

# **Tidlig indsats efter udskrivelse for de svageste ældre borgere i Region Midtjylland**

Kortlægning på tværs af klyngerne

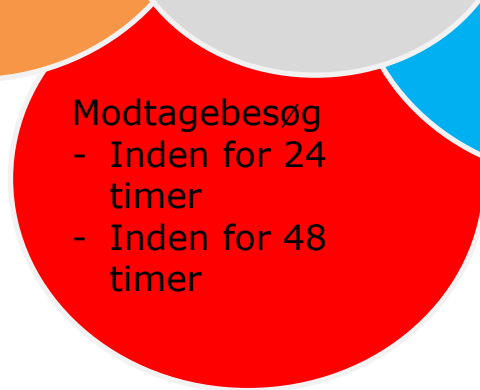
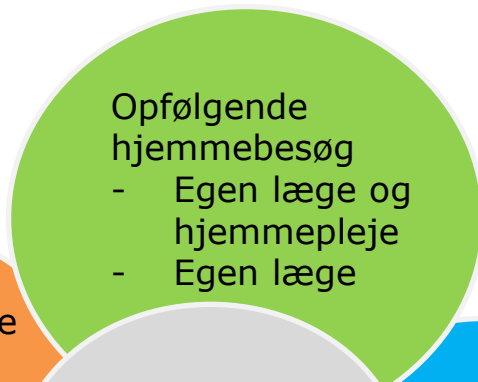
Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland. Januar 2020

# Projekter vedrørende tidlig indsats i klyngerne efter udskrivelse

- Sundhedsstyrelsen besluttede på møde 25. september 2019 at der ved afrapporteringen fra satspuljeprojektet "Det rette tilbud til borgerne til rette tid" skulle laves en kortlægning af indsatser i klyngerne om forebyggelse af akutte indlæggelser.
- På Sundhedsstyrelsens møde den 6. november 2019 (skriftlig høring) blev en oversigt over initiativer præsenteret. Sundhedsstyrelsen tiltrådte, at der skulle gås mere i dybden med afdækning af indsatser om tidlig opfølgning efter udskrivelse.
- Sundhedsplanlægning har efterfølgende gennemført telefoninterviews og indsamlet materiale vedrørende 13 projekter.
- De enkelte projekter er i dette notat beskrevet efter samme skabelon.

# Typer af indsatser

Før patienten tager hjem:

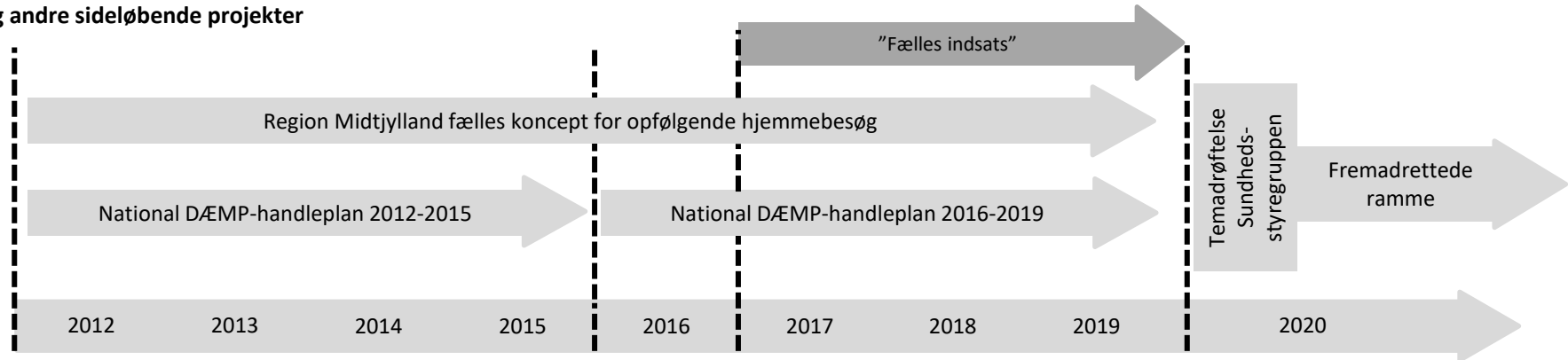


# Overordnede konklusioner på tværs

- Generelt gælder, at der kun foreligger få konkrete resultater fra projekterne. Dette skyldes en blanding af projekternes set-up, og vanskeligheder med at få valide data på grund af LPR-3. De overordnede tilbagemeldinger støtter dog konklusionerne fra DÆMP-projektet i Aarhus: Det vurderes i flere af projekterne, at det har betydning for de sårbare borgere, at der følges tidligt og konkret op i forbindelse med udskrivelse. Dette uanