fremskudt kommunal udskrivningskoordination ved 18,65 indlæggelser/sygehuskontakter pr. måned. Gennemsnittet er beregnet ud fra oplysninger fra kommunen om antallet af indlæggelser/patienter i perioden fra primo september 2013 til ultimo april 2015, hvor der er ydet fremskudt kommunal udskrivningskoordination.

Lolland Kommune oplyser, at driften af fremskudt visitation – udover personaleressourcer – forudsætter bil og bærbar computer, der kan tilgå alle programmer. Denne type af omkostninger betragtes som overheadomkostninger, der er medregnet i enhedsprisen, jf. afsnit 1.3.

Meromkostningerne i forbindelse med udvikling af indsatsen er vanskelige at opgøre, da indsatsen blev igangsat i 2013, og da det er vanskeligt at skønne over tidsforbrug tilbage i tid. Lolland Kommune vurderer umiddelbart, at leder og medarbejdere har brugt i størrelsesordenen henholdsvis 25 timer og 120 timer på udvikling af indsatsen i opstartsfasen. Med de angivne enhedspriser i afsnit 1.3 svarer det til udviklingsomkostninger i størrelsesordenen 50.000 kr. Opgørelsen er forbundet med stor usikkerhed, men indikerer – ligesom i Gribskov Kommune – at meromkostningerne til udvikling har været forholdsvis små, og at udviklingen af indsatsen har været integreret i arbejdsopgaver, som alligevel skulle udføres.

Lolland Kommune oplyser, at meromkostningen ved fremskudt visitation er fuldt finansieret ved omprioritering inden for eksisterende rammer. Indsatsen er en del af visitationens opgaver, og der er ikke tilført ekstra midler til visitationen i forbindelse med iværksættelse af indsatsen.

### 3.3.3 Effekt på genindlæggelser

Fremskudt visitation kan muligvis reducere risikoen for genindlæggelse ved at medvirke til at sikre, at patienten får den nødvendige hjælp efter udskrivelse, hvorved der også er mulighed for at spare hospitalsomkostninger. Om dette er tilfældet i Lolland Kommune, undersøges i de nedenstående afsnit.

#### 3.3.3.1 Andel genindlæggelser

Registeranalysen viser – ligesom det var tilfældet for Gribskov Kommune – at der ikke er statistisk signifikante forskelle på andelen af genindlæggelser i interventions- og kontrolgruppen, jf. Tabel 3.3. Det gælder også, hvis der alene ses på akutte genindlæggelser. Analysen peger dog i retning af en mulig positiv effekt, idet andelen af genindlæggelser er mindre i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen.

**Tabel 3.3** Andel genindlæggelser inden for 30 dage, Lolland Kommune

	Interventionsgruppe	Kontrolgruppe	Forskel (ATT)	P-værdi*
Alle genindlæggelser	28,5 %	32,1 %	-3,6 %	0,365
Subgruppe: Akutte genindlæggelser	26,5 %	28,4 %	-1,9 %	0,624

Note: \*) P-værdi er beregnet ved tosidet t-test. Hvis p-værdi > 0,05, er forskellen ikke statistisk signifikant.

Kilde: Beregnet af KORA på grundlag af data fra LPR

#### 3.3.3.2 Omkostninger ved genindlæggelser

Registeranalysen viser heller ikke statistisk signifikante forskelle i omkostninger til genindlæggelser inden for 30 dage i interventions- og kontrolgruppen, jf. Tabel 3.4. Det gælder både hospitalsomkostninger i alt og hospitalsomkostninger finansieret af kommunerne via den kommunale medfinansiering. Igen peger analysen dog i retning af en mulig positiv effekt, idet de gennemsnitlige omkostninger ved genindlæggelser er mindre i interventionsgruppen end i kontrolgruppen.

**Tabel 3.4** Hospitalsomkostninger ved genindlæggelser inden for 30 dage, Lolland Kommune

	Interventionsgruppe	Kontrolgruppe	Forskel (ATT)	P-værdi*
Hospitalsomkostninger i alt	17.443 kr.	18.340 kr.	-897 kr.	0,809
Hospitalsomkostninger finansieret af kommunerne via den kommunale medfinansiering	3.487 kr.	3.761 kr.	-273 kr.	0,677

Note: \*) P-værdi er beregnet ved tosidet t-test. Hvis p-værdi > 0,05, er forskellen ikke statistisk signifikant.

Kilde: Beregnet af KORA på grundlag af data fra LPR og DRG-grupperet LPR

### 3.3.4 Forbehold

Analysen er forbundet med usikkerhed, ligesom det gælder for analyserne for de øvrige case-kommuner. Usikkerheden relaterer sig primært til opgørelsen af meromkostninger ved fremskudt visitation, men der er også usikkerhed forbundet med registeranalysen vedr. effekt på risiko for og omkostninger forbundet med genindlæggelser, jf. afsnit 2.3.4 for en nærmere beskrivelse heraf.

Som nævnt fokuserer analysen på genindlæggelser og undersøger ikke effekter af fremskudt visitation på fx antallet af ventedage (dvs. antal dage, hvor borgere er indlagt på sygehuset, efter at de er færdigbehandlede), visitation af praktisk hjælp og personlig pleje, hjælpemidler og boligændringer samt brug af kommunale aflastningspladser.

Det er dog Lolland Kommunes umiddelbare vurdering, at antallet af ventedage er uændret (kommunen oplyser, at kommunen ikke har ventedage). Kommunen kan ikke umiddelbart vurdere konsekvenserne af fremskudt visitation for visitation af praktisk hjælp og personlig pleje, hjælpemidler og boligændringer samt brug af kommunale aflastningspladser.

### 3.3.5 Opsamling

KORA vurderer på baggrund af analysen, at fremskudt visitation er omkostningsneutralt for Lolland Kommune. Dette skal ses i lyset af, at meromkostningerne ved drift af fremskudt visitation er forholdsvis små, idet indsatsen erstatter anden udskrivningskoordination. Hvis kommunen ikke havde haft indsatsen, ville udskrivningskoordinationen i stedet skulle klares ved skriftlig kommunikation og telefon samt enkeltstående udskrivningskonferencer. Samtidig ses en lavere andel af genindlæggelser inden for 30 dage og lavere hospitalsomkostninger forbundet hermed blandt patienter, som har modtaget fremskudt visitation, sammenlignet med kontrolgruppen. Forskellen er dog ikke statistisk signifikant. KORA formoder, at det kan skyldes, at datamaterialet ikke er stort nok til at påvise statistisk signifikante resultater.

## 4 Udskrivningsvisitatorer i Vejle Kommune

### 4.1 Resultater fra organisationsundersøgelsen

De nedenstående afsnit sammenfatter erfaringer og resultater af to indsatser, der er gennemført i Vejle Kommune indenfor de seneste år. Det drejer sig for det første om en omorganisering af Myndighedsafdelingen, som blev gennemført i perioden 2009-2011 for at få mere kvalitet og systematik i patienternes overgang fra hospital til kommune. For det andet om en udvidet indsats for at inddrage og informere ældre medicinske patienter om det kommunale efterforløb efter indlæggelser på Vejle Sygehus. Sidstnævnte indsats blev igangsat som en udvidelse af udskrivningsteamets opgaver, da der i 2013 blev tilført DÆMP-midler til Vejle Kommune. Da der er stor sammenhæng mellem de to indsatser og de resultater, der opleves som følge af dem, behandles de samlet i casebeskrivelsen.

#### 4.1.1 Baggrund, formål og målgruppe

I 2009 oprettede Region Syddanmark en ny samarbejdsaftale om udskrivinger og patientforløb, som skulle øge kvaliteten i overgangen mellem hospital og kommune. Aftalen blev kaldt SAM:BO og involverede regionens sygehuse, kommuner og praktiserende læger. I forbindelse med aftalen indførte regionen en elektronisk forløbsplan, hvor kommunikation mellem sektorerne skulle foregå. Samtidig blev reglerne for varsling af udskrivelse fra hospitalet ændret, så der ikke længere arbejdes med varslingsdage. I takt med at Region Syddanmarks SAM:BO-aftale blev implementeret, omlagde Vejle Kommune i perioden 2009-2011 sin visitationspraksis i forhold til udskrivelser.

Det var nødvendigt at ændre visitationspraksis, dels for at kunne honorere de nye forpligtelser i SAM:BO aftalen, og dels fordi der internt i visitationen var en oplevelse af, at for mange udskrivinger var mangelfuldt koordineret, og at opgaven blev løst forskelligt, fordi arbejdet med udskrivning var fordelt på for mange medarbejdere:

*Fordi vi var 25 visitatorer, der havde hver vores faste borgere, var kendskabet til hinanden ikke stort i forhold til udskrivelser... Man kunne komme tilbage fra 2 hjemmebesøg, og så havde man lige 7 udskrivelser også, det begrænsede muligheden for at besøge sygehuset og for at inddrage patienterne. (Udskrivningsvisitator)*

På baggrund af disse erfaringer blev det besluttet at koncentrere arbejdet med udskrivelser i et mindre team af visitatorer. Indsatsen blev i første omgang organiseret som et toårigt projekt, der løb fra 1. juni 2009 til 31. maj 2010. Evalueringen af projektet viste positive resultater: For det første oplevede de visitatorer, som ikke var i udskrivningsteamet, at arbejdet er blevet mere forudsigeligt, hvilket gav mulighed for øget fokus på den rådgivende og vejledende forpligtigelse samt sagsbehandling i de opgaver, der ikke var relateret til indlæggelse og udskrivning. Udskrivningsvisitatorerne oplevede tilsvarende, at udskrivelserne blev bedre koordineret, samtidig med at visitatorerne havde fået en langt mere synlig og systematisk tilstedeværelse på Vejle Sygehus i forbindelse med de komplekse patientforløb. På baggrund af de gode erfaringer blev det besluttet at videreføre udskrivningsteamet – og det tilhørende fokus på at besøge indlagte patienter på sygehuset – i drift.

**Individuelle samtaler med +65-årige patienter forud for udskrivelse:** Da Vejle i 2013 blev tilført midler fra DÆMP-indsatsen, blev midlerne bl.a. brugt til at opnormere udskrivningsteamet med en medarbejder i en toårig periode for at øge inddragelsen af patienter og pårørende i



forbindelse med udskrivelsen. Baggrunden var, at medarbejdere og patienter på Vejle Sygehus gav udtryk for, at det var svært at gennemskue, hvilke aftaler der blev indgået omkring hjælp og støtte efter udskrivelsen. Den udvidede indsats består derfor i, at en visitator, når udskrivelsen og den rette hjælp er aftalt og planlagt, besøger indlagte patienter (og evt. pårørende) med henblik på at gennemgå – og udlevere en oversigt over – den bevilgede hjælp, inden patienten udskrives. Målgruppen for samtalerne er alle patienter over 65 år, som har været indlagt på Vejle Sygehus (de fleste patienter er indlagt på en medicinsk afdeling), og hvor plejebehovet har ændret sig under indlæggelsen. Formålet er, at:

- patienten bliver inddraget og hørt en ekstra gang, så man er sikker på, at de har forstået de aftaler, der er indgået for udskrivelsen og den efterfølgende hjælp
- patienten er tryk ved overgangen til eget hjem, og at patient og pårørende oplever sammenhæng i forløbet
- sygehuspersonalet i mindre omfang skal være dem, der formidler, hvilke aftaler der er indgået for det kommunale efterforløb.

Samtidig er der opstillet en målsætning om, at 90 % af alle relevante patienter<sup>21</sup>, som er indlagt på de medicinske sengeafdelinger på Vejle Sygehus, får besøg, hvor de indgåede aftaler gennemgås under projektperioden<sup>22</sup>.

#### 4.1.2 Opstart og udvikling af udskrivningsteamet

**Projektorganisering og opstart af samarbejdet:** Vejle Kommune udarbejdede en projektbeskrivelse, som blev godkendt i april 2009, hvor der også blev oprettet en styre-/projektgruppe med deltagelse af ledere og nøglemedarbejdere fra begge sektorer.

Herefter blev der gennemført undervisning i SAM:BO aftalen (inklusive uddannelse af nøglepersoner i alle relevante funktioner) og de tilknyttede it-systemer/meddelelser, ligesom der blev lavet beskrivelser af udskrivningsteamets opgaver og snitflader til hhv. hospitalspersonalet, øvrige funktioner i Myndighedsafdelingen og kommunale/private udførere.

De første måneder af projektperioden havde særligt fokus på implementering af SAM:BO og anvendelsen af de elektroniske forløbsplaner, som SAM:BO introducerede, samt på at udvikle rammerne for visitorernes arbejde på Vejle Sygehus. Sideløbende blev der gennemført en introduktionsrunde, hvor udskrivelsesvisitorerne blev introduceret på sygehusets sengeafdelinger, samtidig med at samarbejdet om SAM:BO blev drøftet. De interviewede ledere fortæller, at der i opstarten var meget fokus på at skabe ejerskab omkring SAM:BO og visitorernes nye opgaver på sygehuset:

*Vi har gjort meget ud af det og holdt også projektdagsstart med kage på vores personalemøder og undervisningsseancer, og alle vores nye sygeplejersker, der bliver ansat, bliver også undervist i den del af hende sygeplejersken, der er med i projektet. (Afdelingssygeplejerske)*

Ledere og medarbejdere på hospitalet fortæller i den forbindelse, at de i udgangspunktet var positive over for, at udskrivningsopgaverne blev samlet på færre visitatorer, bl.a. fordi det gav mulighed for løbende og direkte dialog om indhold og kvalitet i de elektroniske forløbsplaner<sup>23</sup>, der skulle udgøre rygraden i den skriftlige kommunikation mellem sygehus og kommune. Derfor

<sup>21</sup> Der skal være en patient eller pårørende, som er i stand til at gennemføre samtalen og forholde sig til indgåede aftaler. Dvs. at fx svært demente uden pårørende ikke tilbydes samtaler.

<sup>22</sup> Til at begynde med var hospitalsindsatsen afgrænset til medicinsk afdeling, men den blev hurtigt udvidet til resten af afdelingerne på sygehuset, fordi det viste sig, at de relevante patienter var på alle sygehusets afdelinger.

<sup>23</sup> Forløbsplanen svarer til plejeforløbsplanen i MedCom-systemet.

er der også på tværs af interviews enighed om, at det er uproblematisk, når udskrivningsvisitatorerne arbejder på sygehuset. Dels fordi begge parter ser et behov for et tæt samarbejde, og dels fordi der i forvejen var en fælles indsats med at implementere SAM:BO aftalen.

**Udskrivningsteamets organisering, opgaver og bemanning:** Udskrivningsvisitatorerne består af et team på fire faste medarbejdere (+ en projektansat i perioden med DÆMP-midler), der har ansvaret for at planlægge udskrivninger. Hertil kommer fire vikarer i visitationen, som er oplært til at kunne træde ind, når der er ferie og sygdom.

Udskrivelsesvisitatorernes arbejde veksler mellem at have udvidet koordinering på sygehuset eller administrativt arbejde på kontoret i Myndighedsafdelingen, hvor deres opgaver bl.a. består af telefonpasning og besvarelse af MedCom-korrespondancer/plejeforløbsplaner, sagsbehandling og planlægning af udvidede koordineringer de kommende dage. Det betyder, at der, afhængigt af det aktuelle behov, arbejder 2-3 visitatorer på sygehuset i tidsrummet 9-13.

Selvom visitatorerne har deres eget kontor på sygehuset, møder de altid ind på visitationsafdelingen, hvor de arbejder de første timer. Visitatorerne fortæller, at det er en ledelsesbeslutning, og at de på den måde kan bevare en fast tilknytning til Myndighedsafdelingen, selvom de er meget på sygehuset – hvilket visitatorerne oplever er *rigtigt sundt for at minde os alle om, at vi er en del af teamet hernede*.

### 4.1.3 Dagligdagens struktur og opgaver

De næste to afsnit omhandler udskrivningsvisitatorernes daglige arbejdsopgaver. Først beskrives arbejdsdagens struktur og de overvejelser, interviewpersonerne har om denne. Bagefter beskrives fremgangsmåden for opsporing og afholdelse af samtaler med indlagte patienter.

#### **Arbejdsdagens struktur:**

**07.30-09.00 – forberedelse:** Udskrivningsvisitatorerne starter dagen på kontoret hjemme i visitationsafdelingen. Her bruges morgenen på at afrunde sagsbehandling fra dagen før og forberede udvidet koordinering på sygehuset. Forberedelsen sker med afsæt i de plejeforløbsplaner, der er sendt fra sygehuset, samt supplerende oplysninger fra det kommunale omsorgssystem eller direkte kontakt til relevante samarbejdspartner i fx hjemmesygeplejen.

**09.00- 13.00 – udskrivningskonferencer på Vejle Sygehus:** Dette tidsrum er afsat til udskrivningskonferencer og patientbesøg, hvor de indgåede aftaler gennemgås, inden patienterne udskrives. Hvis der opstår huller i programmet, eller hvis der er behov for at kontakte leverandører, hjælpemiddelområdet e.l., arbejder visitatorerne på det kontor, de har fået stillet til rådighed på sygehuset.

**13.00-15.00 – daglige opgaver i visitationen:** Eftermiddagene bruges i visitationsafdelingen, hvor visitatorerne færdiggør deres sagsbehandling, der ikke blev nået på hospitalet, og besvarer forløbsplaner, hvis der er behov.

#### **Opsporing af komplekse patienter og afholdelse af udskrivningskonferencer**

Det er i udgangspunktet udskrivningsvisitatorernes opgave at vurdere, hvornår der er behov for en udskrivningskonference. Vurderingen sker med afsæt i de plejeforløbsplaner, der sendes fra sygehus til Myndighedsafdelingen. Udskrivelsesvisitatorerne ser særligt på, om der er sket væsentlige ændringer i patientens funktionsniveau, og om der er tale om patienter, der ikke er kendt i kommunen. Herudover spiller visitatorernes faglighed og viden om patienterne også en rolle, når de vurderer behovet:

*Vi ser på den beskrivelse, der kommer i forløbsplanen, men også vores diagnosekendskab og forhistorien og historikken i patientsagen og så erfaring. Der er nogle diagnoser – fx hoftefraktur – der springer mere i øjnene end andre. (Udskrivningsvisitator)*

Det sker også i stigende grad, at sygehuset selv anmoder om en udskrivningskonference – fx når de vurderer, at der er brug for en midlertidig plads, når en patient i løbet af en periode har haft flere korte indlæggelser, eller hvis der er særlige hensyn at tage til pårørende. Anmodningerne sker typisk i selve plejeforløbsplanen eller telefonisk.

**Udskrivningskonferencer:** Når der er vurderet et behov for udskrivningskonference, afholder udskrivningsvisitatorerne et møde, hvor patient og eventuelle pårørende deltager. På møderne drøftes patientens generelle situation og behovet for hjælp og hjælpemidler ved udskrivelsen samt valg af leverandører. Den valgte leverandør og hospitalssygeplejerske, læge eller terapeut deltager også i mødet i det omfang, det er relevant.

Konferencerne holdes oftest så tidligt som muligt, for at visitatoren kan afdække behovet for hjælp, dokumentere det i borgersagen samt træffe en afgørelse. Samtidig skal visitatorerne orientere relevante samarbejdsparter om udskrivelsen, fx leverandøren, der, hvis borgeren har behov for hjælpemidler i forhold til arbejdsmiljøet, skal bestille hjælpemidlerne på depotet inden kl. 13. Udskrivningsvisitatoren videregiver også ansøgning til andre afdelinger indenfor Myndighedsafdelingen, fx sagsbehandlere for genbrugshjælpemidler eller boligændringer, sagsbehandlere for kropsbårne hjælpemidler og sagsbehandlere i socialpsykiatrisk eller socialpædagogisk team. Samtidig bevilger og bestiller visitatorerne fx madordning, nødkald og færdiggør ældre- eller plejeboligansøgninger fra den indlagte patient

*Sygehuset ved godt, at tidspunkterne bliver lagt, for at vi kan få folk hjem dagen efter, og derfor prioriterer de også at være med i møderne – og nogle gange melder de så, at de først kan kl. 10, fordi der er travlt, og så gør vi det i stedet. (Udskrivningsvisitator)*

**Kontakt og samarbejde med personale på hospitalsafdelingerne:** Udskrivningsvisitatorerne samarbejder med sygehuset dels skriftligt, ved kommunikation via plejeforløbsplaner og korrespondancer, dels telefonisk og dels ved udskrivningskonferencer på sygehuset. Ved udskrivningsvisitatorernes besøg på sygehuset for gennemgang af aftaleskemaet er der oftest ikke deltagelse af sygehusets personale.

Interviewpersonerne vurderer i forlængelse af ovenstående, at de er tilfredse med de arbejds-gange, der er etableret, fordi der er kontakt og dialog i de forløb, hvor det er nødvendigt, samtidig med at størstedelen af udskrivelserne håndteres effektivt indenfor de standarddrømmer, der er aftalt for kommunikationen ved indlæggelse og udskrivning.

#### 4.1.4 Udskrivningsvisitatorernes betydning for udskrivningsarbejdet

De nedenstående afsnit præsenterer interviewpersonernes vurdering af udskrivningsvisitatorernes betydning for samarbejde, kommunikation og patientforløb.

**Mere direkte kommunikation og bedre fornemmelse for patienternes funktionsniveau:** Interviewpersonerne vurderer på tværs af sektorer, at samarbejdet om udskrivning er blevet bedre, efter der er kommet udskrivningsvisitatorer. Forbedringerne forklares dels med, at der er etableret tættere relationer, som samarbejdet kan tage udgangspunkt i, men også med, at der er gjort et stort fælles arbejde med at implementere SAM:BO aftalen/MedCom-standarderne. Med det afsæt oplever interviewpersonerne, at der i dag er bedre viden om patienternes forløb

og forståelse for hinandens arbejdsvilkår, hvilket bidrager til, at de udfordringer, der dukker op i samarbejdet, bliver løst bedre, og at der opstår færre konflikter:

*Der er sket ændringer i deres [udskrivningsvisitatorernes, red.] forståelse for patientkategorierne og de tunge forløb, hvor de i højere grad selv ser patienten, og hvor frustrerede de og deres pårørende er. Det er positivt for dialogen om den hjælp, der skal iværksættes i kommunen. (Hospitalssygeplejerske)*

*Det har minimeret mange diskussioner, at vi i dag kender hinanden og forstår, hvad hinanden snakker om. (Kommunal leder)*

*Tidligere holdt vi os meget til varslingsreglerne. Så det blev en mur, vi alle sammen benyttede. I dag er der en meget større forståelse for, at vi er her med et fælles mål om at få borgeren hjem, og at vi alle sammen er her for borgerens skyld. (Udskrivningsvisitator)*

Et af de vigtige mål for udskrivningsvisitatorernes arbejde med udskrivningssamtaler er at sikre en korrekt vurdering af de komplekse patienters funktionsniveau, og at det er de rette patienter, der udskrives til midlertidige pladser<sup>24</sup>. Udskrivningsvisitatorerne vurderer selv, at omorganiseringen til et udskrivningsteam og det fremskudte arbejde på hospitalet giver en bedre vurdering af patienternes behov for hjælp, og at der er kommet mere kvalitet i udskrivelserne.

Dette bliver bekræftet af de interviewede kommunale udførere, som fortæller om samarbejdet, efter visitationen er blevet omlagt:

*Samarbejdet er meget bedre. Også når man skal beskrive en patients funktionsniveau. Før i tiden opgav man næsten, for man fik den bare tilbage. Men i dag er det et reelt samarbejde, hvor det, vi siger, betyder noget og kan diskuteres frem og tilbage for at finde en god løsning. (Kommunal medarbejder)*

Således oplever de kommunale udførere overordnet set omlægningen af visitationen som en positiv ændring.

**Tilgængelighed og fleksibilitet, der muliggør hurtigere udskrivinger:** Informanterne beskriver, at oprettelsen af et udskrivningsteam med en fast tilknytning til sygehuset muliggør et mere fleksibelt samarbejde, som understøtter en hurtigere koordinering af udskrivingerne. Samtidig er visitatorerne – efter at den udvidede indsats for +65-årige blev igangsat – blevet mere synlige for hospitalspersonalet, og det giver mulighed for hurtigt at få løst nogle mindre problemstillinger.

*Det er fint, vi har udskrivningsvisitatorerne i hverdagen, så vi kan snakke sammen. Det er nemt at snakke sammen – afstanden er mindre mellem os, også i telefonen, fordi tilstedeværelsen er større på sygehuset. Samtidig betyder nærheden, at vi får løst mange små ting hurtigere og mere fleksibelt, end vi ellers ville. (Hospitalsansat leder)*

På samme måde fortæller de interviewede hospitalsmedarbejdere, at de altid oplever, at visitatorerne er let tilgængelige og hurtige til at møde op på afdelingerne – begge dele er fordele, der

---

<sup>24</sup> Dette gælder naturligvis også for de ikke komplekse patientforløb, men det er i de særligt komplekse forløb, der holdes udskrivningssamtaler.

opleves essentielle i forhold til afdelingernes behov for at sikre et tilstrækkeligt flow af patienter på sygehuset:

*Når vi siger, at vi gerne vil have en udskrivningskonference, så er de lynhurtige til at melde tilbage, at de kommer dagen efter. Selvom vi ikke har et præcist udskrivningstidspunkt, kan vi jo lave en plan ud fra en formodning, og det synes jeg virkelig er noget, der har rykket fremad, at vi arbejder med at planlægge udskrivelsen tidligere i forløbet. (Hospitalssygeplejerske)*

*Den lidt hurtigere tilgang til resultatet er vigtig i sengeafdelingerne i dag, fordi vi har accelererede forløb, færre sengepladser og skal være meget strikse i vores håndtering. Der gør tilgængeligheden bestemt en forskel. (Hospitalsansat leder)*

Ovenstående opfattelse deles af visitatorerne, der også oplever, at de har fået bedre mulighed for at agere hurtigt i de forløb, der arbejdes med, og at der i dag er stor gensidig fleksibilitet, når der skal aftales udskrivningssamtaler med leverandører og pårørende.

**Flere og bedre udskrivningskonferencer:** Informanterne vurderer, at antallet af udskrivningskonferencer om patienter fra Vejle Kommune steg, efter at der blev oprettet et fast udskrivningsteam. Der er også en fælles oplevelse af, at udskrivningskonferencerne – selvom mange ting i dag kan klares via den elektroniske kommunikation – fortsat er et nødvendigt redskab i de komplekse forløb. På den anden side oplever hospitalspersonalet også et behov for at have klare rammer for deres deltagelse i konferencerne, samt for at de afvikles på en måde, der er så tidseffektiv som muligt for hospitalet.

Hospitalssygeplejerskerne fortæller i den forbindelse, at der er konferencer, hvor de kun har mulighed for at formidle deres viden om patienten til udskrivningsvisitatoren over telefonen eller på afdelingen umiddelbart inden samtalen. Hovedreglen er dog fortsat, at hospitalspersonalet deltager, og interviewpersonernes oplevelse er samtidig, at konferencerne i dag er langt bedre struktureret og effektive end tidligere. Det afspejles fx ved, at hospitalspersonalet – i modsætning til tidligere – typisk kun deltager i begyndelsen af mødet. Her er deres rolle at dele deres viden omkring indlæggelsen, det aktuelle funktionsniveau, som hospitalet ser, og hvilken behandling og pleje der kan forventes efter udskrivelsen. Herefter tager de kommunale aktører resten af snakken og planlægningen af udskrivelsen – og det er ifølge hospitalssygeplejerskerne en fin fordeling af opgaverne.

De kommunale udførere oplever på samme måde en positiv udvikling i kvaliteten af udskrivningskonferencerne. Dels fordi de i højere grad bliver inviteret med til møderne, og dels fordi de oplever et bedre udbytte af de møder, der holdes. Selvom det er svært at sætte tid af til møderne, prioriterer de derfor deltagelsen højt:

*Vi bliver i langt højere grad inviteret med, når der skal udskrives en borger, vi ikke kender, så dialogen mellem myndighedsafdeling og borger og pårørende starter på et tidligt tidspunkt, så vi får en god start. (Kommunal medarbejder)*

Ovenstående erfaringer skal ses i lyset af, at der bliver holdt meget få udskrivningskonferencer om patienter, der er indlagt fra de andre kommuner i sygehusets optageområde. Hospitalspersonalet har i den forbindelse forståelse for, at de andre kommuner har for få patienter og for meget transport til, at det kan lade sig gøre at arbejde på samme måde som Vejle. Derfor forsøger fx Kolding og Fredericia kommuner at holde videokonferencer som alternativ til det fysiske fremmøde, men ifølge interviewpersonerne er:

*Det vældigt svært at få til at fungere, når vi har at gøre med gamle mennesker, der har svært ved at forholde sig til, at de skal tale med nogen inde i et fjernsyn. (Hospitalssygeplejerske)*

Der har derfor indtil videre været holdt meget få videokonferencer, og sygeplejerskerne vurderer ikke, at disse på nuværende tidspunkt udgør et anvendeligt alternativt i planlægningen af de ældre patienters udskrivesforløb.

**Forløbsplaner og elektronisk kommunikation bidrager positivt til udskrivningssamarbejdet:** Informanterne oplever, at forløbsplanerne og den elektroniske kommunikation har gjort det lettere at planlægge udskrivesforløb. De kommunale fagpersoner ser det i den forbindelse som positivt, at sygehuset er begyndt at forholde sig mere aktivt til at planlægge udskrivelserne:

*Udskrivningsvisitator 1: Pludselig var der nogle ting, som blev fanget, fordi sygehuset er tvunget til at tage stilling til nogle ting i forløbsplanen, inden de sender borgeren hjem.*

*Udskrivningsvisitator 2: Ja, og der er stadig flere, som er gode til også at skrive oplysninger af god kvalitet og ikke bare krydse af i felter.*

Især de hospitalsansatte oplever det som en stor lettelse for arbejdsbyrden, at de ikke længere er begrænset af telefontider, når de skal have kontakt til kommunen.

*Det gav en vild frihed, at man kunne skrive til dem, når man havde et ledigt hul, og ikke skulle sidde ved telefonen. Telefontiden var tidligere meget begrænset, så det var meget svært at fange dem. (Hospitalssygeplejerske)*

Informanterne fortæller, at den elektroniske kommunikation især er brugbar i forhold til ukomplicerede forløb, og at dette frigiver tid til de øvrige arbejdsopgaver. Dog er dialog og personlig kontakt stadig nødvendig, når det drejer sig om komplicerede patienter:

*For de meget komplekse patienter er det skriftlige bare ikke godt nok, men det kan bruges til lige at opsummere nogle ting. Det, at vi har fået den elektroniske kommunikation, har sparet rigtig meget tid generelt. Det har i hvert fald givet os tid til alt det, vi skal oveni. (Hospitalssygeplejerske)*

På trods af at informanterne overordnet set er glade for den elektroniske kommunikation, er der enighed om, at der fortsat er plads til forbedringer. Samtidig opleves overgangen til MedCom-standarder på nogle områder som et tilbageskridt sammenlignet med det system, der var implementeret med SAM:BO. Tilbageskridtet, der opleves af udskrivningsvisitatorer, beror på en teknisk udfordring. Efter MedComs plejeforløbsplaner er blevet indført, er der ikke længere en "besvar knap" som i de gamle forløbsplaner, hvilket gør processen med at besvare mere tidskrævende. Plejeforløbsplanen er også sværere at overskue, når den skal kopieres ind i det kommunale omsorgssystem.

Endvidere peges der på tværs af interviews på, at indlæggelsesrapporterne, funktionsevnevurderingerne og hjælpemiddeloversigterne er områder, hvor det fortsat er vigtigt at øge kvaliteten af den information, der sendes frem og tilbage. Det fremstår dog som et område, begge parter har fokus på, samt et område, hvor der løbende følges op på kommunikationen på lokale tværssektorielle møder. Derfor er der også en fælles forventning om/oplevelse af, at kvaliteten løbende bliver bedre.

**Erfaringer med den udvidede DÆMP-indsats, hvor der holdes individuelle samtaler med indlagte patienter umiddelbart inden udskrivelse:** Udskrivningsvisitatorerne fortæller, at

der er afholdt færre samtaler med patienter omkring de indgåede aftaler end forventet. Det skyldes dels, at flere patienter end antaget har været for kognitivt svækkede til at få et udbytte af samtalerne, dels at flere udskrives til midlertidigt ophold (som ikke indgår i projektet), og dels at det ikke i alle tilfælde lykkes at nå at afholde samtalen, før patienterne bliver udskrevet. Der er således kun afholdt ca. 150 samtaler om året i forhold til det forventede antal, som var sat til 200 om året.

Visitatorerne og de hospitalsansatte forbinder til gengæld de samtaler/aftalegennemgange, der bliver afholdt, med en række positive aspekter. Udskrivningsvisitatorerne vurderer således, at patienter og pårørende er glade for samtalerne og udtrykker, at de giver mere tryghed omkring overgangen til eget hjem. Samtidig bliver der ofte afklaret tvivlsspørgsmål og lavet mindre justeringer i beskrivelsen af den aftalte hjælp.

Som illustreret i citaterne nedenfor, vurderer hospitalspersonalet også, at samtalerne er med til at give patienter og pårørende klarhed og tryghed over de aftaler, der er indgået. Samtidig ses samtalerne som en kilde til aflastning af personalet på hospitalsafdelingerne:

*Patienterne er mere trygge ved at komme hjem, efter de er begyndt at gennemgå aftalearkene. Det giver ro og sparer ofte et ring i klokkesnoen af bare utryghed. (Hospitalssygeplejerske)*

*Der er heller ikke så mange spørgsmål, og når der er, er det lettere for os at svare på, når der ligger et aftaleark, vi kan tage udgangspunkt i. (Hospitalssygeplejerske)*

*Der er ingen tvivl om, at aftalearket lukker nogle konflikter. Vi har nogle pårørende i dag, der er meget oplyste og opsøgende for deres forældre, og der er konflikter i forhold til forventninger, og de stiller krav og har læst sundhedsloven. Når man har et aftaleark som det her, er det meget nemt hurtigt at få lukket de lange debatter om, hvad der er ret og rimeligt. Det er en konflikt-lukker på mange områder. (Hospitalssygeplejerske)*

De interviewede medarbejdere og ledere fra hjemmeplejen og hjemmesygeplejen i kommunen har til gengæld ikke mærket nogen effekt af de individuelle samtaler – som *vi faktisk ikke var klar over fandt sted*. Som nedenstående citat illustrerer, peger leverandørerne også på, at bedre forventningsafstemning på sygehuset ikke er ensbetydende med, at forventningerne også er afstemt, når patienterne er kommet hjem:

*Vi oplever ikke umiddelbart en forandring. Nogle gange lukker man måske en uenighed med pårørende, men nogle af dem tænker bare vent til de kommer hjem, og så får vi dem bare i stedet for eller alligevel. Vi tænker ikke, der er sket nogen revolution det sidste år. (Kommunal leder)*

#### 4.1.5 Udfordringer, ønsker og udviklingspotentialer

##### **Akutafdelingen skal geares til at koordinere udskrivelse**

Udskrivningsvisitatorerne kommer stort set ikke i akutafdelingen, selvom mange komplekse patienter udskrives direkte fra denne. Derfor ser de interviewede ledere et stort fremadrettet potentiale for at styrke akutafdelingens fokus på at forholde sig til udskrivelsen helt fra starten af indlæggelsesforløbet:

*Udfordringen er hastigheden, som forløbene har. Tingene går enormt hurtigt. Vi har en organisation, hvor man starter i akut visitationsafdelingen, og de er på ingen måde gearet til at varetage udskrivelse af patienter på en kvalificeret måde, hvis der er*

*noget udover almindelig rengøring og medicin. De er slet ikke gearet i deres hoveder til at tænke de her komplekse forløb. Der synes jeg, vi har en udfordring, fordi der bliver patienterne ikke inddraget de første to døgn. Det betyder, at når de så lander i sengeafdelingen, er de allerede mere eller mindre klar til at skulle udskrives, men der er ikke forberedt noget, og så skal tingene gå så stærkt, at vi slet ikke har mulighed for at inddrage den meget svækkede patient og få forventningsafstemt, hvad det er, de mener, de har brug for, og hvad der er mulighed for. Det er en udfordring, som vi arbejder stenhårdt på at få dem oplært til at tage vare på akutafdelingen. Men det er ikke det, der er lagt op til i konceptet, og mentalt er de slet heller ikke gearet til det, men i praksis må man bare sige, de bliver nødt til at forholde sig til, at det er det, der skal til at ske, fordi forløbene er så hurtige. (Hospitalsansat leder)*

#### 4.1.6 Sammenhæng med opfølgende hjemmebesøg

Arbejdet med fremskudt udskrivningskoordination i Vejle indebærer ikke et særligt fokus på at opspore/henvise relevante patienter til opfølgende hjemmebesøg. Det skyldes, at opgaven er forankret på hospitalet, samt at hospitalet sender henvisningerne direkte til den kommunale hjemmesygepleje. Interviewpersonerne vurderer derfor ikke, at udskrivningsvisitatorerne gør nogen forskel på, hvor mange patienter der henvises, eller hvor mange besøg der gennemføres.

## 4.2 Patienters og pårørendes perspektiver

De nedenstående afsnit præsenterer fire patienter og to pårørendes perspektiver på udskrivningsvisitationen i Vejle Kommune. Perspektiverne er afdækket via telefoninterview gennemført umiddelbart efter patienternes udskrivelser i september og et interview i oktober 2015. Det lykkedes dog først at lave aftaler med de to pårørende – Mette og Kirsten – efter deres forældre er gået bort. Det betyder på den ene side, at de pårørende kan reflektere over hele forløbet, men samtidig betyder det, at der gået lidt tid, siden de har haft samtalen med udskrivningsvisitatoren.

Fire af de seks patienter er udskrevet til eget hjem, mens to er udskrevet til en kommunal aflastningsplads. Patienterne har været indlagt af forskellige årsager, som er infektioner, problemer med benene, vand i kroppen, knæoperation og en har brækket hoften og bækkenet efter et biluheld.

### 4.2.1 Patienternes perspektiver på udskrivningsvisitatorerne

På tværs af interviews fortæller patienterne, at de husker samtalen med udskrivningsvisitatoren på hospitalet. Samtidig fremgår det, at de har et positivt personligt indtryk af udskrivningsvisitatorerne og forløbet af samtalen:

*Ja, der var hende visitatoren, hun var en meget sød dame. Vi snakkede sammen en enkelt gang. Det er bare fint nok, det synes jeg. Det er jo også vigtigt, at de ved, hvad der kan lade sig gøre, så de ikke lover noget forkert til den, der ligger i sengen. (Katrine, patient)*

*Ja, vi snakkede sammen der om mandagen, hvor jeg skulle hjem om onsdagen [...] Samtalen var fin. De havde godt styr på det. Jeg synes, det var godt at få snakket om, vi snakkede også om alt muligt andet, men vi kom omkring det, vi skulle. (Inger, patient)*



*Ja, vi talte sammen. Jeg tror, hun var der en enkelt gang. De kommer jo bare, og så forklarer de, hvad man er berettiget til, og så er det det. Der er ikke så meget positivt eller negativt at sige til det. Men det er dejligt, man kan få den hjælp, man har brug for. (Susanne, patient)*

Som det fremgår, oplever de citerede patienter, at de på en positiv måde er informeret om, hvad der skal ske ved hjemkomst, og de er generelt tilfredse med forløbet af samtalen. Det påpeges samtidig, at det er væsentligt, at udskrivningsvisitatoren ikke lover noget, kommunen ikke kan leve op til.

For de to døtre Mette og Kirsten har samtalen med visitator haft en anden karakter, da patienten i begge tilfælde har været i den sidste fase af sit liv. Fokus for døtrene har derfor været på at sikre, at den sidste tid blev så god som muligt for henholdsvis deres mor og far. Begge de pårørende har et positivt indtryk af udskrivningsvisitatoren, der, som illustreret i citatet nedenfor, havde en afgørende betydning for, at der blev truffet de rigtige beslutninger i forhold til udskrivningen:

*Ja, vi snakkede med udskrivningsvisitatoren og med ergoterapeuten, hende fra team 2, fra det område, hvor mor og far bor i Vejle, og så var der to sygeplejersker med, afdelingssygeplejersken og en ung sygeplejerske [...] Jeg synes, vi fik en god drøftelse af det med udskrivningsvisitatoren. Hun var også enig i vores vurdering af min mor, så det blev ikke, som sygehuset havde sagt. Heldigvis. (Mette, pårørende)*

*Det var jo en sød person fra kommunen, og der var en sygeplejerske med. Men det er ikke helt afstemt, det der sker. Der sidder en halvdød mand der, min mor kan ikke klare det mere, hun har passet ham derhjemme indtil nu [...] Ved mødet bliver det afgjort, at min far ikke kan komme hjem, så han bliver skrevet op til plejehjem og udskrevet til en kommunal aflastningsplads. Vi ansøger om plads på hospice, men det viser sig at være helt umuligt. (Kirsten, pårørende)*

Som det fremgår, støttede udskrivningsvisitatoren Mette i forståelsen af, at hendes mor var for svag til at blive udskrevet til eget hjem, hvilket ellers var, hvad sygehuset havde lagt op til. På samme måde ender mødet omkring Kirstens far med, at han ikke bliver udskrevet til eget hjem, hvilket er positivt, selvom det ikke indfrier ønsket om at komme på hospice.

#### 4.2.2 Indholdet i samtalerne mellem patient, pårørende og udskrivningsvisitator

For at give indblik i samtalerne mellem patienter, pårørende og udskrivningsvisitator sættes her fokus på indholdet i de konkrete samtaler, som interviewpersonerne har oplevet dem.

Som vi tidligere har beskrevet det i organisationsanalysen, arbejder udskrivningsvisitatorerne i Vejle med en udvidet indsats, hvor de mødes med DÆMP-patienter for at gennemgå de aftaler og planer, der er lagt for efterforløbet i kommunen. Ifølge oplysningerne fra Vejle Kommune er der lavet aftalegennemgange med Susanne, Katrine, Inger og Kalle. Som det fremgår af citaterne nedenfor, er det dog ikke et særskilt element, patienterne har bidt mærke i – i hvert fald ikke i en grad, hvor de kan forholde sig til den ekstra gennemgang:

*Jeg kan ikke huske noget skema, nej, det kan jeg ikke huske. (Inger, patient)*

*Den kan jeg altså ikke huske den seddel der. (Katrine, patient)*

*Nej, det siger mig altså ikke noget. (Susanne, patient)*

*Det kan jeg godt nok ikke huske noget om. (Kalle, patient)*

Til gengæld kan patienterne godt huske, hvad de i øvrigt har talt med udskrivningsvisitatoren om:

*Det var for at få lidt rengøringshjælp. Det er det, jeg har brug for, jeg kan jo ikke noget selv, sådan som jeg går nu. Det kan jeg ikke, så det har jeg fået bevilget [...] Jeg har jo også hjemmeplejen flere gange om dagen, jeg har jo ellers haft nogle år, hvor jeg har klaret mig selv. (Susanne, patient)*

*Vi snakkede en del om hjælpemidler, ja det gjorde vi. Det var, fordi jeg skulle have en rollator og eventuelt en minicrosser, fordi jeg har ikke så meget luft, så jeg kan ikke engang gå rundt om blokken herude, det har jeg ikke luft til mere, det kan jeg ikke magte mere [...] Så snakkede vi om hjælp. Der kommer en hver dag til personlig hjælp, og det er gerne her ved middagstid. Det aftalte vi, for det er det tidspunkt, der passer mig bedst. (Katrine, patient)*

*Vi snakkede om alt, hvad der skulle ske, når jeg kom hjem, med hjælp og alt det. Det var sammen med en ergoterapeut eller en fysioterapeut [...] Jamen det var sådan, hvordan det ellers gik. Jamen altså, det handlede om noget træning, og hvad jeg skulle have af hjælp fra hjemmehjælpen. Jamen, jeg får hjælp om morgenen til at få støttestrømper på, fordi jeg kan godt vaske mig selv foroven og forneden og tage tøj på. Det er kun det med strømperne, ja og så reder hun min seng [...] Jeg har en hospitals seng og en toiletforhøjer og en rollator, nå ja også en badebænk. Det var meget angående hjælpemidler. Ja, det var det, vi fandt ud af til samtalen, det var det, vi snakkede om. (Inger, patient)*

*Jeg blev tilbudt 3 forskellige producenter af hjemmehjælp. Jeg skal have hjælp til at skifte mit kateter om morgenen og aftenen. (Kalle, patient)*

Som det fremgår, har omdrejningspunktet for samtalerne været en bred palet af hjælpemidler, hjemmehjælp og træning. Hvad den enkelte patient havde behov for hjælp til, og hvad patienten selv kan klare blandt andet ved hjælp af hjælpemidler.

Som tidligere nævnt havde de to pårørendes samtale med udskrivningsvisitatoren et andet fokus, nemlig på rammerne for deres forældres sidste tid, idet der er tale om to døende patienter. Mette fortæller i den forbindelse, at:

*Mødet var foranstaltet af Vejle Kommune, det var på baggrund af, at sygehuset mente, hun skulle udskrives, de kunne ikke gøre mere, nu skulle hun behandles i eget hjem. Jeg siger dig, min mor kunne ingenting selv! Men altså medicinsk afdeling mente, hun var klar til udskrivelse og behandling i eget hjem. Så skulle hjemmet indrettes til sygestue, og hjemmehjælpen skulle komme 10 gange om dagen [...] Udskrivningsvisitatoren beder mor om at rejse sig op, og det kan hun ikke. Så ombestemmer udskrivningsvisitatoren sig, og mor kommer ikke hjem, men på aflastning i stedet [...] Altså hvis hun [udskrivningsvisitatoren, red.] ikke havde set det [at hun ikke kunne rejse sig, red.], så var min mor kommet hjem, hvem skal tage ansvaret. Hvis vi ikke havde været der, og hun ikke havde været her, så var hun kommet hjem [...] Hvis der havde deltaget en læge, så havde udskrivningsvisitatoren også haft andre muligheder for at vide, hvad der skulle tages hensyn til. (Mette, pårørende)*

Som det fremgår, oplever Mette ikke, at der fra hospitalets side bliver taget ansvar for, hvad der skal ske med hendes mor. Derfor bliver samtalen med udskrivningsvisitatoren afgående for, at

rammerne for den sidste tid for Mettes mor bliver så gode som muligt, og at hun undgår at blive udskrevet til eget hjem.

Samtalen omkring Kirstens far rummer grundlæggende den samme problematik, fordi der også her skal tages stilling til, hvorvidt hendes far skal udskrives til eget hjem eller ej. Kirsten fortæller i den forbindelse, at:

*Det var jo en sød person fra kommunen, og der var en sygeplejerske med. Men det er ikke helt afstemt, det der sker. [...] Jeg mener, at der skulle have deltaget en læge i det møde. Der skulle have deltaget en, der er faglig kompetent til at kunne skelne mellem, om det her er en patient, der skal genoptrænes, eller er han palliativ... (Kirsten, pårørende)*

Som det fremgår, efterlyser Kirsten, at der deltager en læge i samtalen, fordi hun oplever, at der mangler en klar fælles forståelse for, at der er tale om et palliativt forløb, samt hvad dette indebærer.

#### 4.2.3 Oplevelsen af overgangen fra hospital til kommune

Et væsentligt element i den fremskudte visitation er at understøtte en tryk overgang fra hospital til kommune. Billedet af overgangen fra hospital til kommune blandt de interviewede patienter fremstår generelt positivt, som det er illustreret i nedenstående citat:

*Jamen, jeg var tryk nok ved at komme hjem, altså det var jeg. Selvfølgelig det har da gjort noget, at jeg har snakket med dem [udskrivningsvisitatoren, red.], men altså jeg mangler ikke noget. Det med hjælpen, det kan man ikke sige noget til. Jeg synes, jeg er blevet behandlet godt. Jeg kunne sige til dem, hvis det ikke var nok. (Inger, patient)*

Et par af patienterne giver dog også eksempler på, at de har været utrygge ved at blive udskrevet og komme hjem fra hospitalet, og der har været enkelte knaster ved forløbene:

*Nej, jeg var ikke så glad for det, jeg var ikke tryk ved det [at skulle udskrives, red.]. For jeg vidste ikke, hvordan jeg skulle forholde mig, men der var ikke noget at gøre, der var ikke mere plads på sygehuset. Jeg tænkte meget på, hvordan vil det hele fungere, får jeg hjælp, når jeg har brug for det. En stomi kan blive utæt, hjemmeplejen, de kommer så hurtigt de kan, men de kan jo ikke være her med det samme. Men det har fungeret godt nok. Jeg ordner selv den stomi. Og jeg har ikke haft uheld, siden jeg kom hjem. Men det kan man jo godt blive lidt usikker med. (Susanne, patient)*

*Jeg har bestemt ikke været tryk ved det, det har været hele forholdet omkring at få det til at fungere herhjemme. Alt det med kateteret [...] Jeg må indrømme, at det havde en lidt skidt start. Den første, hun kom om aftenen, den næste skulle komme om morgenen, men der kom så ikke nogen. Nu er jeg så heldig, at min kone er uddannet sygeplejerske, så hun kunne hjælpe mig [...] Men det er jo et voldsomt pres, der bliver lagt på hende. (Kalle, patient)*

Derudover oplever Kalle, at de hjælpere, der skal skifte hans kateter, virker usikre på opgaven.

Katrine har oplevet at blive stillet noget i udsigt i samtalen med udskrivningsvisitatoren, som kommunen derefter ikke har imødekommet:

*For hende der visitatoren, hun kunne godt se, at jeg havde brug for en minicrosser, hun sagde, at hvis jeg ikke var berettiget til det, så er der ingen, der er det. Jeg har*

*KOL i stor stil og også lungekræft [...] Min mand ringede til kommunen, og det var afslag, fordi den dame [udskrivningsvisitatoren, red.], der var oppe hos mig, hun kunne ikke bevilge noget som helst, for det var ikke hende, der sad på pengekassen [...] Vi skulle selv betale en del af det, men det ville vi også gerne, men at købe en ny, det er for dyrt. For jeg havde faktisk set frem til, at jeg kunne få den minicrosser der. (Katrine, patient)*

Det er væsentligt for patientens oplevelse af forløbet, at der ikke lovedes noget, som det efterfølgende ikke er muligt at leve op til. Det gælder både i forhold til dyre hjælpemidler som en minicrosser, men også når det gælder aftalte besøg fra hjemmeplejen eller private udbydere af hjemmehjælp. Derudover kan manglende hjælp gå ud over patientens pårørende, der må tage over, når hjælpen udebliver.

I det følgende ses der nærmere på perspektiverne fra de to pårørende. Kirstens far og Mettes mor bliver ikke udskrevet til eget hjem, men til aflastningspladser i kommunen. I begge tilfælde oplever de pårørende, at deres forældre udskrives, inden de er færdigbehandledede. Kirstens far bliver indlagt med en blærebetændelse og udskrevet med en ny, og Mettes mor bliver udskrevet med diarre, selvom der står i udskrivningspapirerne, at hun har normal afføring. Fra Mettes side fremhæves udskrivningsvisitatorens rolle flere gange positivt. Specielt beslutningen om, at Mettes mor ikke blev udskrevet til eget hjem, har de pårørende været meget glade for.

For Kirsten som pårørende har overgangene mellem hospital og aflastningsplads og tilbage igen ikke fungeret optimalt:

*Jeg vil sige, at jeg har været på overarbejde, jeg har passet mit job, hentet min mor og kørt hende derud, passet min far. For det, der skete derude, det var ikke på det sygeplejeniveau, som det er på et hospice. Det er anstrengende for min mor og far, at han har fået en aflastningsplads så langt væk [...] Så kom der en genoptræningsplan fra Vejle kommune. Vi var slet ikke på samme side. Den her mand, han var ikke et sted, hvor han skulle trænes. Det med at tilbyde en genoptræning, det var bare noget papir. Han blev tryksårstruet efter 3 uger. Til mødet havde vi aftalt, at han skulle have en bestemt madras eller en bestemt stol, men i stedet for lå han på en dårlig madras, og det var bare ikke godt. Jeg lavede også selv mundpleje på ham [...] Så blev han dårlig igen, og han blev indlagt, og så startede vi det hele igen. På sygehuset startede de op på antibiotika igen. Der mødte vi så heldigvis en læge, der godt kunne se, hvordan det så ud, og som lyttede. (Kirsten, pårørende)*

Kirsten har som pårørende således haft et stort ansvar for sin fars situation, hun har blandt andet selv udført plejeopgaver. Derudover oplever Kirsten ikke, at aftalerne fra samtalen med udskrivningsvisitatoren overholdes, hendes far får ikke en speciel madras og bliver derfor tryksårstruet. Derudover tilbyder kommunen genoptræning, og der udarbejdes en genoptræningsplan, hvilket opleves malplaceret, og Kirsten havde i stedet ønsket sig et blik på hendes far, der havde fokus på, hvordan han kunne få en værdig afsked med livet.

#### 4.2.4 Opsamling

Det fremgår af de ovenstående afsnit, at udskrivningsvisitatorerne overordnet har sat sig en række positive spor i patienter og pårørendes oplevelse af indlæggelses- og udskrivningsforløbet. Samtidig ses det, at mødet med visitatorerne og indholdet i samtalerne er forskelligt, alt efter hvad der skal udskrives til:

**For de fire patienter** handler det om at få livet efter indlæggelsen til at hænge sammen. Derfor er fokus for patienterne blandt andet på hjemmehjælp og hjælpemidler. Det fremgår af de ovenstående afsnit, at de interviewede patienter ikke husker gennemgangen af aftalearket med udskrivningsvisitatoren som et centralt element i forløbet. Til gengæld opleves udskrivningssamtalen med udskrivningsvisitatoren som en kilde til viden om, hvad der sker i overgangen mellem hospital og hjemmet. For de fire interviewede patienter gælder det, at deres samtaler med visitator primært handlede om praktiske forhold, herunder hvordan de kan få hverdagen til at fungere.

Patienterne oplever i den forbindelse mødet med udskrivningsvisitatorerne positivt. Specielt fordi de bliver mødt fysisk af en person og får mulighed for at tale om og ændre planerne om for eksempel udskrivelse til eget hjem under indlæggelsen. Derudover har de patienter, som fik bevilget ydelser og hjælpemidler, en positiv oplevelse af, at der var styr på hjælpemidler og hjælp i hjemmet inden hjemkomsten.

**For de to pårørende** – Mette og Kirsten – har mødet med udskrivningsvisitator handlet om at skabe de bedst mulige forhold for henholdsvis deres mor og far i den sidste tid af deres liv. I begge forløb spillede udskrivningsvisitatorerne en positiv rolle for, at deres døende forældre ikke blev udskrevet til eget hjem. Interviewene illustrerer dog også, at der er mange dilemmaer, der skal håndteres, når stærkt svækkede eller terminale patienter udskrives fra hospitalet. Samtidig oplever Kirsten, at hun i en række tilfælde har været nødt til at tage ansvaret for sammenhænge og konkrete opgaver i relation til hendes fars forløb.

## 4.3 Omkostninger og effekt af Vejles fremskudte visitation

Dette kapitel beskriver registeranalysen af effekter og omkostninger ved fremskudt kommunal visitation i Vejle Kommune. Analysen er gennemført for henholdsvis (1) almindelig udvidet koordinering, hvor en kommunal udskrivningskoordinator besøger patienten på sygehuset inden udskrivelse, og (2) gennemgang af aftaleskemaer, hvor en kommunal udskrivningskoordinator besøger patienten på sygehuset inden udskrivelse og gennemgår aftaleskemaet, der er udarbejdet ud fra visitationsafgørelsen.

### 4.3.1 Population i registeranalysen

Interventionsgruppen i registeranalysen vedr. almindelig udvidet koordinering omfatter 277 indlæggelser, mens registeranalysen vedr. gennemgang af aftaleskemaer omfatter 101 indlæggelser. Indlæggelserne vedrører patienter over 65 år, der har været indlagt i perioden fra august 2014 til maj 2015, og hvor patienten har modtaget enten udvidet koordinering eller fået gennemgået aftaleskema<sup>25</sup>.

Kontrolgruppen er som for de øvrige casekommuner udvalgt ved propensity score matching blandt patienter over 65 år, som har været indlagt og udskrives til hjemmet<sup>26</sup> i perioden 1. januar 2014 – 31. maj 2015, men som er bosiddende i andre kommuner end de fire casekommuner (Gribskov, Lolland, Vejle og Skanderborg). Metoden er nærmere beskrevet i afsnit 1.3. Kvaliteten

<sup>25</sup> Kun indlæggelser af personer over 65 år, som er registreret i Landspatientregisteret som udskrevet til hjemmet efter indlæggelse på somatisk sygehusafdeling, indgår i analysen. Patienter, som udskrives til hjemmet, afgrænses som patienter, hvor variabelen udskrivningsmåde (UDM) antager en af følgende værdier: 1 (afsluttes til alment praktiserende læge), 2 (afsluttes til praktiserende speciallæge), A (andet), K (afsluttes til sygehusafsnit (hjemmet)) og L (afsluttes til sygehusafsnit, venteforløb (hjemmet)).

<sup>26</sup> Patienter, som udskrives til hjemmet, afgrænses som patienter, hvor variabelen udskrivningsmåde (UDM) antager en af følgende værdier: 1 (afsluttes til alment praktiserende læge), 2 (afsluttes til praktiserende speciallæge), A (andet), K (afsluttes til sygehusafsnit (hjemmet)) og L (afsluttes til sygehusafsnit, venteforløb (hjemmet)).

af matchningen er god, dvs. at kontrolgruppen ligner interventionsgruppen med hensyn til de valgte matchingkriterier. Den standardiserede difference er maks. 5 % og således væsentlig under grænsen på 10 %, jf. Bilag 5.

Tabel 4.1 og Tabel 4.2 nedenfor viser baggrundskarakteristika for interventions- og kontrolgruppen i analysen vedr. henholdsvis udvidet koordinering og gennemgang af aftaleskemaer sammenlignet med landsgennemsnittet. Som forventet er modtagerne af fremskudt visitation ældre end gennemsnittet. De er oftere kvinder, akut indlagt og har et 2-3 gange længere indlæggelsesforløb end gennemsnittet. Antallet af indlæggelser i det forløbne år er til gengæld lavere end gennemsnittet.

**Tabel 4.1** Baggrundskarakteristika ved interventions- og kontrolgruppen i Vejle Kommune: Udvidet koordinering

	Interventionsgruppe (N=277)	Kontrolgruppe (N=1.784)	Landsgennemsnit*
Køn (andel kvinder)	57,0 %	57,0 %	50,4 %
Alder (gennemsnit)	81,2	81,1	76,7
Indlæggelsesmåde (andel akutte indlæggelser)	89,9 %	90,1 %	69,6 %
Antal sengedage (gennemsnit)	13,0	12,5	4,2
Antal indlæggelser i det foregående år (gennemsnit)	1,8	1,8	2,5

Note: \*) Gennemsnittet er beregnet for alle indlæggelser på somatiske sygehusafdelinger af patienter over 65 år, som er bosiddende i andre kommuner end de fire casekommuner (Gribskov, Lolland, Vejle og Skanderborg), og hvor patienten er udskrevet til hjemmet i perioden fra 1. januar 2014 til 31. maj 2015.

Kilde: Beregnet af KORA på grundlag af data fra LPR

**Tabel 4.2** Baggrundskarakteristika ved interventions- og kontrolgruppen i Vejle Kommune: Gennemgang af aftaleskema

	Interventionsgruppe (N=101)	Kontrolgruppe (N=840)	Landsgennemsnit*	Gennemsnit (N=11.260)*
Køn (andel kvinder)	57,4 %	57,4 %	50,4 %	48,8%
Alder (gennemsnit)	81,3	81,4	76,7	76,9
Indlæggelsesmåde (andel akutte indlæggelser)	91,1 %	91,1 %	69,6 %	70,5%
Antal sengedage (gennemsnit)	11,4	11,2	4,2	4,4
Antal indlæggelser i det foregående år (gennemsnit)	1,8	1,8	2,5	2,0

Note: \*) Gennemsnittet er beregnet for alle indlæggelser på somatiske sygehusafdelinger af patienter over 65 år, som er bosiddende i andre kommuner end de fire casekommuner (Gribskov, Lolland, Vejle og Skanderborg), og hvor patienten er udskrevet til hjemmet i perioden fra 1. januar 2014 til 31. maj 2015.

Kilde: Beregnet af KORA på grundlag af data fra LPR

#### 4.3.2 Meromkostninger til drift og udvikling af fremskudt visitation

Meromkostningerne til drift af fremskudt visitation er estimeret på baggrund af oplysninger fra Vejle Kommune indsamlet ved spørgeskema, jf. afsnit 1.3.

Vejle Kommune vurderer, at der ikke er ekstra tidsforbrug forbundet med udvidet koordinering sammenlignet med den udskrivningskoordination, som ellers skulle foregå, jf. Tabel 4.3. Vejle Kommune oplyser samtidig, at indsatsen er finansieret inden for eksisterende rammer.

Det er ikke muligt at opgøre meromkostningerne til udvikling af indsatsen vedr. udvidet koordinering, idet indsatsen har fungeret siden 2009.

**Tabel 4.3** Meromkostninger til drift af fremskudt visitation i Vejle Kommune: Udvidet koordinering

	Timer*		Kroner
	Leder	Medarbejdere	Leder og medarbejdere i alt
<b>Pr. måned</b>			
A) Skøn over ressourceforbrug til fremskudt visitation pr. måned	10	592	215.744
B) Skøn over ressourceforbrug til udskrivningskoordination pr. måned for de samme patienter, hvis kommunen ikke havde iværksat indsatsen	10	592	215.744
C) Skønnet ekstra ressourceforbrug til fremskudt visitation pr. måned (A-B)	0	0	0
<b>Pr. patient/indlæggelse</b>			
Skønnet ekstra ressourceforbrug til fremskudt visitation pr. patient/indlæggelse	0	0	0

Note: \*) Skøn over tidsforbrug til fremskudt visitation i en typisk måned er indberettet af kommunerne sammen med oplysninger fra kommunerne om antal patienter/indlæggelser, hvor der er ydet fremskudt visitation. KORA har på grundlag af de indberettede oplysninger beregnet det gennemsnitlige ekstra tidsforbrug pr. patient/indlæggelse.

Kilde: Beregnet af KORA på grundlag af oplysninger indberettet fra Vejle Kommune

Meromkostningerne ved gennemgang af aftaleskemaer er opgjort til 56.284 kr. pr. måned svarende til 675.404 kr. pr. år og i gennemsnit 4.852 kr. pr. patient/indlæggelse<sup>27</sup>, jf. Tabel 4.4. Vejle Kommune oplyser, at der er tilført 450.000 kr. i 2014 og tilsvarende i 2015 til finansiering af indsatsen.

**Tabel 4.4** Meromkostninger til drift af fremskudt visitation i Vejle Kommune: Gennemgang af aftaleskema

	Timer*		Kroner
	Leder	Medarbejdere	Leder og medarbejdere i alt
<b>Pr. måned</b>			
Skøn over ressourceforbrug til gennemgang af aftaleskemaer pr. måned	6	150	56.284
<b>Pr. patient/indlæggelse</b>			
Skønnet ekstra ressourceforbrug til gennemgang af aftaleskemaer pr. patient/indlæggelse	0,52	12,93	4.852

Note: \*) Skøn over tidsforbrug til fremskudt visitation i en typisk måned er indberettet af kommunerne sammen med oplysninger fra kommunerne om antal patienter/indlæggelser, hvor der er ydet fremskudt visitation. KORA har på grundlag af de indberettede oplysninger beregnet det gennemsnitlige ekstra tidsforbrug pr. patient/indlæggelse.

Kilde: Beregnet af KORA på grundlag af oplysninger indberettet fra Vejle Kommune

Meromkostningerne i forbindelse med udvikling af indsatsen vedr. gennemgang af aftaleskemaer er vanskelige at opgøre, da det er vanskeligt at skønne over tidsforbrug tilbage i tid. Vejle Kommune vurderer umiddelbart, at leder og medarbejdere har brugt i størrelsesordenen henholdsvis 15 timer og 74 timer på udvikling af indsatsen i opstartsfasen. Med de angivne enhedspriser i

<sup>27</sup> Det gennemsnitlige ekstra ressourceforbrug pr. patient/indlæggelse er opgjort ud fra en antagelse om, at der i gennemsnit gennemgås 11,6 aftaleskemaer med patienter pr. måned. Gennemsnittet er beregnet ud fra oplysninger fra kommunen om antallet af aftaleskemaer gennemgået med patienter i perioden fra primo august 2014 til ultimo maj 2015.

afsnit 1.3 svarer det til udviklingsomkostninger i størrelsesordenen 35.000 kr. Opgørelsen er forbundet med stor usikkerhed, men indikerer – ligesom i Gribskov og Lolland Kommuner – at udviklingsomkostningerne har været forholdsvis små, og at udviklingen af indsatsen har været integreret i arbejdsopgaver, som alligevel skulle udføres.

### 4.3.3 Effekt på genindlæggelser

Udvidet koordinering eller gennemgang af aftaleskemaer kan muligvis reducere risikoen for genindlæggelse ved at medvirke til at sikre, at patienten får den nødvendige hjælp og føler sig tryk efter udskrivelse, hvorved der også er mulighed for at spare hospitalsomkostninger. Om dette er tilfældet i Vejle Kommune, undersøges i de nedenstående afsnit.

#### 4.3.3.1 Andel genindlæggelser

Tabel 4.5 og Tabel 4.6 viser resultaterne af registeranalysen vedr. andel genindlæggelser inden for 30 dage for henholdsvis udvidet koordinering og gennemgang af aftaleskemaer.

For udvidet koordinering viser registeranalysen – ligesom det var tilfældet for Gribskov og Lolland Kommuner – ikke statistisk signifikante forskelle i andelen af genindlæggelser i interventions- og kontrolgruppen, jf. Tabel 4.5. Det gælder også, når der alene ses på akutte genindlæggelser. Analysen peger dog i retning af en mulig positiv effekt, idet andelen af genindlæggelser er mindre i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen.

For gennemgang af aftaleskemaer viser registeranalysen statistisk signifikante forskelle mellem interventions- og kontrolgruppen, jf. Tabel 4.6. Andelen af genindlæggelser inden for 30 dage er væsentlig lavere i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen. Det gælder både for genindlæggelser i alt og akutte genindlæggelser. Resultatet indikerer, at gennemgang af aftaleskemaer reducerer sandsynligheden for genindlæggelse. Forskellen kan dog også skyldes, at interventionsgruppen adskiller sig fra kontrolgruppen på faktorer, der ikke indgår som matching-kriterier. Det er fx muligt, at interventionsgruppen generelt er mere selvhjulpne end kontrolgruppen, idet de skal være kognitivt i stand til at gennemgå et aftaleskema, og at det er dette faktum snarere end gennemgangen af aftaleskemaet, som giver sig udslag i en lavere genindlæggelsesfrekvens.

**Tabel 4.5** Udvidet koordinering: Andel genindlæggelser inden for 30 dage, Vejle Kommune

	Interventionsgruppe	Kontrolgruppe	Forskel (ATT)	P-værdi*
Alle genindlæggelser	27,8 %	31,4 %	-3,6 %	0,231
Subgruppe: Akutte genindlæggelser	24,5 %	27,5 %	-2,9 %	0,308

Note: \*) P-værdi er beregnet ved tosidet t-test. Hvis p-værdi > 0,05, er forskellen ikke statistisk signifikant.

Kilde: Beregnet af KORA på grundlag af data fra LPR

**Tabel 4.6** Gennemgang af aftaleskemaer: Andel genindlæggelser inden for 30 dage, Vejle Kommune

	Interventionsgruppe	Kontrolgruppe	Forskel (ATT)	P-værdi*
Alle genindlæggelser	19,8 %	32,3 %	-12,5 %	0,004
Subgruppe: Akutte genindlæggelser	14,9 %	27,6 %	-12,8 %	0,001

Note: \*) P-værdi er beregnet ved tosidet t-test. Hvis p-værdi > 0,05, er forskellen ikke statistisk signifikant.

Kilde: Beregnet af KORA på grundlag af data fra LPR



#### 4.3.3.2 Omkostninger ved genindlæggelser

For gennemgang af aftaleskemaer viser registeranalysen også statistisk signifikante forskelle i de gennemsnitlige hospitalsomkostninger ved genindlæggelser inden for 30 dage mellem interventions- og kontrolgruppen, jf. Tabel 4.7. Det gælder både hospitalsomkostninger i alt og hospitalsomkostninger finansieret af kommunen via den kommunale medfinansiering. Den gennemsnitlige besparelse for kommunen er 1.394 kr. pr. patient, som får gennemgået aftaleskema.

For udvidet koordinering viser registeranalysen ligeledes statistisk signifikante forskelle i omkostninger til genindlæggelser inden for 30 dage mellem interventions- og kontrolgruppen, jf. Tabel 4.8. Forskellen er dog ikke statistisk signifikant, hvis der alene ses på de hospitalsomkostninger, som finansieres af kommunen via den kommunale medfinansiering.

Når der ses en statistisk signifikant forskel for de samlede hospitalsomkostninger, men ikke i andel genindlæggelser, kan det være udtryk for, at interventionsgruppen både har en lavere genindlæggelsesfrekvens (dog ikke statistisk signifikant, jf. Tabel 4.5) og lavere gennemsnitlige hospitalsomkostninger, hvis de genindlægges, sammenlignet med kontrolgruppen.

**Tabel 4.7** Udvidet koordinering: Hospitalsomkostninger ved genindlæggelser inden for 30 dage, Vejle Kommune

	Interventionsgruppe	Kontrolgruppe	Forskel (ATT)	P-værdi*
Hospitalsomkostninger i alt	12.342 kr.	17.342 kr.	-5.000 kr.	0,027
Hospitalsomkostninger finansieret af kommunen via den kommunale medfinansiering	2.896 kr.	3.552 kr.	-655 kr.	0,092

Note: \*) P-værdi er beregnet ved tosidet t-test. Hvis p-værdi > 0,05, er forskellen ikke statistisk signifikant.

Kilde: Beregnet af KORA på grundlag af data fra LPR og DRG-grupperet LPR

**Tabel 4.8** Gennemgang af aftaleskemaer: Hospitalsomkostninger ved genindlæggelser inden for 30 dage, Vejle Kommune

	Interventionsgruppe	Kontrolgruppe	Forskel (ATT)	P-værdi*
Hospitalsomkostninger i alt	8.507 kr.	18.791 kr.	-10.283 kr.	0,001
Hospitalsomkostninger finansieret af kommunen via den kommunale medfinansiering	2.309 kr.	3.704 kr.	-1.394 kr.	0,015

Note: \*) P-værdi er beregnet ved tosidet t-test. Hvis p-værdi > 0,05, er forskellen ikke statistisk signifikant.

Kilde: Beregnet af KORA på grundlag af data fra LPR og DRG-grupperet LPR

#### 4.3.4 Omkostningseffektivitet

Da registeranalysen vedr. gennemgang af aftaleskemaer viser statistisk signifikante forskelle i andelen af genindlæggelser i interventions- og kontrolgruppen, sammenholdes omkostninger og effekter i en cost-effectiveness analyse.

'Number needed to treat', dvs. antallet af patienter, som i gennemsnit skal have gennemgået aftaleskemaer for at forebygge en genindlæggelse, opgøres til 8 personer (1/0,125) på baggrund af estimat i Tabel 4.6.

De gennemsnitlige meromkostninger for kommunen pr. patient, hvor der foretages gennemgang af aftaleskema, kan opgøres til 4.852 kr. (beregnete driftsomkostninger, jf. Tabel 4.4) minus 1.394 kr. i sparede hospitalsomkostninger, jf. Tabel 4.8.

På den baggrund kan den gennemsnitlige omkostning for kommunen pr. forebygget genindlæggelse ved gennemgang af aftaleskemaer opgøres til 27.664 kr. ( $8 \cdot (4.852 - 1.394)$ ).

#### 4.3.5 Forbehold

Analysen er forbundet med usikkerhed, ligesom det gælder for analyserne for de øvrige casekommuner. Usikkerheden relaterer sig primært til opgørelsen af meromkostninger ved fremskudt visitation, men der er også usikkerhed forbundet med registeranalysen vedr. genindlæggelser og omkostninger forbundet hermed, jf. afsnit 2.3.4, hvor der er en nærmere beskrivelse af disse forbehold.

Som nævnt fokuserer denne analyse på genindlæggelser og undersøger ikke effekter af fremskudt visitation på fx antallet af ventedage (dvs. antal dage, hvor borgere er indlagt på sygehuset, efter at de er færdigbehandlede), visitation af praktisk hjælp og personlig pleje, hjælpemidler og boligændringer samt brug af kommunale aflastningspladser.

Det er dog Vejle Kommunes umiddelbare vurdering, at antallet af ventedage er faldet som følge af de to indsatsler, mens antallet af visiterede timer til praktisk hjælp og personlig pleje, visitation af hjælpemidler og boligændringer samt brug af kommunale aflastningspladser vurderes at være uændret.

#### 4.3.6 Opsamling

I forhold til udvidet koordinering vurderer KORA på baggrund af analysen, at indsatsen som minimum er omkostningsneutral for Vejle Kommune. Det har ikke været muligt at påvise statistisk signifikante forskelle i andelen af genindlæggelser inden for 30 dage i interventions- og kontrolgruppen, men analysen viser statistisk signifikante besparelser i de samlede hospitalsomkostninger ved genindlæggelser inden for 30 dage. Samtidig vurderes det, at der ikke er væsentlige meromkostninger ved drift af indsatsen, idet indsatsen erstatter anden udskrivningskoordination. Hvis kommunen ikke havde haft indsatsen, ville udskrivningskoordinationen i stedet skulle klares ved skriftlig kommunikation og telefon samt enkeltstående udskrivningskonferencer.

I forhold til gennemgang af aftaleskemaer indikerer analysen, at indsatsen kan reducere sandsynligheden for genindlæggelse inden for 30 dage. 'Number needed to treat', dvs. antallet af patienter, som i gennemsnit skal have gennemgået aftaleskemaer for at forebygge en genindlæggelse, opgøres til 8 personer. En cost-effectiveness analyse viser, at det koster i gennemsnit 27.664 kr. for kommunen at forebygge en genindlæggelse ved hjælp af gennemgang af aftaleskemaer. De estimerede kommunale besparelser ved færre genindlæggelser kan således ikke opveje de beregnede meromkostninger ved indsatsen. Samtidig kan det ikke udelukkes, at interventionsgruppen generelt er mere selvhjulpne end kontrolgruppen, idet de skal være kognitivt i stand til at gennemgå et aftaleskema, og at det er dette faktum snarere end gennemgangen af aftaleskemaet, som giver sig udslag i en lavere genindlæggelsesfrekvens.

# 5 Skanderborg Kommunes brobyggerfunktion

## 5.1 Resultater fra organisationsundersøgelsen

### 5.1.1 Baggrund, formål og målgruppe:

Brobyggerprojektet udspringer af 'projekt hensigtsmæssige udskrivningsforløb', som undersøgte samspillet mellem Skanderborg Kommune og de hospitaler, som kommunens borgere indlægges på. Undersøgelsen viste, at det i mange tilfælde var vanskeligt for eksterne samarbejdspartnere at gennemskue den kommunale organisation, samt at der for patienterne var mange forskellige indgange til kommunen. Dette gav en række udfordringer, der bl.a. knyttede sig til rettidig informationsudveksling, manglende kendskab til muligheder og tilbud på hinandens områder, uoverensstemmelser mellem vurderet funktionsevne og patientens faktiske funktionsevne ved hjemkomst samt utilsigtede hændelser vedrørende medicin og opfølgning på behandling efter indlæggelse.

Konklusionen var derfor, at både kommune og hospital havde svært ved at leve op til de gensidige forpligtelser, der er beskrevet i Sundhedsaftalen. Med det afsæt formulerede Skanderborg Kommune en projektide, som Hospitalsenheden i Horsens blev inviteret med til at udvikle. Kernen i projektet var at etablere en kommunal brobyggerfunktion på hospitalet, som skulle være med til at binde sektorerne sammen og medvirke til at gøre Sundhedsaftalen mere synlig som handlinger i hverdagen. Brobyggerfunktionen var inspireret af den fremskudte visitation, som Horsens Kommune i forvejen havde på hospitalet, og det overordnede formål var som i Horsens at kvalificere udskrivningssamarbejdet, skabe bedre patientforløb og forebygge genindlæggelser. Men som det fremgår nedenfor, var der tilknyttet en række **organisatoriske og faglige mål** for brobyggerfunktionen, som rækker ud over selve visitationsarbejdet.

Set fra et borgerperspektiv skal brobyggerne medvirke til at:

- Patienter og pårørende inddrages i at opstille mål for deres forløb, samt at de er trygge i overgangen fra hospital til kommune.
- Der sker en tidlig vurdering af indlagte patienters potentiale for hverdagsrehabilitering, og at de kommunale tilbud tilrettelægges, så patienterne bevarer mest mulig funktionsevne.

Set fra et organisatorisk og fagligt perspektiv skal brobyggerne medvirke til:

- Vidensdeling og kommunikation, der fremmer den gensidige forståelse og tillid på tværs af de fagpersoner, som samarbejder i sektorovergangene
- Identificere muligheder for at optimere arbejdsgange og udvikle nye samarbejdsformer
- De rette ydelser er visiteret og koordineret ved patients hjemkomst, samt at der er kommunale tovholdere, som tager ansvar og følger op på det planlagte forløb
- Forebygge genindlæggelser

**Målgruppen** for brobyggerfunktionen er sårbare og komplekse patienter, som indlægges på somatiske afdelinger. Det er således i høj grad den ældre medicinske patient, der arbejdes med, men også yngre sårbare/komplekse patienter indgår i brobyggernes målgruppe. Intentionen er således, at brobyggerne skal identificere og besøge alle komplicerede somatiske patienter og koordinere deres overgang til kommunen. Patienter, der udskrives til vanlig hjælp, håndteres således stadig direkte mellem den kommunale myndighedsafdeling og de udskrivende afdelinger.

I det omfang brobyggerne er inde over sådanne forløb, er det med sparring om, hvilken hjælp patienten modtager i eget hjem, samt i hvilket omfang patienten vil kunne udskrives til uændret hjælp.

### 5.1.2 Organisering og opstart af brobyggerfunktionen

Brobyggerfunktionen er organiseret som et udviklingsprojekt, og der er nedsat en tværsektoriel styregruppe, hvor relevante ledere fra begge sektorer er repræsenteret<sup>28</sup>. Styregruppen mødes to gange årligt, og under opstarten var de repræsenterede ledere også aktivt med til at konkretisere projektets målsætninger og rammer, ligesom de har understøttet brobyggerne under opstarten af funktionen.

I udgangspunktet var funktionen tænkt som fremskudt visitation, men, som illustreret i nedenstående citat, bidrog arbejdet i den tværsektorielle styregruppe til, at der kom et øget fokus på rehabilitering og helheden i patienternes forløb:

*Vi havde rigtig gode erfaringer med det, de havde lavet fra Horsens, men de tog kun den del, der handler om visitation af ydelser. Så det var vigtigt, at det skulle være hele vejen rundt, at brobyggerne var med til at koordinere og hjælpe på vej – fx så der også er nogle, som sikrer, at den gode visitation, der er lavet, gennemføres i praksis, når patienterne kommer hjem efter udskrivelsen. (Leder Horsens hospital)*

Brobyggerfunktionen er derfor organisatorisk og ledelsesmæssigt forankret i det kommunale område for aktivitet og træning med det formål at fastholde et tydeligt fokus på aktivitet og rehabilitering som et bærende element i det patientrettede arbejde. I praksis har brobyggerne dog også et tæt samarbejde med den kommunale myndighedsafdeling, når patienternes behov for kommunale ydelser skal afdækkes og formidles til udførere op til en udskrivelse, samt med hjemmesygeplejen for at sikre koordineringen af de forskellige ydelser, der skal iværksættes efter udskrivelse.

Der har også fra starten været et særligt fokus på, at brobyggerfunktionen skulle være forankret i både kommune og på hospitalet, således at brobyggerne får mulighed for at fungere som en integreret og kendt funktion på tværs af hospitalets afdelinger. Brobyggerne har derfor fra starten haft fast kontor på medicinsk terapiafdeling på Horsens hospital, hvilket igen er valgt for at understrege tilknytningen til terapeuterne og deres arbejde med aktiverende pleje/vurdering af funktionsniveau:

*De skulle have et sted, de hørte hjemme, og det skulle ikke være på et sygeplejekontor eller et eller andet sted på en gang. Det skal være et sted, hvor de er en naturlig del af hverdagen og en personalegruppe, så de har det der kollegiale netværk hos os. (Leder Horsens hospital)*

**Brobyggerfunktionens bemanning:** I udgangspunktet blev der ansat en brobygger, og i rekrutteringen blev der lagt vægt på tidligere erfaring med tværsektorielt udskrivningssamarbejde. Med det afsæt blev der ansat en sygeplejerske med mange års erfaring fra Skanderborg Kommunes visitation.

I projektets første halvandet år var der kun ansat en brobygger, og det primære fokus var i denne periode på overgangen mellem hospital og kommune for at sikre en målrettet visitation af ydelser og et godt samarbejde mellem brobyggerfunktionen og de kommunale visitatorer. Der

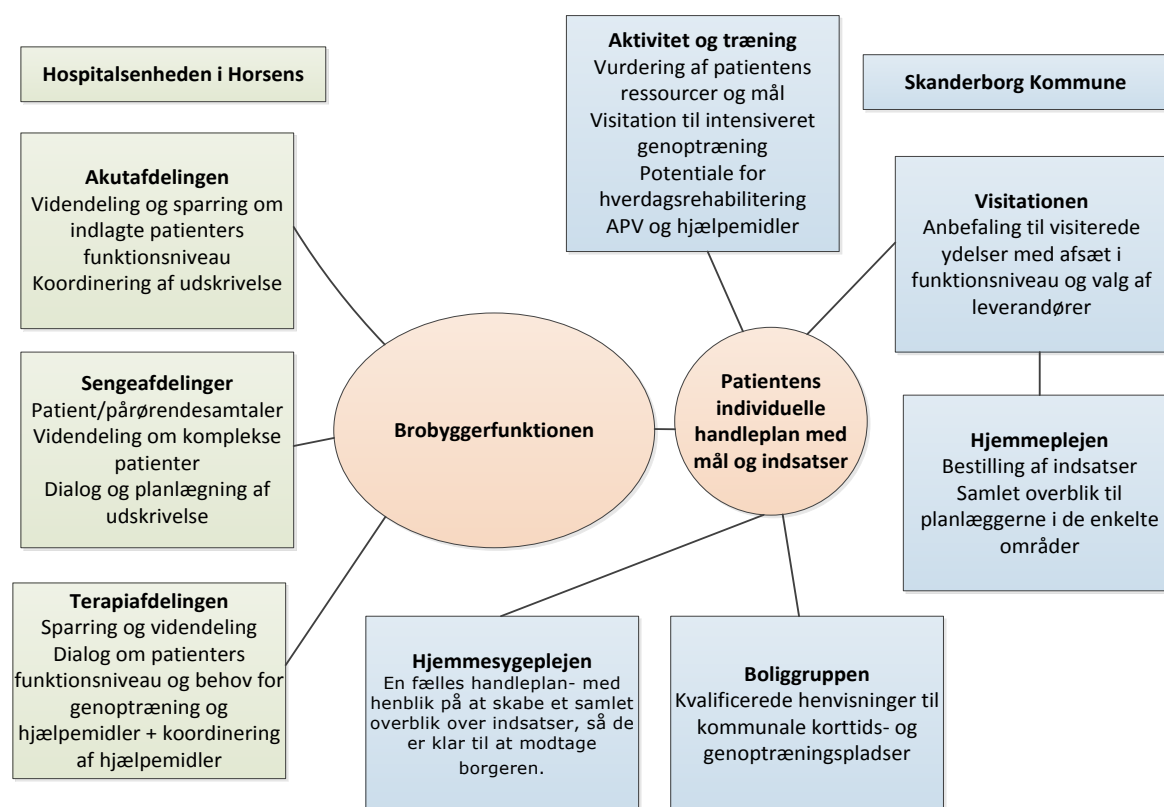
---

<sup>28</sup> Styregruppen bestod i udgangspunktet af Skanderborg Kommunes: Ældre- og Handicapchef, Myndighedschef, genoptræningskonsulent og en distriktsleder fra hjemmesygeplejen. For hospitalets enhed i Horsens deltog: Terapiafdelingens chef og akutafdelingens oversygeplejerske.

blev efter godt et år lavet en intern evaluering af projektet, som viste, at der var stor tilfredshed med brobyggerfunktionen, og at mange af målsætningerne omkring bedre visitation af ydelser og bedre overgange til kommunen var godt på vej til at blive indfriet. Til gengæld var arbejdet med aktivitet og rehabilitering endnu ikke kommet rigtigt i gang, hvilket var forventeligt pga. brobyggerfunktionens begrænsede ressourcer. Derfor blev det besluttet at forlænge projektperioden og at ansætte en ekstra terapeut som brobygger for at understøtte et øget fokus på aktivitet og rehabilitering. Formålet var samtidig at øge kapaciteten i brobyggerfunktionen og gøre den mindre sårbar over for sygdom, ferie og medarbejdersudskiftning.

**Brobyggernes samarbejde og opgavedeling med andre funktioner:** Figur 5.1 nedenfor illustrerer brobyggerfunktionens snitflader til de øvrige enheder og funktioner, der er involveret i samarbejdet om indlæggelses- og udskrivningsforløb. Under hver enkelt funktion er der endvidere angivet nøgleord for de vigtigste elementer i brobyggernes relation og bidrag til de forskellige samarbejdsparter:

**Figur 5.1** Brobyggerfunktionens snitflader og hovedopgaver i forhold til andre enheder og funktioner på tværs af indlæggelses- og udskrivningsforløb



Som det fremgår, er brobyggerne placeret som et indskudt led mellem på den ene side hospitalens afdelinger og på den anden side den kommunale visitation, hjemmesygeplejen, det kommunale hjælpemiddelområde, aktivitet og træning mm. Brobyggerne har overtaget en række opgaver fra de forskellige kommunale enheder og har samtidig en koordinerende funktion i snitfladen mellem hospital og kommune. Derved har der været mange arbejdsdelinger og overleveringer af viden, som skulle afklares i forbindelse med udviklingen af brobyggerfunktionen, ligesom det har taget tid at afklare rammerne for brobyggernes skriftlige kommunikation med de øvrige enheder

og funktioner. Som vi senere vender tilbage til, er den generelle vurdering i dag, at brobyggerfunktionen indgår som en integreret og værdsat funktion, der indsamler og videreformidler viden på tværs af de enkelte patientforløb og på tværs af de involverede parter.

Kernen i brobyggernes formidling af viden til kommunale aktører er en handleplan for patientens kommunale efterforløb<sup>29</sup>, som formidles elektronisk i et advis til alle relevante samarbejdspartnere. Handleplanen er baseret på den samlede viden, brobyggerne får om patienterne fra patienter, kommune og hospital, og den udarbejdes i samarbejde mellem brobygger og patient/pårørende. Formålet med handleplanen er at supplere/kvalificere viden, der i forvejen udveksles via plejeforløbsplaner og udskrivningsrapporter, samt at formidle relevante kommunale samarbejdspartner et samlet overblik over planlagte efterforløb og indsatser i kommunen. Som det er illustreret i nedenstående citat, er den generelle oplevelse, at dette lykkes:

*Det er ikke så meget, fordi de gør noget, der er meget anderledes, end det vi i forvejen skulle have gjort. Forskellen er bare, at i brobyggernes forløb har de været inde over hver en lille ting, der skal gøres, og at der er lavet en fælles plan, hvor alt kører på skinner, fordi alle er orienteret om, hvad der skal ske, og der er tillid til, at der er styr på detaljerne. Det letter i den grad vores arbejde som tovholdere, og vi bruger meget mindre tid på brandslukning. (Hjemmesygeplejerske)*

Handleplanen formidles således til relevante parter i kommunen via et elektronisk advis, hvorefter de fagpersoner, som modtager adviset, kopierer de relevante dele af handleplanen ind i deres egne systemer – og bruger oplysningerne som et supplement til de øvrige oplysninger, der modtages i hospitalets udskrivningsrapporter mm.

### 5.1.3 Opstart og indkøring af brobyggerfunktionen på hospitalet

Som opstart til stillingen som brobygger gennemførte den først ansatte brobygger to moduler på en diplomuddannelse målrettet arbejdet med sammenhæng og kvalitet i sundhedsvæsenet. Samtidig blev der planlagt en tre måneders udviklingsperiode på Horsens hospital. Fokus var i denne periode på at skabe viden og forståelse for funktionen på de involverede afdelinger, skabe en god relation til personalet samt at få afstemt, hvordan samarbejdet – fx om opsporing af patienter – skulle foregå. Brobyggeren udarbejdede i den forbindelse en informationsmappe, der beskrev projektets formål og indeholdt kontaktoplysninger til brobyggeren samt henvisningssedler. Brobyggeren fortæller selv om opstarten, at:

*Så gik jeg rundt med de mapper og snakkede med afdelingssygeplejerskerne, præsenterede mig selv, og hvad det var for et formål. Jeg brugte meget tid på at netværke i starten. Men det var rigtig godt, fordi man får den relationelle koordinering. Man får et andet forhold til hinanden, fordi vi kender hinanden, og på den måde kan man meget bedre tværfagligt koordinere, fordi du er på pladsen. (Brobygger)*

De involverede hospitalsledere fortæller også, at de under opstarten var bevidste om at være aktive ambassadører for brobyggerprojektet. Dels blev der udarbejdet nyhedsbreve og informeret om, hvordan brobyggerfunktionen skulle sikre og videreudvikle de positive erfaringer, man allerede havde med den fremskudte visitation fra Horsens. Dels fortæller de interviewede ledere, at de aktivt omtalte funktionen og de positive erfaringer på møder mellem ledere og medarbejdere. Interviewpersonerne fortæller i den forbindelse enslydende, at hospitalets personale bakkede op om projektet, samt at der blev taget godt imod brobyggeren på afdelingerne – ikke mindst pga. den viden, brobyggeren havde om de indlagte patienter:

---

<sup>29</sup> Eksempler på handleplaner er vedlagt som bilag 4.

*Jeg følte mig virkelig godt modtaget. De opfattede det som rigtig godt. Man kunne bidrage med oplysninger og forbedre kvaliteten, og vi kunne dele noget viden, og nu kunne de endelig få noget mere dybdegående viden, fordi jeg forberedte mig ved at kigge i døgnplaner o.l. fra de kommunale journaler. (Brobygger)*

De hospitalsansatte fortæller i den forbindelse, at de hurtigt (og positivt) oplevede, at brobyggeren havde et bredere fokus end visitation af kommunale ydelser:

*De koncentrerer sig om de mere skrøbelige patienter, og når de så kommer på afdelingen, er de meget velforberedte i forhold til det habituelle funktionsniveau, plejen, som patienterne plejer at få, og sygdomshistorien op til indlæggelsen. (Hospitalssygeplejerske)*

Det hospitalspersonale, der møder brobyggerne i dagligdagen, understreger samtidig, at brobyggenes viden om patientens situation, funktionsniveau forud for indlæggelsen samt de konkrete tilbud i kommunen bidrager til øget kvalitet i udskrivningsarbejdet. Derfor lægger interviewpersonerne også vægt på at stå til rådighed for brobyggerne, når de besøger patienter på afdelingerne. Der er således enighed om, at der ikke har været barrierer for introduktionen af brobyggerfunktionen i hospitalsregi. Til gengæld var det ikke lige så let for brobyggerfunktionen at finde sig til rette mellem de eksisterende kommunale funktioner.

#### 5.1.4 Brobygning i praksis

De næste to afsnit omhandler de daglige opgaver for brobyggerfunktionen. Først beskrives arbejdsdagens struktur og de overvejelser, interviewpersonerne har om denne. Bagefter beskrives fremgangsmåden for opsporing af patienter, samarbejdet med hospitalspersonalet, afholdelse af patientsamtaler og den faglige koordinering til den kommunale visitation og udførere.

**Arbejdets struktur:** Brobyggerens arbejdsdag består af nedenstående tidsblokke:

**Ca. kl. 8-10: Opsporing, forberedelse og planlægning:** Brobyggerne starter dagen med at gennemgå de patienter, der er blevet indlagt, og planlægge dagens patientbesøg. Morgentiden bruges også til at skrive handleplaner for de aktive forløb og til at samle op på diverse hængepartier fra de foregående dage – fx når der skal aftales møder med pårørende og patienter. Desuden kan der tages kontakt til samarbejdspartnere hjemme i kommunen (visitator, sygeplejerske, planlægger, terapeuter og boliggruppe) og samarbejdspartnere på sygehuset.

**Ca. kl. 10-14: Koordinering af udskrivelsesforløb og patient/pårørendesamtaler:** I dette tidsrum arbejder brobyggerne ude på hospitalsafdelingerne. De enkelte besøg starter for det meste med en samtale med den sygeplejerske, der er ansvarlig for patienten den pågældende dag. Samtalen bruges til at afklare patientens aktuelle tilstand, og hvorvidt den udsendte plejeforløbsplan fortsat stemmer med det forventede forløb. Samtidig videregiver brobyggeren sin viden om funktionsniveau, hjælpemidler o.l. til hospitalssygeplejersken. Når det er relevant, tager brobyggerne også kontakt til den hospitalsterapeut, der er tilknyttet patienten, eller relevante kommunale samarbejdspartnere.

Dernæst besøges den indlagte patient samt evt. pårørende. Samtalen omfatter a) afklaring og drøftelse af patientens tanker og forventninger til det at komme hjem, b) vurdering af patientens behov og muligheder for kommunale indsatser, c) orientering om det kommunale serviceniveau og valg af private leverandører samt d) målsætning omkring hverdagsrehabilitering.

**Ca. kl. 14-15.30: Dokumentation, koordinering og formidling af patientens individuelle handleplan:** På baggrund af dagens besøg udarbejder brobyggerne en individuel handleplan ud

fra en faglig stillingtagen til borgerens behov. Handleplanen sendes til relevante samarbejdspartnere i kommunen. Handleplanen danner endvidere afsæt for visitationens afgørelse om indsatser, som efterfølgende bestilles hos relevante udførere.

**Opsporing og forberedelse af samtaler med patienter:** Under opstarten af brobyggerfunktionen var det dels brobyggerne selv, der identificerede relevante patienter ved at screene indlæggelsesadviser, dels plejepersonalet på de enkelte hospitalsafdelinger, der skulle identificere relevante patienter. Samtidig skulle plejepersonalet på afdelingerne indhente samtykke fra alle identificerede patienter og udfylde en henvisningseddél til brobyggerfunktionen. Denne arbejds-gang kom aldrig til at virke optimalt, fordi den var for tidskrævende i praksis, og oplevelsen var samtidig, at der var stor risiko for, at relevante patienter blev overset. Endelig oplevede brobyg-gerne også, at de ofte blev adviseret for sent om patienter, der skulle udskrives, hvilket gav en uhensigtsmæssig kort tid til at forberede og koordinere udskrivelsen.

Overgangen til MedComs hjemmepleje-hospitalsmeddelelser opleves derfor (selvom der stadig er et stort potentiale for at forbedre kvalitet og indhold) som et fremskridt for brobyggernes arbejde. I dag sker opsporingen således med udgangspunkt i de indlæggelsesadviser, der sendes fra kommunen til hospitalet, når en patient indlægges, samt med afsæt i de plejeforløbsplaner, der sendes fra hospital til kommune, når der er væsentlige ændringer i patientens plejebenhov. Indlæggelsesadviser screenes for få et overblik over, hvor mange komplicerede udskrivelser, der kan forventes de efterfølgende dage, samt til at forberede sig proaktivt<sup>30</sup>. Plejeforløbsplanerne – i kombination med oplysninger fra det kommunale omsorgssystem – bruges som afsæt for at planlægge og forberede konkrete udskrivningsbesøg.

**Koordinering med hospitalsansatte forud for samtaler med indlagte patienter:** Brobyg-gerne lægger vægt på at være velforberedte, inden de møder personale og patienter. Derfor forsøger de så vidt muligt at have et dækkende billede af patientens habituelle funktionsniveau, sygehistorie og forløbet, der ledte op til indlæggelsen etc., inden de besøger de afdelinger, hvor patienterne er indlagt. Denne viden bruges, når brobyggerne kommer op på de enkelte afdelinger og som det første finder den sygeplejerske, som er ansvarlig for patienten den pågældende dag. Brobyggerne fortæller, at den faglige koordinering med sygeplejerskerne følger nedenstående struktur:

*Vi starter altid med at kigge på oversigtstavlen over, hvem der har borgeren. Så ringer vi til den ansvarlige sygeplejerske og spørger, om vi kan tale om borgeren. Så kommer hun til kontoret, hvor vi snakker om, hvor langt de er i forhold til udskrivelse, om der er ting, som har ændret sig, siden de sendte plejeforløbsplanen, og vi videregiver, hvad der var af relevant viden i de kommunale journaler. (Brobygger, Skanderborg)*

Som illustreret i nedenstående citater, fortæller både brobyggere og hospitalssygeplejersker, at samtalerne giver et godt udbytte. Dels i forhold til at kvalificere indholdet i plejeforløbsplanerne og dels som afsæt for brobyggernes videre samtaler med patienter og pårørende:

*De kommer med en værdifuld viden om patienten, som vi ikke har, og så stiller de nogle gange spørgsmål, jeg ikke lige havde tænkt over. Så bliver kvaliteten pludselig helt anderledes. (Hospitalssygeplejerske)*

*Vi får sygehistorien fra sygeplejerskerne og en gang imellem lægernes vinkel, hvis de er der, når vi snakker om patienten. Den viden kan vi så gentage og følge op på sammen med patienten, så der kommer kontinuitet og sammenhæng. Samtidig er det*

---

<sup>30</sup> Dette indebærer også, at brobyggerne nogle gange aktivt spørger ind til indlagte patienter, som de vurderer, er relevante, selvom der endnu ikke er modtaget en plejeforløbsplan.



*et godt afsæt for vores snak med patienterne omkring deres egne mål for træning og rehabilitering. (Brobygger)*

**Samtaler med indlagte patienter/pårørende:** Målet for brobyggernes samtaler med patienter og pårørende er, at patienter og pårørende så tidligt som muligt involveres i at planlægge udskrivelsen med henblik på at skabe tryghed og en oplevelse af selv at være en medspiller i eget forløb.

Brobyggerne lægger i den forbindelse vægt på at invitere pårørende til alle samtaler, hvor det er muligt, og de vurderer, at det lykkes i ca. 1/3 af samtalerne. Brobyggerne fortæller i den forbindelse, at de pårørende ofte er til stor hjælp i samtalen, fordi de:

*Kan sige, hvad den røde tråd er for borgeren forud for indlæggelsen, og hvordan situationen har udviklet sig over tid. De oplysninger bruger vi meget i dialogen med borgeren, og når vi skal beslutte, hvad der skal ske i fremtiden. (Brobygger)*

Samtalerne tager typisk 45 minutter, hvor brobyggerne starter med at have fokus på patienter og pårørendes perspektiver på udskrivelsen og deres ønsker og ressourcer til at komme på fode igen i eget hjem efter udskrivelsen:

*Inddragelsen sker ved, at vi starter samtalerne med at åbne op for, hvad de tænker, og hvad der fylder og bekymrer mest. [...] og så slutter vi altid af med at spørge, om det har givet mening at have samtalen, og det får vi at vide, at det gør: at de har fået ro i sindet og er mere trygge over for at skulle hjem. (Brobygger)*

Denne dialog danner herefter – i kombination med brobyggernes øvrige viden om patienten – afsæt for:

- Detaljeret dialog om, hvordan patienterne normalt klarer sig i eget hjem, hvad de selv kan, hvad de aktuelt har brug for hjælp til, og hvad de tror, at de kan trænes til at gøre selv fremadrettet.
- Vejledning om muligheder og vilkår for de kommunale indsatser, der kan tilbydes efter udskrivelsen – herunder et særligt fokus på rehabilitering.
- Vurdering af patientens behov for personlig pleje, praktisk træning, hjælpemidler, ophold på korttidsophold etc. efter udskrivelsen.

### 5.1.5 Brobyggerfunktionens bidrag til udskrivningsarbejdet

De nedenstående afsnit præsenterer interviewpersonernes vurdering af brobyggerfunktionens betydning for samarbejde, kommunikation og patientforløb.

**Lettere adgang til viden og mere direkte kommunikation:** På tværs af sektorer oplever interviewpersonerne overordnet, at samarbejdet om de komplekse patientforløb er blevet bedre og mere kvalificeret, når brobyggerne er involveret. For hospitalspersonalet er det særligt den lettilgængelige personlige kontakt med brobyggerne og den viden, brobyggerne har om de indlagte patienter, der gør en positiv forskel:

*Det er en fordel, at vi helt præcis kan få at vide, hvilke hjælpemidler og ydelser patienten har fået, hvis de ikke selv kan redegøre for det. På den måde får man hurtigt dannet et overblik over, hvad det er for en patient, vi har med at gøre. Det gør også, at de kan være mere præcise i udvælgelsen af, hvem der har brug for aflastningspladser, og hvem der ikke har. Mange gange kan de også fortælle, hvilke hjælpemidler der i forvejen er i hjemmet, og fx at det ikke er nødvendigt med en APV, og så behøver vi*

*ikke kontakte den APV ansvarlige ude i kommunen. Så det er en stor lettelse. For der er mange kommuner og mange indgange, så det kan være et stort puslespil at komme igennem. (Hospitalssygeplejerske)*

*Noget, der er rigtig godt, er, at man kan ringe, og de er her hele dagen, og så siger de: 'Jeg kommer lige op', for det er altid lettere at tage en samtale i øjenhøjde end i tlf. På den måde undgår vi en masse misforståelser. (Hospitalssygeplejerske)*

Hospitalssygeplejerskerne og de kommunale visitatorer oplever således, at de bruger mindre tid på at ringe til hinanden, samtidig med at de samtaler, de har, oftest er mere kvalificerede end tidligere. Det tilskrives bl.a., at der er udviklet en bedre fælles forståelse af, hvordan hhv. hospitalet og kommunen kan hjælpe hinanden med at optimere udskrivningen:

*Man får en større respekt for hinandens arbejde. For eksempel kan jeg godt se, at de laver et stort stykke arbejde i den kommunale visitation, men det vidste jeg ikke, da vi kun sad og talte i telefon. [...] på samme måde forstår de bedre, hvorfor det er så svært for os at sætte en præcis udskrivelsesdato. (Hospitalsansat terapeut)*

For de kommunale visitatorer og hjemmesygeplejersker er det endvidere særligt brobyggernes tidlige indsats og den viden om patienterne, de videreformidler til kommunen, der gør en positiv forskel:

*I forhold til brobyggerfunktionen oplever vi, at kommunen som helhed er meget tidligere med på banen. Vi hører tidligere om, hvad vi skal have sat i gang ude i kommunen. Set med brobyggerens øjne, som har kendskab [til patienten, red.]. Der er blevet mere kvalitet i arbejdet med de komplekse udskrivelser. (Kommunal visitator)*

**Bedre føling med patientforløbet og mere kvalitet i vurderinger:** Interviewpersonerne fremhæver især vigtigheden af, at brobyggeren har sin faste arbejdsgang på hospitalet. Brobyggerne beskrives i den forbindelse som 'en rød tråd', der binder de komplekse forløb sammen, fordi de er på hospitalet alle ugens dage. Oplevelsen er samtidig, at brobyggerne – qua den viden, de samler sammen om patienterne – laver kvalificerede vurderinger af, hvilke kommunale ydelser der er nødvendige. Som nedenstående citater illustrerer, kan det mærkes blandt visitatorerne og udførere, som bl.a. oplever, at funktionsevnevurderingen og kommunikationen med hospitalssygeplejerskerne er blevet bedre:

*Den viden, vi får, efter brobyggerne er kommet ind, er 100 gange bedre. Vi oplever heller ikke længere at tale med en sygeplejerske, der har overtaget patienten samme dag og ikke kender patienten. (Kommunal visitator)*

*Før kunne man have en patient, der kom hjem, hvor vi var nødt til at køre ud, for de var udskrevet til minimal hjælp, og det svarede slet ikke til funktionsevnen. Så skulle vi ud akut dagen efter og rede trådende ud. I mellemtiden kunne der være sket rigtig meget. Det oplever vi ikke mere. (Teamleder i hjemmesygeplejen)*

### **Bedre inddragelse og forventningsafstemning med patienter og pårørende**

Som tidligere nævnt oplever interviewpersonerne, at brobyggerne har en positiv betydning for patient- og pårørendeinddragelse. Det skyldes dels, at brobyggerne – qua deres faste gang på hospitalet – har lettere ved at arrangere samtaler med patienter og deres pårørende. Dels den eksplicitte opmærksomhed, brobyggerne har på at involvere patienter og pårørende i udskrivelsen.

De hospitalsansatte tillægger det også positiv værdi, at patienter og pårørende kan få direkte svar fra en repræsentant fra kommunen, således at de hospitalsansatte slipper for at være medlem med den risiko, det giver for at videregive forkert information og ende med skuffede patienter og pårørende.

*Jeg har været ude for at have nogle meget utilfredse pårørende, som var usikre på, at patienten skulle hjem. Så kan det med at få kontakt med en repræsentant fra kommunen gøre hele forskellen, fordi de i detaljer kan sige, hvad de kan tilbyde. Og også nogle gange få skruet forventningerne lidt ned. (Hospitalssygeplejerske)*

*Jeg fornemmer klart, der kommer en anden effekt ved, at vi kommer ind. Der kommer en vidensdeling, hvor vi kan italesætte serviceniveauet og afstemme forventninger med personale såvel som patienter og pårørende. (Brobygger)*

Ligeledes beskriver brobyggerne, at de kun har haft positive oplevelser med de pårørende, som de modtages af *med kyshånd*. Brobyggerne fortæller, at patienter og pårørende får ro i sindet; *de kan trygt komme over grænsen*, fordi de får en dybdegående samtale om, hvad der fylder og bekymrer med udgangspunkt i patienten. I tillæg giver samtalerne mulighed for at italesætte hverdagsrehabiliteringen tidligt i forløbet, og hvordan serviceniveauet vil være ude i kommunen, når patienten kommer hjem. Som nedenstående citat illustrerer, giver samtalerne således en bedre forventningsafstemning blandt de involverede.

Interviewpersonernes vurdering er således, at patienter og pårørende i højere grad end ellers er:

- Blevet spurgt om deres ønsker og behov og involveret i at opstille mål for deres eget forløb
- Informeret om forløbet efter indlæggelsen og har fået afstemt deres forventninger til det kommunale serviceniveau
- Trygge ved overgangen til kommunen.

### 5.1.6 Udfordringer ved brobyggerne

Undervejs i udviklingen af brobyggerfunktionen har der været forskellige udfordringer, som har skullet håndteres. Disse præsenteres nedenfor sammen med interviewpersonernes aktuelle vurderinger af, hvorvidt det er lykkedes at håndtere udfordringerne.

**At bevare brobyggernes tilknytning til kommunen:** Den tætte tilknytning til hospitalet giver en potentiel udfordring med at bevare brobyggernes tilknytning til kommunen og til at holde dem ajour med serviceniveauet mm. Både brobyggerne og deres leder fortæller, at det kræver en særlig opmærksomhed at holde sig opdateret, og at det er et område, der skal være kontinuerligt fokus på:

*Vi er jo kommunens forlængede arm, og serviceniveauet skal være ens. Det kræver, at vi hele tiden har en dialog med visitationen om, hvad niveauet er. (Brobygger)*

Derfor afholdes der hver fjerde uge samarbejds møder mellem brobyggerne og deres leder, ligesom der 2 gange årligt afholdes samarbejds møder med visitationen for at sikre opdatering og dialog om samarbejdet.

**Skabe plads og accept at brobyggernes opgaver:** Brobyggerfunktionen har medført to væsentlige ændringer for den kommunale myndighedsafdeling og hjemmesygepleje. Det drejer sig for det første om, at de kommunale visitatorer og hjemmesygeplejersker ikke længere deltager

i udskrivningskonferencer på hospitalet i Horsens. For det andet er det ikke længere medarbejdere fra visitationen, der vurderer de komplekse patienters behov for kommunale ydelser efter indlæggelse.

De gav under opstarten noget modstand og usikkerhed omkring brobyggerfunktionens opgaver. Dels fordi nogle sygeplejersker og visitatorer var glade for de opgaver, der blev taget fra dem, og dels fordi der var tvivl om, hvorvidt brobyggernes vurderinger ville have samme kvalitet, som man var vant til. Dette kom bl.a. til udtryk i konflikter om telefontider og rammer for den telefoniske kontakt mellem visitation og brobyggere.

Derfor er der undervejs i projektet holdt en række fælles teammøder, som har haft til formål at udvikle samarbejdet mellem brobyggerne og de kommunale udførere samt at sikre en klar beskrivelse af brobyggernes opgaver og arbejdsdeling med de øvrige kommunale funktioner.

Som det har fremgået af de tidligere afsnit, var interviewpersonerne ved den afsluttende interviewrunde meget tilfredse med brobyggerfunktionen og de opgaver, den løser og videreformidler til de kommunale visitatorer og udførere. Samtidig har kommunikationen mellem brobyggere og visitation udviklet sig til at være langt mere fleksibel end i starten – således at der er åbne telefoner fremfor afgrænsede telefontider.

Vurderingen er således, at der i dag er fælles accept af brobyggerfunktionens rolle og opgaver – og en vurdering af, at funktionen aflaster de udførende medarbejdere, fordi der spares transporttid, og fordi der opstår færre forviklinger i den første tid efter udskrivelsen.

### 5.1.7 Sammenhæng med opfølgende hjemmebesøg

Brobyggerne er opmærksomme på at videreformidle, hvilke patienter der er i målgruppen for opfølgende hjemmebesøg ved egen læge og hjemmesygeplejerske. Herefter overtager hjemmesygeplejen opgaven med at vurdere, om besøget er aktuelt, når patienten kommer hjem, samt at forsøge at aftale det med den praktiserende læge. Vurderingen er dog, at brobyggerne ikke har afgørende betydning for, hvor mange hjemmebesøg der bliver gennemført. Samtidig bliver der ikke afholdt ret mange besøg, fordi det er vanskeligt at få de praktiserende læger ud til besøgene.

## 5.2 Patienters og pårørendes perspektiver

De nedenstående afsnit præsenterer fem patienter og en pårørendes perspektiver på de samtaler og den hjælp, de har fået fra brobyggerne under deres indlæggelse. Perspektiverne er afdækket via telefoninterview gennemført umiddelbart efter patienternes udskrivelser i slutningen af august eller starten af september 2015.

Fem af de seks patienter er udskrevet til eget hjem, mens den sidste er udskrevet til et kommunalt genoptræningsophold. Patienterne har været indlagt af forskellige årsager, en har brækket sin overarm, en anden har brækket benet, en tredje har knæproblemer, og en fjerde har diabetes og fik under indlæggelsen amputeret det ene ben. Derudover er der en patient med cancer og en patient med maveproblemer.

### 5.2.1 Patienternes overordnede perspektiver på brobyggerfunktionen

Som illustreret i citaterne nedenfor, husker alle patienterne og den pårørende samtalen med brobyggeren på hospitalet. Samtidig fremgår det, at samtalen for de fleste fremstår som en positiv faktor i forhold til udskrivelsen og det samlede forløb:

*Det var rigtigt godt, det er helt sikkert. For det første så var hun meget tillidsvækkende. Det var jo en intim samtale, vi havde. Og så set sammen med, at det fungerede fra dag 1, da jeg kom hjem, så er det positivt. (Kit, patient)*

*Vi sad bare og snakkede frem og tilbage om, hvad der skulle ske. Det var ikke en lang samtale, vi skulle bare blive enige om tingene. Jeg mente godt, hun kunne klare sig selv, hvis bare hun fik hjælp til det med maden. (Lotte, pårørende)*

*Vi fik den information, vi havde behov for, det fungerede perfekt. [...] Det var rigtigt, rigtigt positivt, det har også fuldt ud levet op til mine forventninger. (Martin, patient)*

*Jeg synes, det har fungeret fornuftigt, kan faktisk ikke sætte en finger på noget. Jeg har fået de svar, jeg har haft behov for. Jeg synes, kommunen har været aktiv i forhold til at være om mig. (Anders, patient)*

*Det, der var vigtigt for mig at få sagt, det var, at det jeg har behov for, det er bare den der tryghed, at der kommer nogen, så jeg ikke ligger og ruller rundt nede på gulvet. (Anna, patient)*

*Synes det var godt, det kan jeg kun sige positivt om. Det giver en betryggende følelse, at man har fået snakket om det, inden man kommer hjem. Det er det rigtige tidspunkt på sygehuset, inden man kommer hjem, det synes jeg. (Helle, patient)*

Som det fremgår af citaterne, oplever de interviewede patienter brobyggerne som en kilde til viden om, hvad der sker i overgangen mellem hospital og hjemmet. Samtidig fremgår det, at brobyggerne for de interviewede patienter har medvirket til at skabe tryghed omkring udskrivelse og hjemkomst, ligesom samtalerne bliver afholdt på en rar måde.

## 5.2.2 Indholdet i samtalerne mellem patient, pårørende og brobygger

Samtalerne mellem brobygger og patient samt eventuelt pårørende kommer omkring flere forskellige emner af både praktisk og privat karakter, og deltagerkredsen varierer alt efter, hvilke problemstillinger der er i spil. Det betyder, at der for nogle har været tale om en privat samtale mellem patient og brobygger, mens der for andre er tale om et møde, hvor andre fagpersoner, såsom læger, sygeplejersker og terapeuter deltager. Samtidig er det, som illustreret i citatet nedenfor, forskelligt, om brobyggeren mødes med patienten en eller flere gange:

*Hun [brobygger, red.] var først kort inde ved mig. Efterfølgende var der et fællesmøde, hvor hun var der sammen med en overlæge, en fysioterapeut og en sygeplejerske, og mine børn var der også, der snakkede vi om tingene. Jeg fik at vide, hvad jeg kunne [...] Ud fra at jeg skulle til aflastning, blev jeg præsenteret for 4 forskellige steder for genoptræning i kommunen. Så jeg valgte det, der var tættest på, hvor jeg bor. (Anders, patient)*

I 4 af de 6 forløb har pårørende deltaget i en eller flere samtaler, og både patienter og den pårørende oplever dette som en fordel – fordi det giver patient og pårørende et fælles afsæt for det videre forløb:

*Min kone, søn og datter deltog, så der var flere ører at høre med. På den måde var det en familiesamtale. (Martin, patient)*

I samtalerne blev der talt om hjemmehjælp, hjælpemidler, træning, fordeling af opgaver mellem pårørende og kommunale leverandører og tryghed ved udskrivelsen og hjemkomst:

*Jeg synes, det var rart. Det beroligede mig meget, at der kom en og snakkede det igennem. Der var mange tanker, der fløj rundt i hovedet på mig. Det var godt at få sat ord på, det var en voldsom pukkel at skulle hjem [...] Vi snakkede meget om de praktiske ting, hvordan jeg skulle gøre tingene, klare de forskellige ting, personlige ting som hygiejne, lave mad og komme på toilettet. Altså de basale ting, få de nødvendige ting på plads, det havde vi en god snak om. (Helle, patient)*

*Det er svært at forholde sig til, hvordan det er at komme hjem, når man er på sygehuset. Dejligt at få snakket om ens behov. Jeg følte selv, at jeg var lidt i panik over, at jeg skulle udskrives, for hvordan skulle jeg klare mig selv? Hun [brobygger, red.] havde meget empati, uden at det blev rørstrømsk. Det betyder meget for mig, det tror jeg, det gør for alle [...] Jeg var ikke 100 % tryk ved at komme hjem, jeg følte mig ikke tryk, da jeg blev udskrevet, men det er jeg blevet, lad mig sige det sådan. (Kit, patient)*

Som det fremgår, handlede samtalerne helt konkret om, hvordan patienternes hjem var indrettet, hvilke opgaver patienterne selv forventede at kunne varetage, og hvilke opgaver pårørende kunne hjælpe med, samt hvilke opgaver i hverdagen patienterne ville få brug for hjælp til. Derudover fortæller flere patienter, at muligheden for at fortælle om deres bekymringer og få en fagpersons vurderinger og hjælp til at løse eventuelle udfordringer betød en øget grad af tryghed i forbindelse med overgangen fra hospital til eget hjem

### 5.2.3 Oplevelsen af overgangen fra hospital til kommune

Billedet af overgangen fra hospital til kommune er generelt positivt. For 3 af forløbene har der dog været enkelte knaster i forløbet. Knasterne, som præsenteres nedenfor, handler om vanskeligheden med at forudse funktionsniveauet i eget hjem, om patienternes viden om de tilbud, de bliver udskrevet til, overleveringer fra hospital til kommune samt 'forberedelsestiden' for pårørende i forbindelse med udskrivelse.

Således fortæller Anna, at man – set i bakspejlet – let kommer til at overvurdere, hvad man kan efter indlæggelsen, når man er på hospitalet:

*Det var jo det der med at komme hjem og klare sig selv og så videre. Man kan alting, når man sidder i en seng på hospitalet og taler om det, jo, det er noget helt andet, når man skal i gang med det. Hun [brobygger, red.] regnede også med, at jeg kunne klare det efter det, jeg sagde. Men nu kan jeg ikke overskue det. (Anna, patient)*

Efter hjemkomsten har Anna fået bevilget et træningsophold på 3 uger, som hun håber, kan hjælpe hende videre i hverdagen, der opleves meget problematisk, efter hun har fået en omfattende operation. Patienten fortæller, at hun har fået et *ordentligt dyk*, efter hun kom hjem og ikke har kunnet klare de opgaver, både hun og brobyggeren forventede.

En anden patient – Anders – fortæller, at han blev overrasket over rammerne for det genoptræningsophold, han blev udskrevet til efter indlæggelsen:

*Jeg valgte [genoptræningsplads, red.] uden at ane, hvad jeg valgte, og hvad forskellene var. Havde jeg fra starten fået at vide, at det var 3 aflastningsstuer, der lå midt i et plejehjem, så havde jeg nok ikke valgt det. Jeg var lidt trist de første dage, jeg havde ikke lige regnet med, at jeg skulle anbringes på et plejehjem med mennesker, der var så dårlige. Så jeg holdt mig for mig selv og spiste for mig selv på værelset. Det kunne måske godt have været noget andet. (Anders, patient)*

Derudover oplevede Anders efter udskrivelsen til genoptræning at vente 5-6 dage på, at der blev sendt en genoptræningsplan fra hospitalet i Horsens, hvilket betød, at han i denne periode ikke kunne komme i gang med at træne.

Lotte, som har været involveret i udskrivningen af hendes mor, fortæller om hendes oplevelse af udskrivelsesforløbet, at:

*Jeg har ikke noget imod, at sygehuset har sendt hende hjem, det er slet ikke det. Det er kun det med, at der ikke var tid nok til at forberede det. Jeg fik det tilfældigt at vide, da jeg var på besøg om onsdagen. Der var en, der sagde, at din mor skal jo også hjem på fredag. Nå okay! [...] Det at hun kom hjem en fredag med så kort frist. Alt det der planlægning, der lige skal til, det har man ikke mulighed for, når det er to dage før og lige op til en weekend. Altså, hun skulle have de der proteindrikke, dem skulle jeg hente på apoteket, og det samme med medicin. Hjælpemidler skulle hentes i Horsens, og jeg har en mand, der arbejder i Randers, så det skal lige planlægges. Det er ikke noget, man lige tager bussen for at hente. Jeg kunne godt have brugt lidt mere tid til den slags. Min mor fik først rollator og badestol tirsdag, hvor hun kom hjem fredag, fordi jeg ikke kunne hente det før. (Lotte, pårørende)*

Som det fremgår af citatet, oplevede Lotte, at der var kort tid til at forberede udskrivelsen, ligesom hun var nødt til at påtage sig en række praktiske opgaver for at gøre klar til, at hendes mor kom hjem. Samtidig fremgår det, at der manglede hjælpemidler ved udskrivelsen, fordi Lotte ikke havde mulighed for at hente dem med det korte varsel, der blev givet.

#### 5.2.4 Opsamling

Samlet set tegner de interviewede patienter et positivt billede af deres møde med brobyggerne. Patienterne lægger særligt vægt på, at brobyggerne bidrager til tryghed ved udskrivelse, fordi de forskellige elementer i overgangen fra hospital til kommune blev snakket igennem på en god måde. Samtidig oplevede interviewpersonerne, at de på en god måde blev informeret om den hjælp, de kunne få ved hjemkomsten, valg af udbydere og ikke mindst, at der var tydelige fælles aftaler om, hvilke opgaver henholdsvis patient, pårørende og kommune havde i forbindelse med udskrivelsen.

Derudover fortæller flere af interviewpersonerne, at de føler sig godt behandlet af Skanderborg Kommune – både i forbindelse med samtalen på hospitalet, men også efter hjemkomsten har kommunen levet op til aftalerne og patienternes forventninger.

### 5.3 Omkostninger og effekt af brobyggerfunktionen

Dette kapitel beskriver registeranalysen af effekter og omkostninger ved fremskudt kommunal visitation i Skanderborg Kommune.

#### 5.3.1 Population i registeranalysen

Interventionsgruppen i registeranalysen for Skanderborg Kommune omfatter 198 indlæggelser i perioden fra primo maj 2014 til ultimo maj 2015, hvor patienten er over 65 år, og hvor brobyggerne har haft et fysisk møde med patienten inden udskrivelse<sup>31</sup>.

---

<sup>31</sup> Kun indlæggelser af personer over 65 år, som er registreret i Landspatientregisteret som udskrevet til hjemmet efter indlæggelse på somatisk sygehusafdeling, indgår i analysen. Patienter, som udskrives til hjemmet, afgrænses som patienter, hvor variabelen udskrivningsmåde (UDM) antager en af følgende værdier: 1 (afsluttes

Kontrolgruppen er som for de øvrige casekommuner udvalgt ved propensity score matching blandt patienter over 65 år, som har været indlagt og udskrives til hjemmet i perioden 1. januar 2014 - 31. maj 2015, men som er bosiddende i andre kommuner end de fire casekommuner (Gribskov, Lolland, Vejle og Skanderborg). Metoden er nærmere beskrevet i afsnit 1.3. Kvaliteten af matchningen er god, dvs. at kontrolgruppen ligner interventionsgruppen med hensyn til de valgte matchingkriterier. Den standardiserede difference mellem interventions- og kontrolgruppen er maks. 4 % og således væsentlig under grænsen på 10 %, se Bilag 5.

Tabel 5.1 nedenfor viser baggrundskarakteristika for interventions- og kontrolgruppen i Skanderborg Kommune sammenlignet med landsgennemsnittet. Som forventet er modtagerne af fremskudt visitation ældre end gennemsnittet. De er oftere kvinder, akut indlagt og har et knap dobbelt så langt indlæggelsesforløb som gennemsnittet. Antallet af indlæggelser i det forløbne år er lidt lavere end gennemsnittet. Det gennemsnitlige antal sengedage og indlæggelser i det forløbne år er lavere end i Gribskov og Lolland Kommuner, hvilket formentlig afspejler, at brobyggerne besøger et bredere udsnit af de indlagte patienter.

**Tabel 5.1** Baggrundskarakteristika ved interventions- og kontrolgruppen i Skanderborg Kommune

	Interventionsgruppe (N=198)	Kontrolgruppe (N=1.470)	Landsgennemsnit*
Køn (andel kvinder)	60,6 %	60,6 %	50,4 %
Alder (gennemsnit)	79,8	79,6	76,7
Indlæggelsesmåde (andel akutte indlæggelser)	91,9 %	91,9 %	69,6 %
Antal sengedage (gennemsnit)	7,1	7,2	4,2
Antal indlæggelser i det foregående år (gennemsnit)	2,0	2,1	2,5

Note: \*) Gennemsnittet er beregnet for alle indlæggelser på somatiske sygehusafdelinger af patienter over 65 år, som er bosiddende i andre kommuner end de fire casekommuner (Gribskov, Lolland, Vejle og Skanderborg), og hvor patienten er udskrevet til hjemmet i perioden fra 1. januar 2014 til 31. maj 2015.

Kilde: Beregnet af KORA på grundlag af data fra LPR

### 5.3.2 Meromkostninger til drift og udvikling af brobyggerfunktionen

Meromkostninger til drift af brobyggerfunktionen er estimeret på baggrund af oplysninger fra Skanderborg Kommune indsamlet ved spørgeskema, jf. afsnit 1.3.

Meromkostningerne er opgjort til 60.134 kr. pr. måned svarende til 721.612 kr. pr. år og i gennemsnit 1.011 kr. pr. patient/indlæggelse<sup>32</sup>, jf. Tabel 5.2. Skanderborg Kommune oplyser, at der er tilført 500.000 kr. i 2014 og tilsvarende i 2015 til finansiering af indsatsen.

<sup>32</sup> til alment praktiserende læge), 2 (afsluttes til praktiserende speciallæge), A (andet), K (afsluttes til sygehusafsnit (hjemmet)) og L (afsluttes til sygehusafsnit, venteforløb (hjemmet)).  
Det gennemsnitlige ekstra ressourceforbrug pr. patient/indlæggelse er opgjort ud fra en antagelse om, at der i gennemsnit koordineres udskrivelser af 59,46 indlæggelser pr. måned. Gennemsnittet er beregnet ud fra oplysninger fra kommunen om antallet af indlæggelser i perioden fra primo maj 2014 til ultimo maj 2015, hvor brobyggerne har været inde over.



**Tabel 5.2** Meromkostninger til drift af brobyggerfunktionen i Skanderborg Kommune

	Timer*		Kroner
	Leder	Medarbejdere	Leder og medarbejdere i alt
<b>Pr. måned</b>			
A) Skøn over ressourceforbrug til fremskudt visitation pr. måned	6	310,8	113.616
B) Skøn over ressourceforbrug til udskrivningskoordination pr. måned for de samme patienter, hvis kommunen ikke havde iværksat indsatsen	0	150	53.482
C) Skønnet ekstra ressourceforbrug til fremskudt visitation pr. måned (A-B)	6	160,8	60.134
<b>Pr. patient/indlæggelse</b>			
Skønnet ekstra ressourceforbrug til fremskudt visitation pr. patient/indlæggelse	0,10	2,70	1.011

Note: \*) Skøn over tidsforbrug til fremskudt visitation i en typisk måned er indberettet af kommunerne sammen med oplysninger fra kommunerne om antal patienter/indlæggelser, hvor der er ydet fremskudt visitation. KORA har på grundlag af de indberettede oplysninger beregnet det gennemsnitlige ekstra tidsforbrug pr. patient/indlæggelse.

Kilde: Beregnet af KORA på grundlag af oplysninger indberettet fra Skanderborg Kommune

Skanderborg Kommune oplyser desuden, at brobyggerfunktionen – udover personaleressourcer – forudsætter, at computer og lokaler stilles til rådighed på sygehuset.

Det er i beregningen af meromkostninger ved drift af indsatsen pr. indlæggelse/patient antaget, at brobyggerne i gennemsnit koordinerer ca. 60 forløb pr. måned baseret på oplysninger indberettet af Skanderborg Kommune for perioden maj 2014 - maj 2015. Skanderborg Kommune oplyser, at det gennemsnitlige antal af koordinerede forløb pr. måned er steget siden da (efter indkøringsperiode af ekstra brobygger, som startede i maj 2014), hvilket reducerer meromkostningerne pr. indlæggelse/patient i forhold til estimatet i Tabel 5.2.

Omkostningerne i forbindelse med udvikling af indsatsen er vanskelige at opgøre, da det er vanskeligt at skønne over tidsforbrug tilbage i tid. Skanderborg Kommune vurderer, at leder og medarbejdere har brugt i størrelsesordenen henholdsvis 256 timer og 384 timer på udvikling af indsatsen i opstartsfasen. Med de angivne enhedspriser i afsnit 1.3 svarer det til udviklingsomkostninger i størrelsesordenen 250.000 kr. Opgørelsen er forbundet med stor usikkerhed, men indikerer, at udviklingsomkostningerne som forventet har været noget større end i de øvrige casekommuner.

### 5.3.3 Effekt på genindlæggelser

Brobyggerfunktionen kan muligvis reducere risikoen for genindlæggelse ved at medvirke til at sikre, at patienten får den nødvendige hjælp og føler sig tryk efter udskrivelse, hvorved der også er mulighed for at spare hospitalsomkostninger. Om dette er tilfældet i Skanderborg Kommune, undersøges i de nedenstående afsnit.

#### 5.3.3.1 Andel genindlæggelser

Registeranalysen viser grænsesignifikante forskelle i andelen af genindlæggelser inden for 30 dage i interventions- og kontrolgruppen, jf. Tabel 5.3. Hvis der alene ses på akutte genindlæggelser, er forskellen statistisk signifikant på 5 % niveau. Analysen indikerer således, at brobyggerfunktionen kan reducere sandsynligheden for genindlæggelse. Forskellen kan dog også skyldes, at interventionsgruppen adskiller sig fra kontrolgruppen på faktorer, der ikke indgår som matchingkriterier. Det er fx muligt, at interventionsgruppen generelt er mere selvhjulpne end

kontrolgruppen, og at det er dette faktum snarere end brobyggerfunktionen, som giver sig udslag i en lavere genindlæggelsesfrekvens.

**Tabel 5.3** Andel genindlæggelser inden for 30 dage, Skanderborg Kommune

	Interventionsgruppe	Kontrolgruppe	Forskel (ATT)	P-værdi*
Alle genindlæggelser	24,7 %	31,1 %	-6,3 %	0,060
Subgruppe: Akutte genindlæggelser	21,2 %	27,5 %	-6,3 %	0,048

Note: \*) P-værdi er beregnet ved tosidet t-test. Hvis p-værdi > 0,05, er forskellen ikke statistisk signifikant.

Kilde: Beregnet af KORA på grundlag af data fra LPR

### 5.3.3.2 Omkostninger ved genindlæggelser

Registeranalysen viser statistisk signifikante forskelle i de gennemsnitlige hospitalsomkostninger ved genindlæggelser inden for 30 dage mellem interventions- og kontrolgruppen, jf. Tabel 5.4. Det gælder både hospitalsomkostninger i alt og hospitalsomkostninger finansieret af kommunen via den kommunale medfinansiering. Den gennemsnitlige besparelse for Skanderborg Kommune er 1.069 kr. pr. patient, som modtager fremskudt visitation.

Når der ses en statistisk signifikant forskel for hospitalsomkostninger, men ikke i andel genindlæggelser i alt, kan det være udtryk for, at interventionsgruppen både har en lavere genindlæggelsesfrekvens (dog ikke statistisk signifikant på 5 %-niveau, jf. Tabel 5.3) og lavere gennemsnitlige hospitalsomkostninger, hvis de genindlægges, sammenlignet med kontrolgruppen.

**Tabel 5.4** Hospitalsomkostninger ved genindlæggelser inden for 30 dage, Skanderborg Kommune

	Interventionsgruppe	Kontrolgruppe	Forskel (ATT)	P-værdi*
Hospitalsomkostninger i alt	11.370 kr.	17.178 kr.	-5.808 kr.	0,024
Hospitalsomkostninger finansieret af kommunen via den kommunale medfinansiering	2.635 kr.	3.704 kr.	-1.069 kr.	0,025

Note: \*) P-værdi er beregnet ved tosidet t-test. Hvis p-værdi > 0,05, er forskellen ikke statistisk signifikant.

Kilde: Beregnet af KORA på grundlag af data fra LPR og DRG-grupperet LPR

### 5.3.4 Forbehold

Analysen er forbundet med usikkerhed, ligesom det gælder for analyserne for de øvrige casekommuner. Usikkerheden relaterer sig primært til opgørelsen af meromkostninger ved fremskudt visitation, men der er også usikkerhed forbundet med registeranalysen vedr. genindlæggelser og omkostninger forbundet hermed (se evt. jf. afsnit 2.3.4 for en nærmere beskrivelse heraf).

Som nævnt fokuserer analysen på genindlæggelser og undersøger ikke effekter af fremskudt visitation på fx antallet af ventedage (dvs. antal dage, hvor borgere er indlagt på sygehuset, efter at de er færdigbehandlede), visitation af praktisk hjælp og personlig pleje, hjælpemidler og boligændringer samt brug af kommunale aflastningspladser.

Det er dog Skanderborgs Kommunes umiddelbare vurdering, at antallet af ventedage er faldet som følge af indsatsen, fordi brobyggeren sikrer, at kommunen hurtigt involveres. Kommunen vurderer samtidig, at visitationen af praktisk hjælp og personlig pleje, hjælpemidler og boligæn-

dringer samlet set er uændret (nogle får mere, og andre får mindre), og at brugen af aflastningspladser er steget som følge af indsatsen (brobyggerne prioriterer at sikre borgerens habituelle niveau før tilbagevenden til eget hjem).

### 5.3.5 Opsamling

KORA vurderer på baggrund af analysen, at fremskudt visitation er omkostningsneutral for Skanderborg Kommune på længere sigt. Der er fundet grænsesignifikante forskelle i andelen af genindlæggelser inden for 30 dage i interventions- og kontrolgruppen og statistisk signifikante forskelle i hospitalsomkostninger forbundet med genindlæggelser, herunder såvel hospitalsomkostninger i alt som hospitalsomkostninger finansieret af kommunen via den kommunale medfinansiering. Der er ikke foretaget en cost-effectiveness analyse, da der ikke er fundet statistisk signifikante forskelle i andelen af genindlæggelser i alt i interventions- og kontrolgruppen, men det fremgår, at de estimerede kommunale besparelser ved færre genindlæggelser svarer til de beregnede meromkostninger ved drift af indsatsen. Besparelsen ved færre genindlæggelser vil formentlig på længere sigt også kunne dække udviklingsomkostningerne, idet meromkostningerne ved drift af indsatsen pr. indlæggelse/patient er faldet efter indkøringsperiode.

## 6 Tværgående sammenfatning og diskussion

Dette kapitel indeholder en tværgående sammenfatning og diskussion af erfaringerne fra de fire undersøgte modeller for kommunal udskrivningskoordination. Formålet er at udlede de erfaringer og resultater, som er relevante for andre kommuner og hospitalers overvejelser og eventuelle fremadrettede samarbejde om fremskudt visitation.

Først opstilles et oversigtskema, der sammenfatter de væsentligste karakteristika for de undersøgte funktioner. Resten af kapitlet falder i tre hovedafsnit, der følger de overordnede formål med undersøgelsen:

1. Udvikling, organisering og udførelse af fremskudt visitation ved komplekse udskrivelser fra hospital.
2. Patienter og pårørendes perspektiver på mødet med de undersøgte funktioner.
3. Effekter og omkostninger ved fremskudt visitation.

Kapitlet afsluttes med en kort delkonklusion, der forholder de væsentligste resultater til målsætningerne for indsatsen vedrørende forløbskoordination for DÆMP-patienter.

**Tabel 6.1** Oversigt over centrale karakteristika, erfaringer og effekter af fremskudt visitation i de undersøgte kommuner

	Gribskov	Lolland	Vejle	Skanderborg
<b>Formål</b>	Mere rettidig og målrettet kommunikation, bedre vurdering af funktionsevne, bedre udnyttelse af midlertidige pladser og øget involvering af patienter og pårørende.	Direkte dialog mellem visitator og patienter, bedre vurdering af funktionsevne og derved mere præcis tildeling af kommunale ydelser.	Større specialisering af de visitatorer, der arbejder med udskrivning. Møde flere komplekse patienter inden udskrivning. Hurtigere og bedre koordinerede udskrivninger.	Inddrage patienter i at opstille mål for forløb. Tidlig vurdering af potentiale for rehabilitering. Bedre visitation og udskrivninger. Optimere arbejdsgange og samarbejdsformer.
<b>Udvikling og organisering</b>	Tværsæktorielt projektsamarbejde. Udviklet og evalueret i fællesskab. Team med fire medarbejdere deler ansvaret for den fremskudte visitation.	Udviklet af kommunen, men rammer for funktionen er aftalt med hospitalsledelsen. Fire visitatorer skiftes til at have ansvaret for fremskudt visitation 1 uge ad gangen.	Tværsæktorielt samarbejde, udvikling og evaluering. Team med fem medarbejdere deler ansvaret for den fremskudte visitation. Fem 'vikarer' der dækker ved sygdom og ferie.	Tværsæktorielt projektsamarbejde. Udviklet og evalueret i fællesskab. To brobyggere arbejder med fast base på hospitalet.
<b>Visitatorernes tilstedeværelse på hospitalet</b>	Der er en visitator på Hillerød Hospital alle ugens hverdage fra 8-15.30. Har eget lokale på hospitalet.	Hospitalet besøges (næsten dagligt), når der er relevante patienter. Har haft eget lokale på sygehuset, men anvender det ikke længere.	Kommer på sygehuset, når der er aftaler om udvidet koordinering eller gennemgang af aftaler med patienter. Oftest er der 2-3 visitatorer på sygehuset dagligt. Har eget lokale på sygehuset.	Brobyggerne arbejder fuldtid på hospitalet, hvor de deler kontor med terapeuterne på hospitalets terapiafdeling.
<b>Opsporing af patienter</b>	Med afsæt i plejeforløbsplaner.			Med afsæt i indlæggelsesrapporter og plejeforløbsplaner
<b>Oplevede resultater</b>	Bedre kommunikation og samarbejde. Mere direkte kommunikation med patienter og bedre koordinering af udskrivelser.	Bedre kommunikation og samarbejde om de komplekse patienters forløb. Bedre vurdering af funktionsevne. Bedre forventningsafstemning med patienter og pårørende.	Mere direkte kommunikation og bedre vurdering af funktionsniveau. Fleksibelt samarbejde muliggør hurtigere udskrivninger.	Lettere adgang til viden og mere direkte kommunikation. Kontinuitet giver bedre planlægning af udskrivelser. Øget inddragelse af patienter/pårørende.
<b>Patienter og pårørendes perspektiver</b>	Oplever god information og god planlægning af udskrivningen. Møde understøtter tryghed over for det at skulle hjem.	Datagrundlaget er ikke tilstrækkeligt til at opstille konklusioner om, hvordan patienterne oplever fremskudt visitation.	God information og god planlægning af udskrivningen. Konkrete eksempler på inddragelse i komplekse forløb.	God kilde til viden om kommunale ydelser og tryghed ved udskrivelse. Føler sig godt behandlet af kommunen.
<b>Effekter</b>	Færre genindlæggelser og lavere hospitalsomkostninger. Kun forskellen i omkostninger er dog statistisk signifikant.	Færre genindlæggelser og lavere hospitalsomkostninger. Ingen af forskellene er dog statistisk signifikante.	Færre genindlæggelser og lavere hospitalsomkostninger. Ved udvidet koordinering er kun forskellen i omkostninger dog statistisk signifikant. Ved gennemgang af aftaleskemaer er både forskellen mht. genindlæggelser og omkostninger statistisk signifikante.	Færre genindlæggelser og lavere hospitalsomkostninger. Forskellen mht. genindlæggelser er grænsesignifikant, mens forskellen i omkostninger er statistisk signifikant.

## 6.1 Udvikling og organisering af fremskudt visitation

### 6.1.1 Grundlæggende karakteristika og formål

De undersøgte funktioner falder alle under den type af forløbskoordination, der beskrives som 'visiterende koordination', jf. Implements kortlægning af området fra 2011 (8). Som sådan er alle funktionerne kendetegnet ved, at de:

- Har et formelt ansvar og kompetence til at visitere og træffe afgørelser om ydelser
- Arbejder med afsæt i formelle samarbejdsaftaler, visitationsretningslinjer og lovgivning
- Arbejder med afsæt i den kommunale sektor – om end opgaverne løses i samarbejde med hospitalspersonale

Beskrivelserne i kapitel 2-5 viser også, at der er mange ligheder i udviklingen og organiseringen af arbejdet med udskrivningskoordination på tværs af cases. Det gælder således i alle cases, at det fremskudte arbejde på hospital er igangsat ud fra et ønske om:

- En målrettet og retvisende vurdering af patienternes funktionsniveau og derved en bedre visitation/tildeling af ydelser.
- Mere korrekt og målrettet brug af kommunernes midlertidige pladser – dels så patienterne ikke er så syge, at de genindlægges, og dels for at de ikke er så raske, at de kan passes i eget hjem.
- At styrke kommunikation og samarbejde mellem hospital og kommune.
- Øget involvering, information og forventningsafstemning med patienter og (især) pårørende.

I tre af de undersøgte kommuner hænger satsningen på fremskudt visitation også sammen med en overordnet omorganisering af arbejdet i visitationen, således at ansvaret for udskrivning samles på færre medarbejdere, der arbejder i afgrænset team med fire-fem medarbejdere. Det fremstår i den forbindelse som en gennemgående pointe, at de mindre teams qua specialiseringen løser udskrivningsopgaverne mere kvalificeret og effektivt end tidligere, hvor udskrivningsopgaverne var fordelt på en bred kreds af medarbejdere.

Når det kommer til de fremskudte visitorers øvrige samarbejdsflader, viser undersøgelsen, at disse er begrænsede. Visitorerne er således generelt ikke involveret i at vurdere, hvilke patienter der modtager opfølgende hjemmebesøg eller opfølgende tilbud fra hospitalerne, og arbejdet med fremskudt visitation ændrer heller ikke relationen til praktiserende læger. Det er således først og fremmest visitationsopgaven og relationen mellem kommunale visitorer og hospital, der styrkes, mens de øvrige tilbud, funktioner osv. som er involveret i patienternes forløb, fungerer upåvirket og uafhængigt af den fremskudte visitation. Det skal understreges, at afgrænsningerne af den fremskudte visitations opgaver først og fremmest fremstår som en fordel, fordi den netop gør det muligt at styrke en samarbejdsrelation og overgangen fra hospitalet til kommunen, uden at de øvrige funktioner og arbejdsdelinger forstyrres. Visitorerne bidrager således først og fremmest til, at patienterne bliver udskrevet til et velfungerende hjem, hvor de kommunale indsatser er på plads. Herved kan de fx bidrage til et øget udbytte af opfølgende hjemmebesøg, da et godt udbytte netop er forbundet med, at egen læge og hjemmesygeplejerske ikke skal bruge hele besøget på at få de basale ting i hjemmet til at fungere.

## 6.1.2 Strategier for udvikling og ledelsesmæssig forankring

Initiativet til de fremskudte funktioner – og finansieringen af disse – er i alle tilfælde kommet fra kommunerne. Alle funktioner er dog drøftet og introduceret i samarbejde med den relevante ledelse fra de hospitaler, der arbejdes på. Samtidig har udviklingen i Gribskov, Vejle og Skanderborg været forankret i tværsektorielle ledelses- og projektgrupper, der har samarbejdet om at udvikle og evaluere funktionerne. Som illustreret i nedenstående citat, ses det som vigtigt, at der er tale om en reel invitation til samarbejde:

*I forbindelse med opstarten af kommunalreformen hørte jeg en fra en helt anden kommune sige, at kommunerne nok kunne tænke sig at få nogen ind på sygehusene og kigge efter, om vi gjorde det ordentligt. Med sådan en melding ville vi nok have haft barrikaderne mere oppe, men det her har hele tiden været et samarbejdsprojekt, med det udgangspunkt at vi skal gøre det bedre for borgeren. (Hospitalsansat leder)*

Det fremgår samtidig, at afsættet for ledernes samarbejde i høj grad er relationer, som er skabt via den lokale samarbejdsstruktur på sundhedsaftaleområdet. Samtidig hviler samarbejdet langt hen ad vejen på en fælles erkendelse af, at de formelle aftaler og kommunikationsredskaber ikke alene kan bære samarbejdet om de mest komplekse patienters forløb:

*Vi har en tillid til, at vi hver især løser opgaven bedst muligt, men også en erkendelse af, at sløjfen mellem sektorerne er vanskelig, så det handler om, hvordan vi kan hjælpe med at mødes i det. (Hospitalsansat leder)*

De fremskudte funktioner udgør således et konkret grænseoverskridende samarbejde, som de involverede ledere har investeret i at udvikle. Mange af lederne giver også eksempler på, hvordan de aktivt udviser vilje til at arbejde forløbsorienteret med afsæt i de fremskudte funktioner, for at understøtte at deres medarbejdere også interesserer sig for dette. Denne aktive ledelsesinvolvering fremhæves samtidig som et vigtigt element, der understøtter udviklingen og konsolideringen af de fremskudte funktioner.

## 6.1.3 Oplevede resultater for udskrivningssamarbejdet

Den generelle oplevelse er, at de fremskudte funktioner bidrager positivt til udskrivningssamarbejdet på nedenstående områder.

**Bedre og mere fleksibelt samarbejde:** De direkte involverede fagpersoner oplever i alle cases, at de fremskudte funktioner understøtter et bedre samarbejds-klima, hvor de involverede har nemmere ved at finde løsninger i enighed. Dette er illustreret i de udvalgte citater nedenfor:

### Eksempler på forbedringer i udskrivningssamarbejdet

*Det der ofte irriterer os i kontakten med kommuner er, når de ringer og spørger ind til det, vi lige har skrevet udførligt i en plejeforløbsplan. Det sker ikke på samme måde med Gribskov – og når der er noget, opleves det ikke på samme måde som en forstyrrelse, når der ansigt til ansigt står en, vi kender, og spørger ind til noget om patienten. (Hospitalssygeplejerske, Gribskov)*

*Samarbejdet er blevet bedre ved at man har fået sat ansigt på en person. Så hakker vi ikke så meget af hinanden i telefonen. Når man kender hinanden og har en relation, bliver kommunikationen bedre. (Hospitalssygeplejerske, Lolland)*

## Eksempler på forbedringer i udskrivningssamarbejdet

*Tidligere holdt vi os meget til varslingsreglerne. Så det blev en mur, vi alle sammen benyttede. I dag er der en meget større forståelse for, at vi er her med et fælles mål om at få borgeren hjem, og at vi alle sammen er her for borgerens skyld. (Udskrivningsvisitator, Vejle)*

*Man får en større respekt for hinandens arbejde. For eksempel kan jeg godt se, at de laver et stort stykke arbejde i den kommunale visitation, men det vidste jeg ikke, da vi kun sad og talte i telefon. [...] på samme måde forstår de bedre, hvorfor det er så svært for os at sætte en præcis udskrivelsesdato. (Hospitalsterapeut, Skanderborg)*

Som det fremgår, relateres de positive resultater i høj grad til de personlige relationer og den fælles viden/forståelse, der opstår, når der er direkte kontakt i samarbejdet. Dette kommer fx til udtryk ved at der opstår færre konflikter i samarbejdet, samt at disse i højere grad bliver taget i opløbet. Resultaterne og de oplevede årsager til disse matcher i høj grad den tilgængelige viden fra litteraturen om tværsektorielt samarbejde i sundhedsvæsenet<sup>33</sup>. Litteraturen finder således, at fysisk nærhed mellem de parter, der samarbejder om at koordinere forløb på tværs af organisationer – herunder også deres ledere – er af særlig afgørende betydning for et velfungerende samarbejde. (jf. 10-11).

Den direkte kontakt og de positive effekter, der opleves som følge af denne, kan dog ikke stå alene som målet for samarbejdet – ikke mindst fordi alle parter i udskrivningssamarbejdet oplever at have travlt. Dette er også illustreret ved at der flere steder har været bekymringer for, om de fremskudte funktioner ville udgøre et forstyrrende element for personalet på hospitalsafdelingerne. Bekymringerne har både gået på, hvad det ville betyde, hvis alle (op til otte) kommuner i optageområdet begyndte at sende medarbejdere ind på hospitalet, samt på hvor meget tid hospitalspersonalet skulle bruge på at 'servicere' de kommunale medarbejdere.

De efterfølgende erfaringer viser dog, at de kommunale medarbejdere generelt ikke ses som et forstyrrende element på hospitalsafdelingerne, og i det omfang de forstyrrer, opvejes dette mere end rigeligt af andre positive bidrag til samarbejdet. De hospitalsansatte interviewpersoner sætter således stor pris på, at de kommunale medarbejdere i dag:

- via MedComs plejeforløbsplaner selv er i stand til at opspore, hvilke patienter der har brug for udvidet koordinering
- er selvkørende og velforberejdede, når de kommer på afdelingerne, samtidig med at de ofte medbringer viden om de indlagte patienters habituelle funktionsniveau, som er nyttig for hospitalspersonalet
- i et vist omfang erstatter telefonkontakterne mellem kommune og hospital, bl.a. fordi der kommer færre 'kontrolopkald', hvor der spørges ind til oplysninger i de plejeforløbsplaner, hospitalerne sender til kommunerne via MedCom
- har en direkte kommunikation med patienter og pårørende om det kommunale serviceniveau, hvilket betyder, at hospitalspersonalet i mindre grad skal fungere bindeled mellem patient og kommune
- bidrager til at besøgte patienter og deres pårørende er bedre informeret, mere trygge og har mere realistiske forventninger til udskrivelsen og det efterfølgende forløb i kommunen
- er med til at øge kvaliteten af den skriftlige kommunikation der udveksles via MedComs hjemmeplejehospitalsmeddelelser, om end der stadig er rum for forbedring.

<sup>33</sup> Flere af funktionerne arbejder også eksplicit ud fra et ønske om at styrke kapaciteten til relationel koordinering jf. (12).



Erfaringerne viser derfor, at der alle steder er taget godt imod de kommunale medarbejdere på hospitalsafdelingerne. Samtidig opleves funktionernes bidrag til øget kvalitet og aflastning så nyttige, at hospitalerne gerne ser lignende ordninger fra alle kommunerne i deres optageområder.

**Større kontinuitet og fleksibilitet i koordineringen af de komplekse patientforløb:** De fremskudte medarbejdere opleves generelt som en kilde til et mere kontinuerligt og fleksibelt samarbejde om de komplekse udskrivninger. Dette er dog særligt udtalt i Skanderborg og Gribskov, hvor udskrivningskoordinatorene arbejder fast på hospitalet i hele dagtimerne, samtidig med at de har en relativt åben tilgang til deres opgaver:

*Det at vi er en hel uge af gangen – og at vi er en person, det giver en større personkontinuitet og bedre forståelse for patientens forløb, sammenlignet med når vi sidder i fronten herhjemme. Inde på sygehuset møder vi mandag og følger det naturlige arbejdsflow på sygehuset. Opstart om mandagen og opbygning af viden om de patienter, der er indlagt i hen over ugen, og mange udskrivelser sidst på ugen. Det er en mere hel arbejdsproces for os, når vi er i den samme funktion en hel uge, og der er færre overleveringer til vores kolleger. Når vi sidder i fronten ved telefonen i kommunen, er det, ligesom om det er mandag hver dag. (Kommunal visitator)*

I forlængelse af ovenstående fremgår det også, at kontinuiteten giver øget fleksibilitet til at tale med det plejepersonale, der rent faktisk ved noget om patienten, fordi de fremskudte medarbejdere har mulighed for at komme tilbage på et andet tidspunkt, hvis det ikke er muligt at tale med den person, der har udfyldt plejeforløbsplanen. På samme måde er der større fleksibilitet i forhold til at planlægge udskrivningskonferencer på tidspunkter, hvor pårørende har mulighed for at være med, fordi der ikke skal bruges tid på transport.

På Hillerød Hospital er der en række sengeafdelinger, som har ansat udskrivningsansvarlige fysioterapeuter, hvis funktion deler en række fællestræk med de kommunale visitatorer. Terapeuterne har således et særligt ansvar for at koordinere udskrivelser, afklare indlagte patienters funktionsniveau samt at formidle dette i plejeforløbsplaner til kommunerne. De første terapeuter blev ansat som et forsøg, fordi det var svært at rekruttere sygeplejersker. Erfaringerne var dog så positive, at ansættelserne er gjort permanente, ligesom ordningerne er udvidet til en række andre afdelinger<sup>34</sup>.

De gode erfaringer matcher i høj grad perspektiverne på de fremskudte visitatorer fra Gribskov. Der er således på tværs af interview enighed om, at terapeuterne:

- Er en kilde til kontinuitet, fordi de er på arbejde i dagtimerne alle ugens dage. Derved har de et godt overblik over den enkelte patients forløb i løbet af indlæggelsen og god mulighed for at være tilgængelige for de fremskudte visitatorer.
- Opnår stor rutine i at planlægge udskrivelser, bestille hjælpemidler, sørge for genoptræningsplaner og lave fyldestgørende beskrivelser af patienternes funktionsniveau.

Der peges således på, at terapeuterne styrker kommunikation og samarbejde i de komplekse udskrivningsforløb, og at de i dag har et meget tæt og velfungerende samarbejde med de fremskudte visitatorer.

---

<sup>34</sup> Disse erfaringer matcher også nyeste evidensbaserede vejledninger fra England, hvor det eksplicit anbefales, at hver patient tildeles én udskrivningskoordinator med ansvar for at koordinere udskrivningen. Guidelinen kan læse her: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng27/chapter/Recommendations#discharge-from-hospital>

Det fremgår af ovenstående afsnit, at medarbejderne i de fremskudte funktioner deler mange træk med det, der i litteraturen om tværsektorielt samarbejde benævnes 'boundary spanners' (jf. 12-13). Som sådan indgår proaktiv problemløsning, konsolidering af fælles informationssystemer (MedCom) og et særligt ansvar for at skabe integration i det tværsektorielle samarbejde i de fremskudte medarbejderes opgaver.

**Bedre vurderinger af funktionsniveau og behov for hjælp:** De fremskudte medarbejdere og deres direkte samarbejdspartnere på hospitalet vurderer, at funktionsevnevurderingerne og den hjælp, der visiteres, er mere præcis, når der arbejdes fremskudt. Samtidig er der (som også illustreret i patientinterviewene fra Vejle) en oplevelse af, at adgangen til kommunernes midlertidige pladser administreres mere hensigtsmæssigt i de forløb, hvor de fremskudte medarbejdere er inde over.

De kommunale og private udførere, som modtager patienterne, fortæller i forlængelse af ovenstående, at de generelt oplever et fint samarbejde med de fremskudte funktioner, ligesom specialiseringen i udskrivningsteams ses som en kilde til mere ens visitation og bedre koordinering. De udførende medarbejdere har dog ikke et lige så tydeligt billede af de fremskudte funktioners betydning for samarbejdet som de medarbejdere, der er direkte involveret. Samtidig er der en række udfordringer i relation til udskrivinger, som ikke løses af de fremskudte funktioner<sup>35</sup>. Når disse forbehold er taget, er der dog stadig en del udførere, som oplever, at den visiterede hjælp i dag matcher patienternes behov bedre end tidligere:

*Før kunne man have en patient, der kom hjem, hvor vi var nødt til at køre ud, for de var udskrevet til minimal hjælp, og det svarede slet ikke til funktionsevnen. Så skulle vi ud akut dagen efter og rede trådene ud. I mellemtiden kunne der være sket rigtig meget. Det oplever vi ikke mere. (Teamleder i hjemmesygeplejen)*

#### 6.1.4 Udfordringer for arbejdet med fremskudt visitation

**Usikkerhed omkring omkostninger og effekter:** Selvom der er stor faglig tilfredshed med de fremskudte funktioner, er de på mange måder truet af, at der i en tid med stort pres for effektivisering er usikkerhed omkring økonomi og effekter, fordi det er vanskeligt at opgøre effekter og omkostninger for den enkelte kommune.

**Geografiske udfordringer:** Alle kommuner har i dag patienter, der er indlagt på en række forskellige hospitaler, og dette udgør for mange en væsentlig begrundelse for ikke at arbejde med fremskudt visitation – omkostningerne til transport og udvikling opleves for høje i forhold til patientvolumen og det forventede udbytte. Dette spiller også en væsentlig rolle i de undersøgte kommuner, hvor de fremskudte funktioner alle er afgrænset til et hovedsygehus, der udskriver langt størstedelen af de plejekrævende ældre patienter.

Omkostninger til transport og hensynet til om der er en stor nok patientvolumen til, at det kan betale sig at investere i at arbejde fremskudt, betyder fx, at Gribskovs visitatorer ikke kommer på Frederikssund hospital, selvom en del relevante patienter udskrives herfra, ligesom brobyggerne fra Skanderborg ikke kommer på Universitetshospitalet i Århus.

**Udskrivinger fra hospitalernes akutmodtagelser:** Selvom der på tværs af cases er et ønske om også at styrke overgangen for de mange patienter, der udskrives direkte fra hospitalernes

---

<sup>35</sup> For eksempel det stigende pres, der er på kommunernes midlertidige pladser og det kommunale akutberedskab. Det personale, der modtager de mest syge patienter i kommunen, savner at blive bakket op af et mere entydigt lægeligt behandlingsansvar, samt at der i højere grad sker en håndholdt/mundtlig og grundig overlevering af viden omkring de patienter, der er døende, når de udskrives.

akutmodtagelser til kommunerne, arbejder de undersøgte funktioner stort set kun på de stationære medicinske sengeafdelinger. Årsagerne er bl.a., at:

- indlæggelsesforløbet på akutmodtagelsen er så komprimeret, at der mangler tid og rum til at besøge patienterne og afholde samtaler med disse
- arbejdsgangene i akutmodtagelserne er komprimerede og rettet imod udredning og igangsættelse af behandling, hvorfor de fremskudte medarbejdere let bliver et forstyrrende element.

Når de fremskudte medarbejdere hjælper akutmodtagelserne, sker det således primært på ad hoc basis, og hjælpen har oftest form af rådgivning – fx i forbindelse med genindlæggelser eller når hospitalspersonalet mangler oplysninger om en indlagt patient. I forlængelse heraf peger flere på behovet for at styrke overgangene mellem kommuner og akutmodtagelser i de mange forløb, hvor patienterne ikke kommer på en medicinsk sengeafdeling.

## 6.2 Fremskudt visitation og patient- og pårørendeinddragelse

Det fremgår af tidligere undersøgelser (se fx 9), at standardisering sammen med arbejdets organisering og driftsfokus har stor betydning for, hvilken form for inddragelse det er realistisk at arbejde med. Denne pointe er meget relevant i forhold til de undersøgte modeller, hvor mødet med patienter og pårørende er formet af en række forhold:

- For det første er opstillet en række formelle rammer for mødet mellem de kommunale myndighedspersoner og patienter/pårørende, som sætter nogle klare standarder for, hvilke ønsker der kan imødekommes.
- For det andet er det forløb, der skal koordineres, underlagt en lang række faglige og organisatoriske hensyn, som former samtalen, og det forløb er muligt at aftale.
- For det tredje omhandler møderne ofte patienter, der er så fysisk og kognitivt svækkede, at de i lille omfang er i stand til at svare for sig selv eller overskue et møde, hvor der deltager op til en håndfuld fagpersoner.

Inddragelsen sker således i en kontekst, hvor mange forhold former måden, der arbejdes med inddragelse. Samtidig er der begrænsninger på, i hvor høj grad der kan tages individuelle hensyn i det enkelte forløb. Når fagpersoner og ledere fortæller om inddragelse, handler det således i høj grad om at:

- afdække patienternes funktionsniveau og behov for indsatser og ydelser efter indlæggelsen – også i forhold til at få patienterne til at erkende hvilket behov for hjælp og hjælpemidler de har
- afdække patienternes livssituation og ønsker/forventninger til hverdagen efter indlæggelsen indgår i dialogen, ligesom fagpersonerne lægger stor vægt på, at patienterne, i så stort omfang de kan, skal være velinformerede om de visiterede ydelser
- skabe en realistisk forventning til det kommunale serviceniveau ved udskrivelsen, hvilket (især i mødet med stærke pårørende) ofte fremstår som en vanskelig og nogle gange konfliktfyldt opgave. Mødet med pårørende og patienter handler således delvist om at klarlægge, hvad patienten ikke kan forvente sig ved udskrivelsen
- informere om indgåede aftaler, og hvad der skal ske i forbindelse med udskrivelsen, så patienter og pårørende oplever at være forberedt og trygge over for udskrivelsen.

De involverede fagpersoner oplever, at de fremskudte funktioner – og den mere direkte relation til patienter og pårørende – styrker løsningen af ovennævnte opgaver. Dels fordi der afholdes flere planlagte samtaler, end der ellers ville have været, og dels fordi der ofte er bedre mulighed

for at være fleksibel omkring planlægningen af disse, så eventuelle pårørende har mulighed for at deltage.

### 6.2.1 Patienter og pårørendes perspektiver

Målgruppen for de undersøgte funktioner er særligt svækkede ældre, hvilket afspejler sig i, at en del patienter ikke har kunnet huske/forholde sig til mødet med de fremskudte funktioner. Som illustreret af citaterne nedenfor, oplever et klart flertal af de patienter og pårørende, der husker de kommunale medarbejdere, at mødet har sat et positivt aftryk på udskrivningsforløbet:

#### Udvalgte citater fra patienter og pårørende

*Det var godt og fint, og det var efter jeg havde snakket med en fysioterapeut, så de kunne se, at jeg skulle have noget hjælp. Samtalen hjalp, ja i hvert fald for at jeg kunne overskue at komme hjem. Jeg var meget ked af det. Da vi var færdige med at snakke, der følte jeg virkelig, det lettede, det var rigtigt rart. (Line, patient fra Gribskov)*

*Ja, vi snakkede med udskrivningsvisitatoren og med ergoterapeuten, hende fra team 2, fra det område, hvor mor og far bor i Vejle, og så var der to sygeplejersker med, afdelingssygeplejersken og en ung sygeplejerske [...] Jeg synes, vi fik en god drøftelse af det med udskrivningsvisitatoren. Hun var også enig i vores vurdering af min mor, så det blev ikke, som sygehuset havde sagt. Heldigvis. (Mette, pårørende fra Vejle)*

*Jeg syntes, det var godt, det kan jeg kun sige positivt om. Det giver en betryggende følelse, at man har fået snakket om det, inden man kommer hjem. Det er det rigtige tidspunkt på sygehuset, inden man kommer hjem, det synes jeg. (Helle, patient fra Skanderborg)*

Det er således en gennemgående pointe, at patienterne har mødt en kommunal medarbejder, der er god at snakke med og tillidsvækkende. Muligheden for at tale med visitatoren om sine tanker og bekymringer inden udskrivelsen bidrager for mange også til et bedre overblik og tryghed over for det at skulle hjem. Endelig oplever patienterne, at deres behov for hjælp på en god måde er afdækket, samtidig med at de er informeret om den hjælp, de kan få ved hjemkomsten.

Det sker langt fra i alle forløb, men når der deltager pårørende i samtaler eller møder med de fremskudte funktioner, opleves det som en stor fordel. Dels fordi patienterne får hjælp til at huske beskeder og aftaler for forløbet, og dels fordi de pårørende ofte stiller relevante spørgsmål og hjælper patienterne med en række konkrete opgaver i forbindelse med udskrivningen. Deltagelsen af pårørende har i flere tilfælde også haft betydning for, hvilket forløb der blev aftalt, hvilket illustrerer, at de fælles udskrivningsmøder muliggør en reel inddragelse, som rækker ud over information og forventningsafstemning.

På tværs af interviewene fremstår to typer af typiske patientsamtaler, som er relateret til, hvor komplekst et forløb der er tale om. I de 'praktiske' forløb, hvor kompleksiteten ikke er meget stor, er der primært fokus på praktiske forhold og aftaler for genoptræning o.l., der skal på plads, inden patienten kommer hjem. I disse forløb handler møderne om, at visitatoren informerer patienterne om, hvor meget og hvilken hjælp de kan forvente at modtage efter hjemkomsten. Hjælpen og patientens egne forventninger hertil tales igennem. Derudover tages der stilling til hjælpemidler, og patienterne får typisk flere hjælpemidler til at hjælpe dem i dagligdagens personlige gøremål. Interviewene viser, at samtalerne bruges til at tale om hverdagens forskellige opgaver, og hvordan patienterne kan klare eventuelle forhindringer i hverdagen. Derudover viser

interviewene, hvordan patienternes muligheder for hjælp fra pårørende til at klare praktiske ting som for eksempel indkøb indgår i samtalerne.

Information og forventningsafstemning er således nøgleordene i de praktiske forløb, men der er også elementer af inddragelse. Det sker fx i Skanderborg hvor alle patienter inddrages i at opstille motivation og målsætninger for deres rehabilitering i kommunen, eller når der skal vælges imellem forskellige udbydere af hjemmepleje og tidspunkter for besøg.

De komplekse forløb, der for eksempel omhandler meget syge/døende patienter med massive behov for pleje og koordinering af denne, adskiller sig markant fra de praktiske, fordi indlæggelsen ofte er en del af patientens sidste tid i livet. Fokus er at sikre, at de sidste faser i patienternes liv bliver så gode som muligt, og her er der mange modsatrettede hensyn, der kan spille ind. For eksempel når pårørende og hospital eller pårørende og kommune har forskellige vurderinger om, hvorvidt patienten kan udskrives, eller hvad patienten bør udskrives til. Forløbene illustrerer således, at der er mange dilemmaer, der skal håndteres, når stærkt svækkede eller terminale patienter skal udskrives fra hospital. Udskrivningsvisitatoren må i disse situationer navigere i – et ofte vanskeligt – spændingsfelt mellem hospitalet på den ene side og patienten og dennes pårørende på den anden side.

### 6.3 Omkostninger og effekter forbundet med fremskudt visitation

Registeranalysen for de enkelte kommuner viser i alle tilfælde en lavere andel af genindlæggelser i interventionsgruppen end i kontrolgruppen, jf. Tabel 6.2. Forskellen er dog kun statistisk signifikant på 5 % niveau for gennemgang af aftaleskemaer i Vejle Kommune.

**Tabel 6.2** Forskel i andel genindlæggelser inden for 30 dage mellem interventions- og kontrolgruppen (ATT)

	Gribskov (N=291)	Lolland (N=151)	Vejle - udvidet koordinering (N=277)	Vejle - gen- nemgang af aftaleskema (N=101)	Skanderborg (N=198)
Interventionsgruppe - kontrolgruppe (ATT)	-1,6 %	-3,6 %	-3,6 %	-12,5 %	-6,3 %
P-værdi*	0,572	0,365	0,231	0,004	0,060

Note: \*) \*) P-værdi er beregnet ved tosidet t-test. Hvis p-værdi > 0,05, er forskellen ikke statistisk signifikant.

Kilde: Beregnet af KORA på grundlag af data fra LPR

KORA har også gennemført en samlet analyse af genindlæggelsesfrekvensen for alle fire kommuner under ét, idet der opnås en større statistisk styrke ved at poole data. Kvaliteten af matchningen i den samlede analyse er god, ligesom det gælder for de kommunespecifikke analyser. Den standardiserede difference er maks. 5 % og således væsentlig under den acceptable grænse på 10 %, jf. Bilag 5.

Den samlede analyse viser en statistisk signifikant forskel i andelen af genindlæggelser i interventions- og kontrolgruppen, jf. Tabel 6.3. Andelen af genindlæggelser er 4,4 % lavere i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen. 'Number needed to treat', dvs. det gennemsnitlige antal af patienter, som skal modtage fremskudt visitation for at forebygge en genindlæggelse, kan opgøres til ca. 23 personer (1/0,044).

Subgruppeanalyser viser, at forskellen i andelen af genindlæggelser er nogenlunde den samme, hvis der alene ses på fremskudt visitation ved akutte indlæggelser eller indlæggelser, hvor pårørende har deltaget i møde med kommunal udskrivningskoordinator.

Den samlede analyse peger således i retning af en mulig positiv effekt af fremskudt visitation på genindlæggelser inden for 30 dage.

**Tabel 6.3** Andel genindlæggelser inden for 30 dage, de fire casekommuner under ét

	Interventionsgruppe	Kontrolgruppe	Forskel (ATT)	P-værdi*
Alle indlæggelser (N=1.018)	27,2 %	31,7 %	-4,4 %	0,008
Subgruppe: Akutte indlæggelser (N=927)	27,4 %	32,0 %	-4,6 %	0,010
Subgruppe: Indlæggelser, hvor pårørende deltager i møde med kommunal udskrivningskoordinator (N=448)	27,7 %	32,5 %	-4,8 %	0,043

Note: \*) P-værdi er beregnet ved tosidet t-test. Hvis p-værdi > 0,05, er forskellen ikke statistisk signifikant.

Kilde: Beregnet af KORA på grundlag af data fra LPR

Forskellene i hospitalsomkostninger opgjort for genindlæggelser inden for 30 dage er ligeledes statistisk signifikante i den samlede analyse, jf. Tabel 6.4. Den gennemsnitlige besparelse for kommunen er 839 kr. pr. patient, som får fremskudt visitation.

**Tabel 6.4** Hospitalsomkostninger ved genindlæggelser inden for 30 dage, de fire casekommuner under ét

	Interventionsgruppe	Kontrolgruppe	Forskel (ATT)	P-værdi*
Hospitalsomkostninger i alt	12.343 kr.	17.853 kr.	-5.510 kr.	<0,000
Hospitalsomkostninger finansieret af kommunerne via den kommunale medfinansiering	2.852 kr.	3.691 kr.	-839 kr.	<0,000

Note: \*) P-værdi er beregnet ved tosidet t-test. Hvis p-værdi > 0,05, er forskellen ikke statistisk signifikant.

Kilde: Beregnet af KORA på grundlag af data fra LPR og DRG-grupperet LPR

De opgjorte meromkostninger til drift af fremskudt visitation varierer mellem de fire casekommuner<sup>36</sup>, jf. Tabel 6.5. Det vægtede gennemsnit for driftsomkostningerne er ca. 800 kr. pr. patient/indlæggelse.

<sup>36</sup> Meromkostningerne i den enkelte kommune afhænger af, hvorvidt der er tale om en indsats, der i vid udstrækning erstatter anden udskrivningskoordination (Gribskov, Lolland og Vejle (udvidet koordinering), eller om der er tale om en ny og udvidet indsats (Vejle (aftaleskemaer) og delvist Skanderborg).

**Tabel 6.5** Meromkostninger til drift og udvikling af fremskudt visitation i de fire casekommuner

	Gribskov	Lolland	Vejle udvidet koordination	Vejle aftaleskemaer	Skanderborg
<b>Skøn over meromkostninger til drift:</b> Ekstra ressourceforbrug til indsatsen pr. patient/indlæggelse*, kr.	230	440	0	4.852	1.011
<b>Skøn over meromkostninger til udvikling:</b> Ekstra ressourceforbrug i opstartsfasen**, kr.	20.000	50.000	n.a.	35.000	250.000

Note: \*) Skøn over tidsforbrug til fremskudt visitation i en typisk måned er indberettet af kommunerne sammen med oplysninger fra kommunerne om antal patienter/indlæggelser, hvor der er ydet fremskudt visitation. KORA har på grundlag af de indberettede oplysninger beregnet det gennemsnitlige ekstra tidsforbrug pr. patient/indlæggelse.

\*\*\*) Skøn over tidsforbrug til udvikling af indsatsen i opstartsfasen er indberettet af kommunerne. KORA har på grundlag af de indberettede oplysninger beregnet det gennemsnitlige ekstra tidsforbrug pr. patient/indlæggelse. Opgørelsen er forbundet med stor usikkerhed, da det er vanskeligt at skønne over tidsforbrug tilbage i tid.

Kilde: Beregnet af KORA på grundlag af indberetninger fra kommunerne

Den samlede analyse indikerer, at fremskudt visitation er omkostningsneutral for kommunerne, idet de estimerede kommunale besparelser ved færre genindlæggelser (se Tabel 6.4) opvejer det vægtede gennemsnit for de beregnede driftsomkostninger ved indsatsen (se Tabel 6.5). Det er således ikke hensynet til den kommunale økonomi, som bør holde kommunerne tilbage i forhold til at videreføre/etablere fremskudt visitation<sup>37</sup>.

## 6.4 Delkonklusion

De undersøgte fremskudte funktioner deler nedenstående formål om at:

1. Styrke kommunikationen mellem hospital og kommuner på tværs af indlæggelses- og udskrivningsforløbet – herunder særligt afklaring af patienternes funktionsniveau
2. Sikre en mere præcis visitation af kommunale ydelser, der er målrettet den enkelte patients behov og derved en mere effektiv udnyttelse af de kommunale ressourcer
3. Møde patienter og pårørende fysisk og derved skabe mere trygge udskrivelser og en oplevelse af et sammenhængende forløb for de indlagte patienter
4. Forebygge genindlæggelser

Undersøgelserne viser, at de involverede fagpersoner og ledere overordnet oplever, at funktionerne fremmer de tre første formål. Samtidig opleves det generelt positivt, at der bygges bro mellem den kommunale myndighedsafdeling og relevante hospitalsafdelinger, ligesom en del vurderer at funktionerne understøtter den fortsatte konsolidering af MedComs hjemmepleje-hospitalsmeddelelser.

Til gengæld er interviewpersonerne usikre på, hvorvidt funktionerne bidrager til at forebygge indlæggelser. Registeranalysen indikerer dog, at fremskudt visitation også har potentiale til at forebygge genindlæggelser, og på den baggrund er det KORAs vurdering, at fremskudt visitation kan tilrettelægges sådan, at indsatsen er omkostningsneutral for kommunerne. Hertil kommer, at fremskudt visitation – hvis det forebygger genindlæggelser – kan øge livskvaliteten for borgerne og indebære besparelser i andre dele af sundhedssektoren.

<sup>37</sup> Der er dog en vis usikkerhed forbundet med resultaterne af analysen af omkostninger og effekter, jf. de metodeforbehold, der er nærmere beskrevet i afsnit 1.3.

**Patient- og pårørendeinddragelse:** De interviewede patienter oplever generelt, at mødet med de fremskudte kommunale medarbejdere på hospitalet bidrager positivt til deres udskrivningsforløb. Det fremgår dog også, at der ofte er mange modsatrettede hensyn, som skal afvejes i udskrivningssituationen. Det fremgår således, at fagpersonerne ser arbejdet med patient- og pårørendeinddragelse som en særlig udfordring i relation til mange DÆMP-forløb. Dels fordi patienterne er kognitivt og fysisk meget svækkede, og dels fordi forløbet er komprimeret og formet af en lang række professionelle og organisatoriske hensyn, som begrænser mulighederne for at tage individuelle hensyn.

Dette kommer også til udtryk ved, at fagpersonerne først og fremmest omtaler inddragelse af patienter og pårørende som en forventningsafstemning, hvor patientens behov afdækkes og sammenholdes med det kommunale serviceniveau, samtidig med at patient og pårørende informeres om, hvilke ydelser patienten kan få. Der er dog også afdækket konkrete eksempler på, hvordan visitatorer, når de har set patienten og talt med de pårørende, ændrer det planlagte forløb, hvorved der sker en reel og betydningsfuld pårørendeinddragelse.

I Skanderborg Kommune, hvor brobyggerne har en relativt bred funktion og opgaveportefølje, inddrages patienter og pårørende mere systematisk og eksplicit i at opstille mål for deres forløb. Det skyldes, at funktionen indgår i en strategisk satsning på at styrke rehabilitering som afsæt for mødet med kommunens borgere i alle dele af kommunen.



## 7 Konklusion og anbefalinger

Hovedkonklusionen er, at de undersøgte funktioner fremstår som en relevant løsning, der understøtter et bedre tværsektorielt samarbejde omkring indlæggelse og udskrivning. De patienter og pårørende, der kan forholde sig til mødet med de fremskudte kommunale medarbejdere, er ligeledes positive, idet de ofte forbinder mødet med viden om det videre forløb og øget tryghed i forbindelse med udskrivningen. Endelig indikerer analysen, at fremskudt visitation har et potentiale for at forebygge genindlæggelser og kan tilrettelægges således, at indsatsen er omkostningsneutral for kommunen.

Undersøgelsen understøtter således konklusionerne fra tidligere evalueringer (jf. 2-5 på litteraturlisten), samtidig med at evalueringen bidrager med ny viden om effekten af fremskudt visitation på genindlæggelser og den kommunale økonomi. Det er således ikke umiddelbart hensynet til den kommunale økonomi, som bør holde kommunerne tilbage i forhold til at videreføre/etablere fremskudt visitation.

På grundlag af undersøgelsens resultater anbefaler KORA, at landets kommuner overvejer at videreføre/etablere fremskudt visitation med afsæt i de anbefalinger, der opstilles i afsnit 7.1. Endvidere anbefales det, at kommuner og hospitalsafdelinger, som det allerede sker mange steder, prioriterer på udskrivningsansvarlige brobyggere i begge sektorer med henblik på at understøtte kontinuitet, fælles fokus og relationsdannelse på tværs af den vigtige overgang fra hospital til kommune.

### 7.1 Anbefalinger vedrørende lokal etablering/videreudvikling af fremskudt visitation

Der er mange forhold, som kan spille ind i forhold til, hvorvidt fremskudt visitation eller lignende funktioner er en relevant løsning for den enkelte kommune. De undersøgte cases illustrerer også, at der er forskellige tilgange til udvikling af fremskudte funktioner, forskellige ambitionsniveauer og forskellige måder at organisere arbejdet på i praksis. Funktionerne deler dog en række grundlæggende fællestræk, samtidig med at resultaterne er relativt konsistente på tværs af kommunernes forskellige geografier og befolkningsgrundlag. Derfor vurderes det, at resultaterne er relativt robuste og generaliserbare, samtidig med at der er mulighed for, at den enkelte kommune finder den løsning, der passer kommunens behov, muligheder og ambitionsniveau.

Med det afsæt diskuterer vi i de følgende afsnit erfaringerne fra de undersøgte cases, samtidig med at vi opstiller overvejelser og anbefalinger, der efter vores vurdering kan kvalificere kommuner og hospitalers eventuelle fremadrettede samarbejde om fremskudt visitation/udskrivningskoordination.

#### 7.1.1 Geografi og patientpopulationens betydning for den fremskudte funktion

De undersøgte casekommuner har det fællestræk, at langt hovedparten af kommunens ældre patienter er indlagt på ét hospital, hvor den fremskudte funktion er etableret. Dette giver en geografisk fordel sammenlignet med kommuner, hvor patienterne er spredt mellem flere forskellige hospitalsmatrikler. Casekommunernes fremskudte funktioner dækker ikke de øvrige hospitaler, hvor kommunens borgere er indlagt. Kommunerne har således prioriteret at have et fast ankerpunkt for den fremskudte funktion, samt at der skal være en patientvolumen, der sikrer, at de fremskudte medarbejdere kan arbejde effektivt. Det første forhold, der med fordel kan

overvejes, er således, hvordan kommunens patienter er fordelt på hospitaler, samt om der er en stor nok patientvolumen til, at de fremskudte medarbejdere kan arbejde effektivt og opnå den fornødne rutine<sup>38</sup>.

### 7.1.2 Den fremskudte funktions opgaver og fokus

Det er forskelligt, hvor brede opgaver der er givet til de fremskudte medarbejdere, samt hvor snævert et fokus funktionen har. Hovedparten af funktionerne holder sig indenfor de rammer og opgaver, der er for kommunal visitation af ydelser ved udskrivning. Det betyder, at funktionerne er relativt lette at introducere, ligesom meromkostningerne til udvikling og drift er begrænsede. Funktionerne arbejder også med afsæt i den organisering og de rutiner/systemer, der allerede er på plads, samtidig med at de har mulighed for at fungere som løftestang for fx MedCom-kommunikationen.

Brobyggerne i Skanderborg adskiller sig fra ovenstående, da de organisatorisk er forankret i rehabiliteringsafdelingen på sygehuset, ligesom de har et udvidet fokus på patienternes rehabiliteringspotentiale og efterforløbet i kommunalt regi. Brobyggerfunktionen er således et udviklingsprojekt, der kræver væsentlig større risikovillighed og ressourcer at løbe i gang sammenlignet med de øvrige cases. Dette afspejler sig også i de beregnede meromkostninger til udvikling af indsatsen, som er højere end i de øvrige kommuner.

Med afsæt i ovenstående anbefales det, at den enkelte kommune (sammen med relevante samarbejdspartnere fra hospitalsregi) tager stilling til formål og opgaveportefølje for eksisterende og eventuelle nye fremskudte funktioner.

### 7.1.3 Ledelsesmæssig opbakning og engagement i funktionen på tværs af sektorer

Der har på alle de involverede hospitaler været ledelsesmæssig opbakning til at introducere de fremskudte funktioner, og der har været et tværsektorielt ledessamarbejde omkring udvikling og indkøring på hospitalsafdelingerne. Det fælles ledelsesmæssige engagement fremhæves som afgørende for funktionernes succes i alle de undersøgte cases, og der lægges vægt på, at der er tale om et reelt samarbejde, hvor ledere og medarbejdere fra begge sektorer har været involveret i at finde løsninger til fordel for patienterne.

Det anbefales derfor, at fremskudt visitation og lignende ordninger udvikles i et ledelsesmæssigt samarbejde på tværs af kommune og hospital. Dels for at sikre løsninger, der fungerer for begge parter, og dels for at sikre opbakning til funktionerne – og det forløbsorienterede samarbejde, de repræsenterer – når de introduceres på hospitalet.

### 7.1.4 Standardisering af samarbejdsfladen

De fremskudte funktioner opleves på alle hospitaler som en positiv hjælp til udskrivningsarbejdet, og der er ikke afdækket eksempler på, at funktionerne opleves som et forstyrrende element, eller at de kommunale medarbejdere blander sig unødigt i hospitalets arbejde. Interviewpersonerne fra de involverede hospitaler efterspørger dog generelt mere standardiserede løsninger på

---

<sup>38</sup> I flere af casene er det fremhævet, at andre kommuner forsøger at arbejde med telekonferencer som alternativ til, at visitatorerne fysisk bevæger sig ind på hospitalet. Undersøgelsen giver ikke mulighed for at udtale sig om erfaringerne med disse ordninger. Interviewpersonerne fremhæver dog manglende rutine omkring det at bruge teknikken, manglende kvalitet af videoudstyr og opkoblinger og endelig, at det er svært at involvere patienten i den virtuelle samtale, som umiddelbare udfordringer for denne løsning. Der er dog tale om et område i hastig udvikling, hvorfor det er vigtigt, at der fortsat er opmærksomhed på muligheder og begrænsninger ved sådanne løsninger i takt med, at der skabes erfaringer og forbedringer.

tværs af kommunerne i deres optageområde, hvilket er i overensstemmelse med tidligere evalueringer, som KORA har gennemført vedrørende samarbejdet om indlæggelse og udskrivning (se fx 14-15). Samtidig er der positive erfaringer (fx i Gribskov og Vejle) med at tage afsæt i andres kommuners erfaringer eller dele egne erfaringer med andre kommuner, der overvejer lignende funktioner.

Med det afsæt anbefales det, at kommunerne i det enkelte hospitals optageområde så vidt muligt orienterer sig imod hinanden, deler gode/mindre gode erfaringer og kopierer hinanden for at understøtte en ensartet og velfungerende samarbejdsflade mellem hospitalet og kommunerne i optageområdet.

### 7.1.5 Bemanning af fremskudte funktioner

Alle de undersøgte cases har prioriteret at ansætte erfarne visitatorer i de fremskudte funktioner. Det fremstår således som en generel pointe, at det er en god ide at gå efter erfarne medarbejdere, der kan og vil det tværsektorielle samarbejde. Dette indebærer bl.a., at de kommunale medarbejdere er bevidste om:

- at være velforberejdede i forhold til de patienter, der skal besøges, så der er et godt afsæt for dialogen med hospitalspersonalet
- at gå konstruktivt ind i dialogen omkring fejl, misforståelser og eventuelle uklarheder omkring de indlagte patienters funktionsniveau.

Samtidig har flere af de fremskudte medarbejdere været på efteruddannelse målrettet koordinering og samarbejde i sundhedsvæsenet, hvilket også fremhæves positivt. Det anbefales derfor, at eventuelle nye/eksisterende fremskudte funktioner, i det omfang det er muligt, bemannes efter ovenstående principper.

### 7.1.6 Organisering og ledelsesmæssig forankring af fremskudte funktioner

Et vigtigt forhold, som skal afvejes, er, hvornår og hvor meget de fremskudte funktioner skal være til stede på hospitalet, samt hvordan funktionen skal spille sammen med de øvrige kommunale medarbejdere, der arbejder med visitation og koordinering af udskrivinger. Tre af de undersøgte funktioner har valgt samme løsning, hvor de fremskudte medarbejdere er organiseret i teams med fire-fem medarbejdere, der tilsammen har ansvaret for at visitere de patienter, der har behov for kommunal hjælp efter en indlæggelse. Det fremgår, at teamorganiseringen har mange fordele, herunder, at:

- funktionen bliver robust i forhold til sygdom, ferie og medarbejderudskiftning
- de fremskudte medarbejdere har kolleger at sparre med og en fælles leder at referere til
- medarbejderne arbejder i vagtrul, så de skiftes til at arbejde på hospitalet og hjemme i kommunen, hvorved tilknytningen til kommunen bevares, og opmærksomheden på det kommunale serviceniveau o.l. fastholdes
- den fremskudte medarbejder på hospitalet har kolleger hjemme i kommunen, som kender arbejdet i den fremskudte funktion og derfor er gode til at understøtte arbejdet inde på hospitalet.

Med afsæt i ovenstående erfaringer anbefales det, at ansvaret for fremskudte funktioner så vidt muligt forankres i teams, samt at arbejdet indrettes, således at kontakten til kolleger og den kommunale arbejdsplads bevares.

### 7.1.7 De fremskudte medarbejderes tilstedeværelse på hospitalet

To af de undersøgte funktioner (Gribskov og Skanderborg) møder ind og arbejder fast på hospitalet i dag tiden – alle ugens dage. Samtidig er det den/de samme medarbejdere, der er til stede hele ugen. De involverede fagpersoner og ledere oplever, at den faste tilstedeværelse på hospitalet giver væsentlige fordele i relation til koordinering af de komplekse udskrivningsforløb. Fordele knytter sig dels til større personkontinuitet og færre overleveringer af viden og dels til, at der er større fleksibilitet til at aftale møder med pårørende og det hospitalspersonale, der ved noget om patienten. Den viden, som medarbejderne har mulighed for at samle om patienten, fremhæves endvidere som en kilde til mere kvalificerede vurderinger af patienternes funktions-evne. Endelig betyder den daglige tilstedeværelse, at den fremskudte funktion ikke er forbundet med væsentlige transportomkostninger.

Samtidig er der på Hillerød Hospital<sup>39</sup> en række sengeafdelinger, der har ansat udskrivningsansvarlige terapeuter, hvis funktion har mange fællestræk med de kommunale visitatorer. Terapeuterne har således et særligt ansvar for at afdække patienternes funktionsniveau, formidle dette i plejeforløbsplaner til kommunerne samt koordinere selve udskrivelsen. Terapeuterne arbejder kun i dagtimerne, og de er på afdelingen alle ugens dage, hvilket giver de samme fordele vedrørende kontinuitet, rutine og mulighed for at være fleksible, som de fremskudte visitatorer oplever. Samtidig oplever afdelingens sygeplejersker, at de bliver aflastet, samt at der er færre overleveringer af ansvaret for patienternes udskrivinger på tværs af personalet.

Der er således en fælles oplevelse af, at de fremskudte kommunale medarbejdere og afdelings-terapeuterne supplerer hinanden med bedre udskrivinger og samarbejde til følge. Med det afsæt anbefales det, at eventuelle fremtidige fremskudte funktioner, i det omfang det er relevant og muligt, organiseres efter de principper, der er beskrevet ovenfor.

### 7.1.8 Opsporing af patienter med udvidet behov for koordination

Tidlig identifikation af de patienter, der har behov for udvidet koordination ved udskrivelsen, er alfa og omega for alle de undersøgte funktioner, hvis de skal have en chance for at besøge de indlagte patienter og koordinere udskrivningen. Samtidig er der tale om et element, der tidligere har givet udfordringer, fordi man – uden det store held – forsøgte at få hospitalspersonalet til at stå for opsporingen via screeninger og papirskemaer.

Derfor er det i dag de kommunale medarbejdere, som – med afsæt i de plejeforløbsplaner (der inden 48 timer skal sendes til kommunen) samt egne oplysninger om de indlagte patienter – vurderer, hvilke patienter der har behov for udvidet koordination. Introduktionen af MedCom-standarder opleves på denne baggrund som et stort fremskridt for arbejdet med at opspore patienter og planlægge arbejdsdagene for de fremskudte medarbejdere (selvom der fortsat er et stort potentiale for at forbedre kvalitet og indhold af de oplysninger, der udveksles). Det er også væsentligt, at denne arbejdsgang i udgangspunktet ikke forstyrrer hospitalets rutiner og medarbejdere. Endelig er der i flere cases afdækket eksempler på, at den direkte dialog omkring indholdet i fx plejeforløbsplaner bidrager til øget forståelse og kvalitet i den information, der udveksles via standarderne.

Det anbefales derfor, at opsporing af patienter med udvidet behov for koordination af udskrivelsen sker med afsæt i plejeforløbsplaner, samt at oplysningerne suppleres med oplysninger fra de kommunale pleje- og omsorgssystemer.

---

<sup>39</sup> Horsens Sygehus var på interviewtidspunktet i gang med at forberede lignende funktioner.

### 7.1.9 Fokus på patient- og pårørendeinddragelse via fysiske møder

Det fysiske møde mellem patient og fremskudte medarbejdere er et af nøgleelementerne for de fremskudte funktioner. Møderne forbindes generelt med øget involvering og tryghed omkring den forestående udskrivning, og derfor prioriteres de højt på tværs af de undersøgte cases. I relation til patient- og pårørendeinddragelse handler mødet for flertallet af de fremskudte funktioner om a) at afdække funktionsnedsættelser og ønsker til hjælp, b) at informere om visiterede ydelser og skabe realistiske forventninger i forhold til det kommunale serviceniveau og c) at informere om, hvad der sker i forbindelse med udskrivelsen.

Det sker langt fra i alle forløb, men når der deltager pårørende i samtaler eller møder med de fremskudte funktioner, opleves det som en stor fordel. Dels fordi patienterne får hjælp til at huske beskeder og aftaler for forløbet, og dels fordi de pårørende ofte stiller relevante spørgsmål og hjælper patienterne med en række konkrete opgaver i forbindelse med udskrivningen. Deltagelsen af pårørende har i flere tilfælde også haft betydning for, hvilket forløb der blev aftalt, hvilket illustrerer, at de fælles udskrivningsmøder muliggør en reel inddragelse, som rækker ud over information og forventningsafstemning.

På baggrund af ovenstående erfaringer anbefales det at prioritere det fysiske møde mellem fremskudte funktioner og indlagte patienter/pårørende højt. Dette kan bl.a. understøttes ved at sikre fleksibilitet jf. anbefalingerne i afsnit 7.1.7.

## 8 Anvendt litteratur

- (1) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Danske Regioner, KL, Sundhedsstyrelsen, NSI. Fælles udmøntningsplan for den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2012.
- (2) Sundhedsafdelingen Gribskov Kommune. Fremskudt visitation - endelig evaluering april 2012. Helsingør: Gribskov Kommune; 2012.
- (3) Hørsholm Kommune. Fremskudt visitation – Midtvejsevaluering. Hørsholm: Hørsholm Kommune; 2013.
- (4) Viborg Kommune, Regionshospitalet Viborg. Evaluering af fremskudt visitation – et samarbejdsprojekt mellem Viborg Kommune og Hospitalsenhed Midt, Regionshospitalet Viborg. Viborg: Viborg Kommune og Regionshospitalet Viborg; 2012.
- (5) Vejle Kommune. Projektevaluering af forløbskoordinator i Vejle Kommune. Vejle: Vejle Kommune; 2010.
- (6) Dansk Sygeplejeråd. Fremtidens hjemmesygepleje. Udfordringsrapport. København: Dansk Sygeplejeråd; 2011.
- (7) Danske Regioner. God praksis i indsatsen for medicinske patienter. 2. udg. København: Danske Regioner; 2010.
- (8) Implement. Forløbskoordinering i regioner og kommuner – indsamling af erfaringer for Sundhedsstyrelsen. Hørsholm: Implement Consulting Group; 2011.
- (9) Holm-Petersen C, Navne LE. Ledelse af brugerinddragelse – tre casebaserede eksempler. København: KORA. Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning; 2013.
- (10) Carnwell R, Buchanan J. Effective Practice in Health and Social Care: a Partnership Approach. Maidenhead: Open University Press; 2005.
- (11) Jones N, Thomas P, Rudd L. Collaborating for Mental Health Services in Wales: A Process Evaluation. Public Administration 2004;82(1):109-121.
- (12) Gittel JH. High Performance Healthcare: Using the Power of Relationships to Achieve Quality, Efficiency and Resilience. New York, NY: McGraw-Hill; 2009.
- (13) Williams P. Collaboration in Public Policy and Practice: Perspectives on Boundary Spanners. Bristol, UK: Policy Press; 2012.
- (14) Holm-Petersen C, Sandberg Buch M. Midtvejsevaluering af sundhedsaftale 2010-14 i Region Sjælland. Status på den foreløbige implementering. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2012.
- (15) Austin PC. An introduction to propensity score methods for reducing the effects of confounding in observational studies. Multivariate Behavioral Research 2011;46(1):399-424.
- (16) Sandberg Buch M, Boll Hansen E, Jørgensen MM. Evaluering af kommunikationsaftale for indlæggelse og udskrivning i Region Hovedstaden. København: KORA. Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning; 2014.
- (17) Kjellberg J. Sparekrav i regionen, hvad rager det kommunerne? Kommunal Sundhed. Blog-indlæg d. 17. 2. 2015. 2015; Tilgængelig: <http://kommunalsundhed.dk/sparekrav-i-regionen-hvad-rager-det-kommunen/>.

# Bilag 1 Interviewguide kommunale fagpersoner

Introduktion til interviewform (tilstræbt anonymitet, optages digitalt).

Præsentation af interviewer og referent samt kort præsentation af evaluering/formål med interview

Fire casestudier (Vejle, Lolland, Skanderborg og Gribskov kommuner) hvor vi indsamler erfaringer og undersøger effekter af udskrivningskoordination.

Fokus på hvordan I har organiseret jer, hvordan I arbejder, hvem I samarbejder med, hvordan – erfaringer etc. og erfaringer med patient- og pårørendeinddragelse er relevante. Hvad er forskelligt fra tidligere, og hvad får man ud af det, hvad har I lært undervejs etc.

Præsentation af interviewdeltagere (navn, stilling og erfaring med udskrivningskoordination).

Spørgsmål inden vi går i gang?

## **Baggrund, formål og organisering**

- Baggrund og formål med jeres funktion
- Prøv at beskrive, hvordan I startede op...
  - Arbejdsgrundlag og funktionsbeskrivelser?
  - Information og opstart samarbejdspartner på hospital?
  - Kultur og værdier for udskrivningssamarbejde?
- Har I haft nogle igangværende succeser/indsatser vedrørende forløbskoordination, som der bygges videre på i arbejdet med udskrivningskoordination?
  - Hvordan er de organiseret? Hvordan bygger I videre på dem i forbindelse med den styrkede indsats?
- Hvis udfordringer - hvad er så gjort for at håndtere dette?
- Organisering – hvordan er udskrivningskoordination blevet anderledes med jeres funktion?
  - Kræver det andre kompetencer end dem I havde/hvad er vigtigt at kunne, når man arbejder opsøgende på hospitalet?

## **Snitflader og samarbejde internt i kommunen**

- Hvem samler op, når borger er kommet hjem?
  - Har I oplevet overlap eller uklarhed i forhold til samarbejdspartnere (internt i kommunen/eksternt på hospitalet)?
  - Hvordan har I andre (udførere) oplevet, at der er kommet en ny funktion med fokus på overgang til kommune?
  - Betydning for visitation af ydelser? Mere målrettet og præcis?
- Mere kvalificeret visitation og planlægning af udskrivelse?
  - Hvorfor/hvorfor ikke, hvordan etc.
  - Udfordringer og succeser?
  - Ledelsesmæssig forankring?
- Kobling til opfølgende hjemmebesøg – hvordan? Udfordringer? (også for gennemførelse af de opfølgende hjemmebesøg).
- Brug af hverdagsrehabilitering/midlertidige pladser etc.

### **Samarbejdet med hospitalsafdelingerne**

- Hvordan blev der taget imod jer?
- Blev der gjort noget særligt for at starte samarbejdet op?
- Hvad har I lært undervejs?
- Udfordringer og succeser?
  - For eksempel at finde samarbejdspartner/dialog på sygehuset?
  - At finde de rigtige indlagte borgere tids nok?
  - At tale med og inddrage borgere og pårørende?
- Er der andre kommuner, der har lign. ordninger? Hvis ja – har I koordineret arbejdet, og hvad siger de på hospitalet?

### **Det konkrete arbejde med udskrivningskoordination**

- Prøv at beskrive en typisk uge/arbejdsdag... opsporing, faglig koordinering, inddragelse af borgere/pårørende og kobling til udførere
  - Opsporing – hvordan ved I, hvem der skal besøges, og hvordan forberede I jer?
  - Hvad sker der, når I kommer til afdelingen?
  - Er det let at finde en hospitalsfagperson, hvad er deres rolle, kan de hjælpe med det, I har brug for?
  - Hvilken kontakt har I med borgeren/pårørende, og hvor ofte er pårørende med?
  - Hvornår er pårørende med?
  - Hvilken betydning har den fremskudte visitation haft for inddragelse af borger/pårørende i planlægning af forløb/forberedelse på, hvad der skal ske efter udskrivning?
  - Betydning for fx i forhold til forventningsafstemning?
  - Vurdering af funktionsniveau – hvordan gør I helt konkret? Er det blevet mere præcist? Hvis ja – hvad er det, I kan, som man ikke kan på hospitalet?

### **Kommunikation og samarbejde**

- Betydning for samarbejde og kommunikation med hospitalet?
  - Mere direkte og målrettet?
- Betydning for patientforløb

Kommunikation og indlæggelse og udskrivning skal understøttes af MedCom-standarder.

- Hvor langt er I med de fire hjemmepleje-hospitalsmeddelelser? I hvilket omfang er kommunikationen baseret på MedCom-standarder?
- Forholdet mellem it og standardiseret kommunikation og personligt fremmøde – fordele og ulemper... også i forhold til ressourcer?

### **Afrunding**

- Jeres bedste råd til andre kommuner, der gerne vil styrke udskrivningskoordination?
- Synes I, der er noget, vi mangler at spørge om/pointer, der skal uddybes?
- Har I spørgsmål til os?



## Bilag 2 Interviewguide fagpersoner hospital

Introduktion til interviewform (tilstræbt anonymitet, optages digitalt).

Præsentation af interviewer og referent samt kort præsentation evaluering/formål med interview

Fire casestudier (Vejle, Lolland, Skanderborg og Gribskov kommuner) hvor vi indsamler erfaringer og undersøger effekter af udskrivningskoordination.

Fokus på hvordan I har organiseret jer, hvordan I arbejder, hvem I samarbejder med, hvordan – erfaringer etc. og erfaringer med patient- og pårørendeinddragelse er relevante. Hvad er forskelligt fra tidligere, og hvad får man ud af det, hvad har I lært undervejs etc.

Præsentation af interviewdeltagere (navn, stilling og erfaring med udskrivningskoordination).

Spørgsmål inden vi går i gang?

### **Baggrund, formål og organisering**

- Prøv at beskrive de væsentligste opgaver og udfordringer for udskrivningsarbejdet...
- Organisering – hvordan er udskrivningskoordination – og blevet anderledes, efter at der er begyndt at komme kommunale koordinatore fast på hospitalet?
  - Hvordan blev der informeret/involveret, da det startede?
  - Hvad tænkte I om det i udgangspunktet?
- Hvis udfordringer – hvad er så gjort for at håndtere dette?
  - For eksempel at sætte tid af til at hjælpe koordinatorene?
- Erfaringer og løsninger som er fundet undervejs?

### **Kommunikation og samarbejde**

- Hvad har det betydet for jeres arbejde og tidsanvendelse, at der er kommet udskrivningskoordination? Aflastning? Mere trygge overleveringer?
- Betydning for samarbejde og kommunikation med hospitalet?
  - Mere direkte og målrettet?
- Betydning for patientforløb?
- Betydning for forståelsen for samarbejdsparten? Forståelse for helheden i patientens forløb?

### **Det konkrete arbejde med udskrivningskoordination**

- Hvordan foregår det, når udskrivningskoordinatoren kommer på afdelingen?
  - Spiller I en rolle i forhold til, hvem koordinatoren skal besøge?
  - Hvilken rolle spiller I, når koordinatoren er på afdelingen? Er det let for jer at hjælpe?
  - Har udskrivningskoordinationen betydning for arbejdet med patient- og pårørende inddragelse?

### **Samarbejdet med kommunerne bredt set**

- Hvor mange kommuner arbejder med udskrivningskoordination?
- Hvor mange kommer fast på hospitalet?
- Hvis relevant – hvad betyder det, når der begynder at komme forskellige kommunale fagpersoner fast på afdelingen?
- Er der forskel på, hvordan i samarbejder med hhv. kommuner med/uden udskrivningskoordination?

- Hvor mange kan der være uden at det forstyrrer – og hvordan matcher gensidige forventninger til samarbejdet?
- Hvilke forskellige modeller er i spil? Er der gjort noget for at ensarte? Er manglende ensartethed et problem?
  - Fordele og ulemper ved forskellige modeller – hvilken løsning er den bedste for jer/for patienten?

### **Afrunding**

- Jeres bedste råd til andre kommuner, der gerne vil styrke udskrivningskoordination?
- Hvad kan hospitalerne gøre for, at det bliver et frugtbart samarbejde?
- Synes I, der er noget, vi mangler at spørge om/pointer, der skal uddybes?
- Har I spørgsmål til os?

## Bilag 3 Interviewguide til borgerinterview

- Intro om, at interviewet handler om, at borgeren har været indlagt og haft en (eller flere) samtale(r) med en visitator på hospitalet inden udskrivelse.
- I interviewet skal vi tale om, hvordan du oplevede indlæggelsen, hvad du kan huske fra samtalen med visitatoren, hvordan du oplevede udskrivelsen og hjemkomsten.
- Spørgsmål inden vi går i gang?

### Baggrund

- Præsentation af interviewdeltager – alder, diagnoser, behandlingsforløb, hvem er de i kontakt med.

### Indlæggelse og samtale med visitator

Jeg vil bede dig om at tænke tilbage på din indlæggelse.

- Hvorfor var du indlagt?
  - Hvor længe var du indlagt?
- Kan du huske en eller flere samtaler/møder med en visitator under indlæggelsen?
  - Kan du huske, hvem du talte med?
  - Hvor mange samtaler deltog du i?
  - Deltog en pårørende i samtalen?
  - Prøv at beskrive, hvordan samtalen forløb.
    - Hvad spurgte de dig om?
    - Blev der spurgt ind til hjemlige forhold?
    - Hvad fortalte de dig?
    - Kan du huske, om der blev gennemgået et "aftale-ark" (Vejle)?
    - Blev du bedt om at vise, hvad du kan fysisk?
- Hvordan oplevede du samtalen?
- Oplevede du at blive tilstrækkeligt informeret om og forberedt på udskrivelsen og hjemkomsten?
- Oplevede du at blive inddraget vedrørende tilrettelæggelse af udskrivningsforløbet?

### Udskrivelse og hjemkomst

Nu vil jeg gerne høre lidt om udskrivelsen og hjemkomsten fra hospitalet.

- Kan du beskrive, hvordan udskrivelsen foregik?
  - Hvordan oplevede du udskrivelsen?
  - Var du tryk ved at komme hjem?
- Oplevede du at få den hjælp, du havde brug for, da du kom hjem?
  - Hvilken hjælp fik du i hjemmet efter udskrivelse?
  - Fik du mere hjælp efter indlæggelsen end tidligere?
- Har dine pårørende spillet en rolle i forbindelse med hjemkomsten?
  - Hvad har dine pårørende hjulpet med?

## **Tilfredshed**

Og som det sidste emne for i dag skal vi tale om, om du er tilfreds med forløbet omkring sammenhængen mellem indlæggelse, udskrivelse og hjemkomst.

- Hvad mener du om, at visitatoren mødte dig på hospitalet? (Kommunal medarbejder træder ind på hospitalsarenaen)
- Hvordan har du oplevet samarbejdet (overgangen) mellem hospital og hjemmepleje (kommunale indsatser)?
- Sådan frit tænkt – hvilke ord beskriver det forløb, du har været igennem?
- Har dit forløb givet mening?/Har det været sammenhængende?
  - Hvorfor? Hvordan?
- Spørgsmål? Noget vi har glemt at spørge om? Andet?

## Bilag 4 To anonymiserede eksempler på brobyggeradviser

### Birthe

#### *Indlæggelse/udskrivelse*

- Birthe er indlagt på HEH, d. xx.x.xx utilpas og med højt blodsukker (xx.x) samt polyuri/tørst.
- Birthe har haft sår på venstre hæl, som er blevet inficeret, og der er nekrose. Birthe ses af karkirurger, og det vurderes, at Birthe skal have foretaget venstresidig femuramputation. Dette udføres d. xx.x.xx.

#### *Tidligere*

- Birthe er kendt med Diabetes 1, rheumatoid artrit, brickerblære (juni 2015), AFLI. Birthe har følger efter polio og sidder vanligt i kørestol. Har kun haft kortvarig standfunktion med højre ben som det bedste ben. Birthe klarer vanligt sig selv, kun med støtte til rengøring og støttestrømper. Har været vant til at forflytte sig selvstændigt ind/ud af seng og til/fra toilet. Birthe oplyser, at hun har meget skiftende afføringsmønster, hvorfor hun ikke kan angive "hvornår det er". Der er talt med hende om at prøve at indarbejde "rytme".

#### *Aktuel funktionsevne:*

- Der udføres nedre hygiejne og påklædning i seng. Birthe klarer selv skift af urostomi samt tømning af KAD-pose.
- Birthe kommer selvstændigt til siddende på sengekant. Forflyttes med glidebræt over højre side til kørestol. Har brug for hjælp til placering af glidebræt samt "kontrastøtte" til højre ben. Forflyttes over venstre side retur i seng.
- Ved toiletbesøg forflyttes Birthe med glidebræt mellem kørestol og bækkenstol. Birthe har behov for let støtte. Birthe kan med støtte få trukket benklæder ned siddende på bækkenstol, men det er ikke muligt at trække dem op igen, hvorfor det skal gøres i sengen. Der anvendes spilerduk sammen med glidebræt, når huden er bar.
- Birthe er vant til at køre i kørestol til badeværelset, og Birthe kan vaske overkrop og varetage øvre påklædning.
- Ved bad foretages nedre hygiejne i sengen. Birthe har behov for støtte til vask af ryg og ben. Nedre tørring og påklædning foregår i sengen.
- Birthe varetager selv insulivingning og blodsuktermåling.

#### *APV*

- Der er d. xx.xx.xx udført APV i hjemmet med henblik på.:
- Der er tilstrækkelig plads ved sengen til forflytning og brug af kørestol og bækkenstol. Der er talt med Birthe om, at toiletbesøg kan foregå i soveværelset. Der er gulvtæppe, men der ses der an på, om det er nødvendigt at fjerne det, da det forventes kun at være i forbindelse med bad, at Birthe skal køres. Der er behov for bækkenstol med store hjul, så det er muligt at køre Birthe på denne. Der er taget mål af sengehøjde, 52 cm. Der er kant i bruseniche, hvor der er behov for gummiliste.

#### *Ved udskrivelse er der behov for støtte:*

- **Morgen:** (Ønsker kl. 8) Personlig pleje. Nedre hygiejne og påklædning i seng. Støttestrømpe. Forflytning med glidebrædt til kørestol. Øvre hygiejne på badeværelse.
  - Støtte til bad.
  - Evt. støtte til toiletbesøg: forflytning, støtte til hygiejne, støtte til af- og påklædning.
- **Middag:** Støtte til forflytning til middagshvil.

- Evt. støtte til toiletbesøg.
- **Eftermiddag:** Støtte til op fra middagshvil, forflytning.
  - Evt. støtte til toiletbesøg.
- **Sengetid** (ønsker kl. 22-23): Støtte til at blive natklar, forflytning. Støttestrømpe.
- Der er behov for **nødkald**. Det er drøftet, at der kan være tale om midlertidigt nødkald, indtil Birthe er tilbage i habituel tilstand. **Har nøgleboks.**

*Retningsgivende mål: Udvikling.*

- Birthe vil gerne lære at blive så selvhjulpen som muligt.
- **Birthe ønsker selv at varetage indkøb, madlavning og tøjvask som tidligere.** Forventer at kunne anvende sit el-køretøj, da hun mener, at vanlig forflytningsteknik fortsat fungerer. Birthe oplyser, at hun har bekendte, der kan hjælpe med indkøb, hvis hun ikke umiddelbart kan køre ud.

*Rengøring: Som vanligt.*

*Sygepleje:*

- Behov for tilsyn af sår/cicatrise.
- Varetager selvstændigt blodsuktermåling, insulin og medicinadm.
- Spl. P5 kontakter hj.spl.

*Træning:*

- Der laves GOP. Målene er:
  - At kunne klare forflytning til/fra el-køretøj.
  - At blive sikker i forflytning, om muligt selvstændigt så toiletbesøg kan klares selvstændigt.
  - At kunne trække benklæder ned/op i kørestol.
- Ønsker kommunale terapeuter.

*Hjælpemidler:*

- Bestilles – glidebrædt. Sengebord. Bækkenstol med store hjul, gummiliste ved bruseniche.
- Har i forvejen plejeseng, dog uden funktion af benenden, bækkenstol (ombyttes), kørestol, wendylett, armlæn ved toilet, el-køretøj.
- Der er behov for, at der bliver kigget på udendørsrampen, da det oplyses, at den giver sig, når Birthe kører på den.

*Udskrivning og modtagelse*

- Udskrives onsdag d. xx.xx.xx over middag.
- Første besøg eftermiddag.
- Har familie, der vil sørge for indkøb mv.

## **Thomas**

*Indlæggelse / udskrivelse*

- Thomas er indlagt på HEH, P5, d. xx.xx.xx. til planlagt højresidig girdlestoneoperation. Thomas har op til beslutningen om girdlestoneoperation haft et længere forløb med infektion omkring sin hofteprotese. Det er nu besluttet at fjerne hofteprotesen og isætte cementspacer. Planen er, at der om 3 mdr. skal ske reoperation med hoftealloplastik igen. Thomas må belaste til smertegrænsen.

- Thomas har aktuelt epi-kateter, som forventes seponeret i starten af uge xx. Thomas er aktuelt i IV-AB behandling. Det skal afklares, om Thomas kan overgå til tabletbehandling inden udskrivelse, eller om han udskrives med IV.
- Thomas er vanligt selvhjulpent i hverdagen, kun med støtte til rengøring og medicindosering.

#### *Aktuel funktionsevne:*

- Thomas kommer selvstændigt til siddende på sengekant og retur.
- Thomas får hjælp til alle forflytninger uden for sengen. Thomas har mobiliseret med Høj Ganvogn, men har netop afprøvet rollator med god effekt. Thomas har vanskeligt ved at styre sit højre ben, bedømme skridtlængde, og der er behov for stor opmærksomhed på sikker forflytning, da Thomas er lidt ukritisk og hurtig. Der er behov for guidning omkring hoften samt støtte til at holde fokus/opmærksomhed på aktiviteten.
- Thomas har aktuelt behov for støtte til personlig pleje, påklædning, toiletbesøg. Klarer selv øvre pleje, når der er rettet an, nedre pleje foregår i plejeseng. Thomas står sikkert nok til, at der kan ordnes benklæder i stående i forbindelse med toiletbesøg.
- Der er yderligere behov for støtte til: måltider og medicingivning (kl.8-12-18-20-22).

#### *Genoptræning*

- Det er vurderet, at Thomas kan profitere af et intensivt genoptræningsforløb på Kildegården med det formål:
  - At få øget stabilitet omkring hoften.
  - At sikre forflytninger, så Thomas om muligt kan mobilisere med rollator og evt. albue-stokke, inden han kommer hjem i eget hjem.
  - At afdække, om Thomas har behov for støtte, når han vender tilbage til eget hjem.
- Forventet varighed af ophold: 2-3 uger.
- Thomas er orienteret om egen betaling mv.

#### *Retningsgivende mål: Udvikling*

- **Thomas' målsætninger er:**
  - At kunne mobilisere selvstændigt.
  - At være sikker i forflytning.
  - At klare sig som før indlæggelsen.

#### *Sygepleje:*

- Medicindosering. Er informeret om at bringe vanlige doseringsæsker til Kildegården.
- Evt. IV-medicin.
- Spl. P5 kontakter hj.spl.

#### *Træning:*

- Der laves GOP.
- Mål: Som ovenfor.

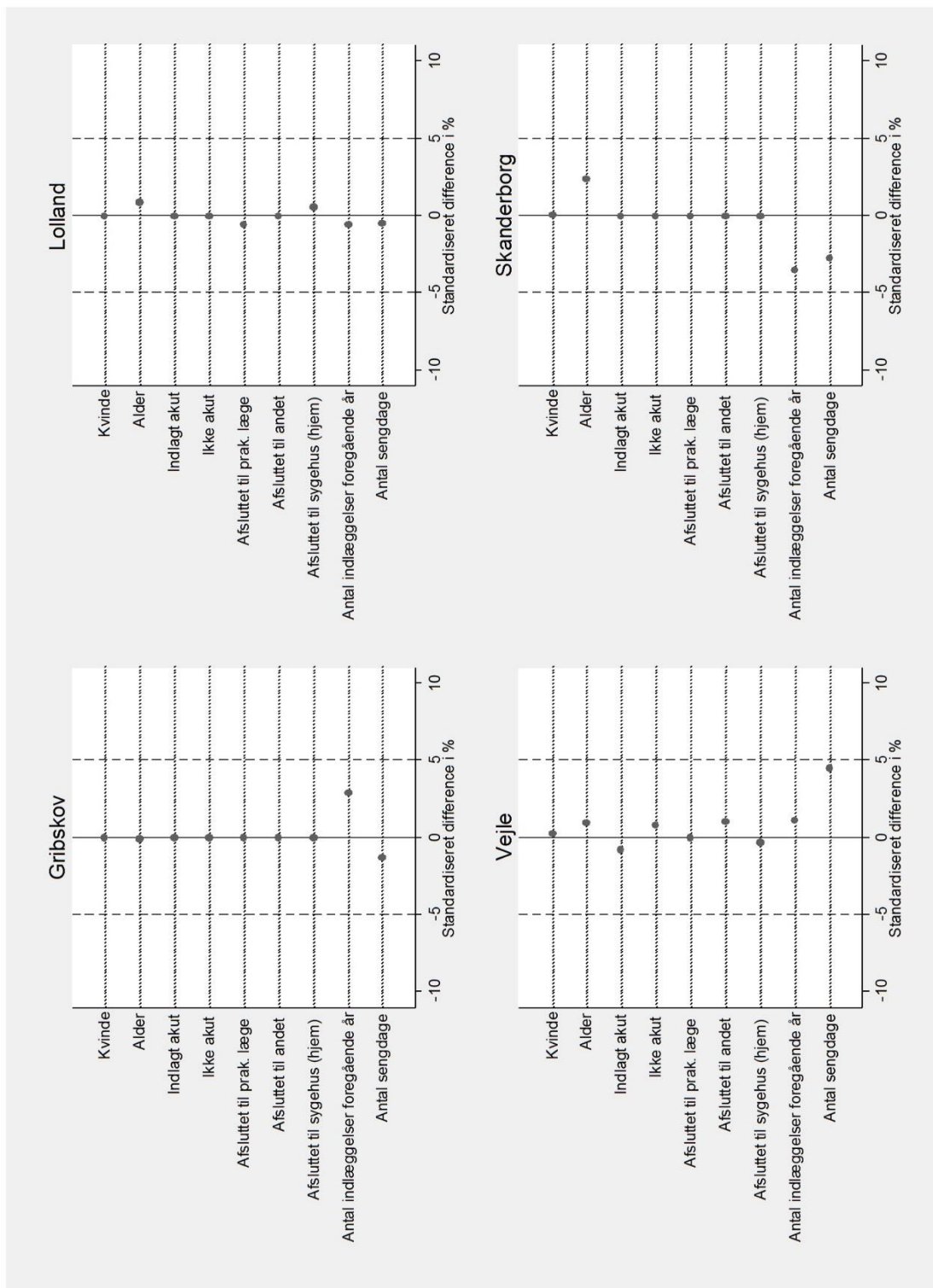
#### *Hjælpemidler:*

- Kørestol. Bestilles af HEH. Rollator bringes fra hjemmet til Kildegården.

#### *Udskrivning og modtagelse*

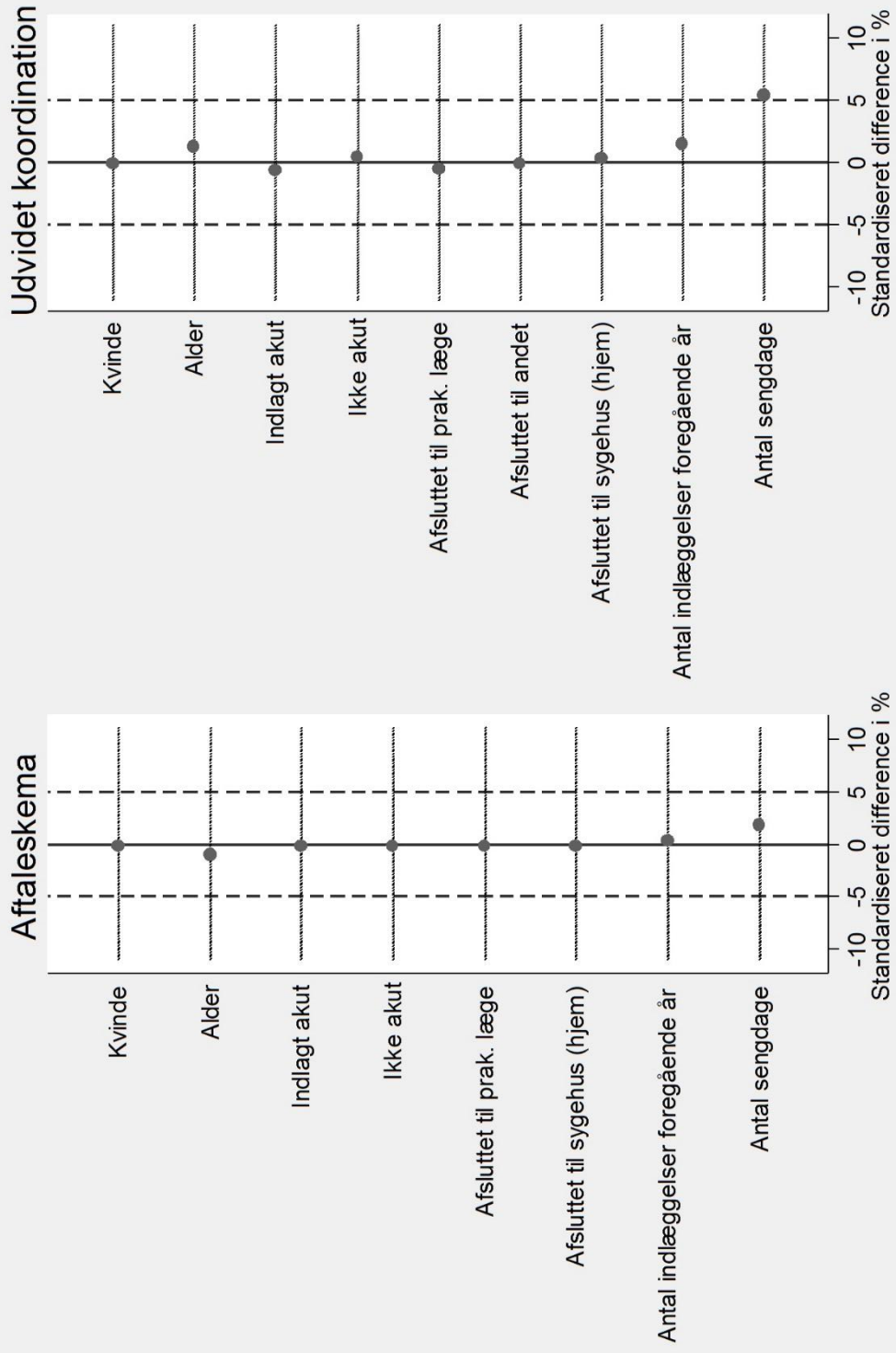
- Der stiles mod udskrivelse onsdag d. xx.xx.xx til intensivt Genoptræning på Kildegården st. xx.
- Sygeplejerske fra P5 kontakter Kildegården for endelige aftaler.

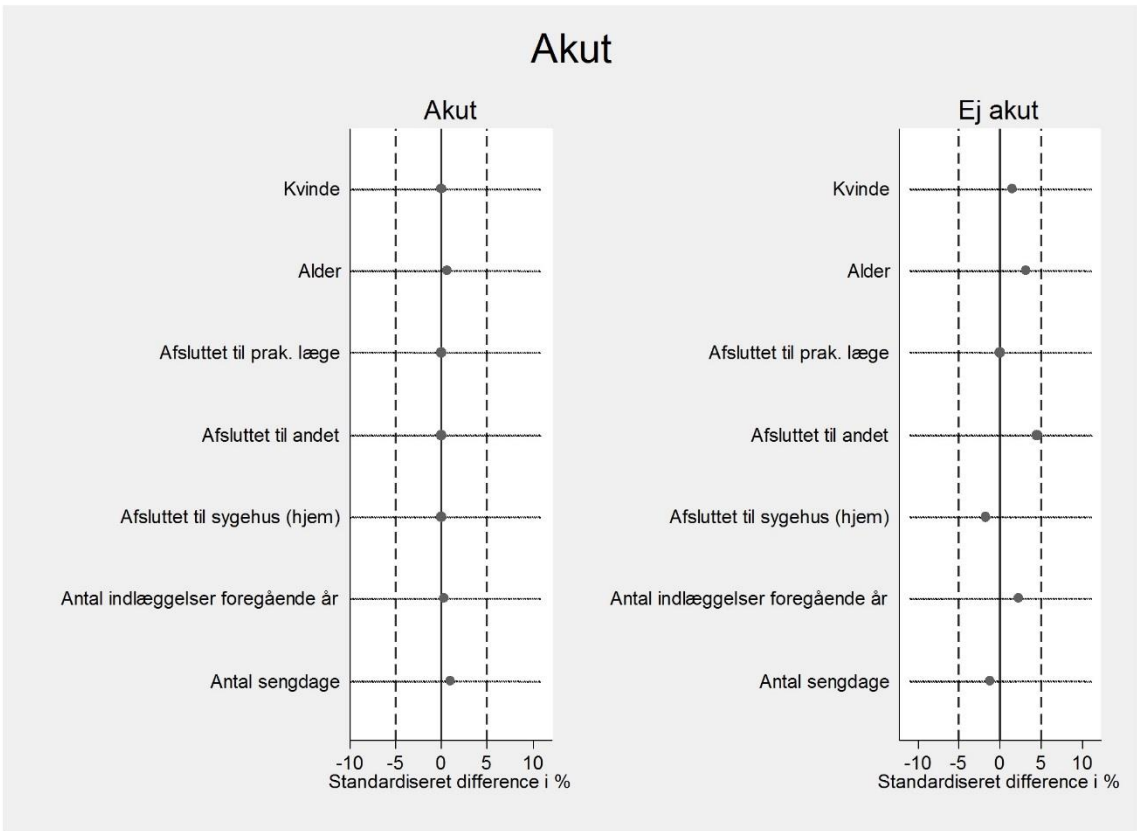
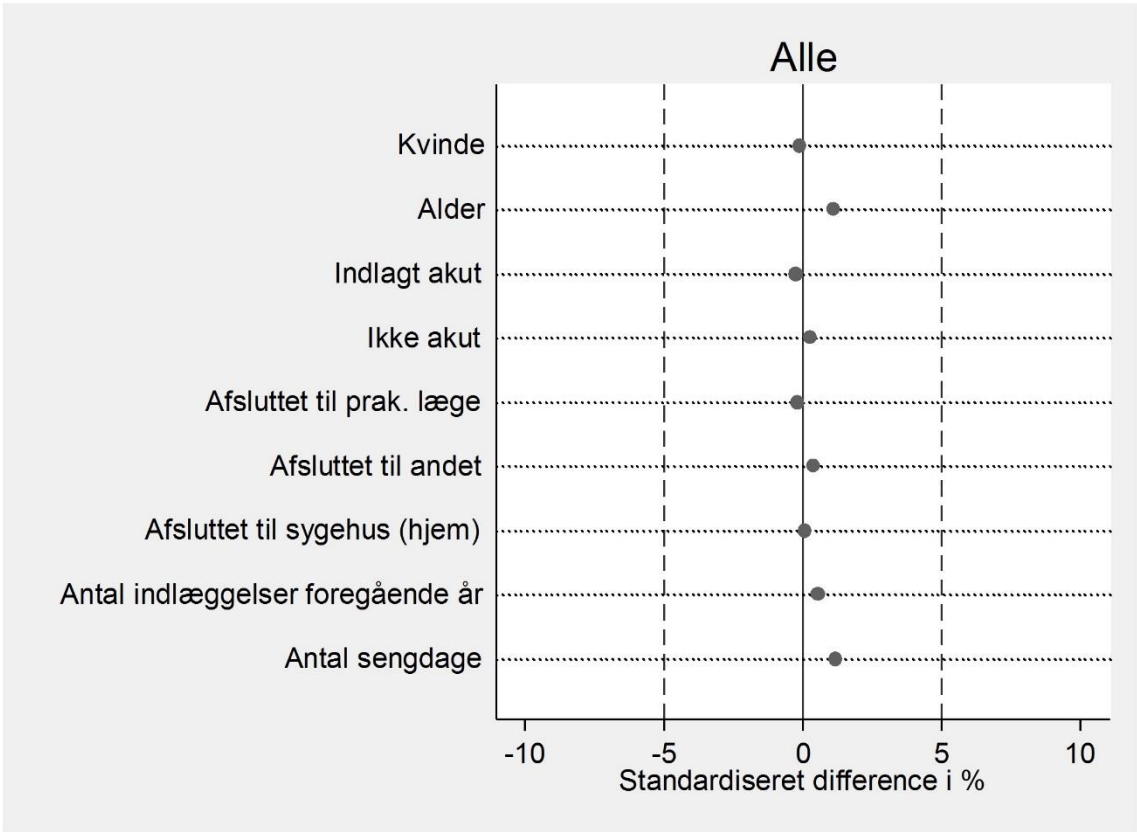
# Bilag 5 Kvalitet af matching



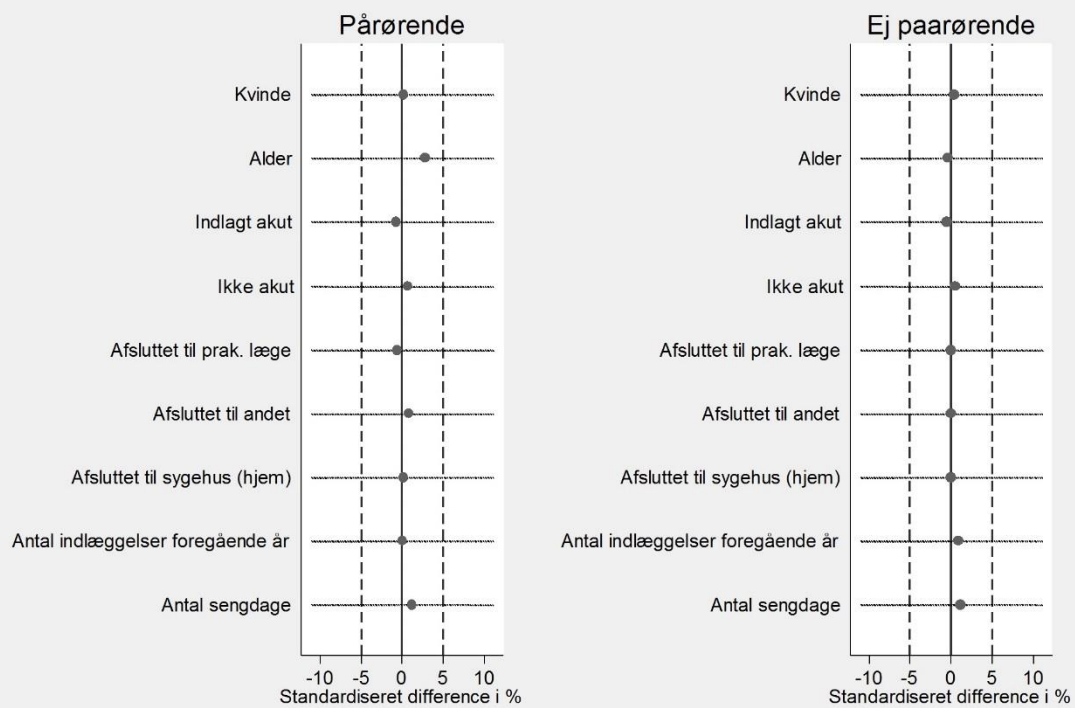


# Vejle





## Pårørende





**Det Nationale Institut  
for Kommuner og Regioners  
Analyse og Forskning**

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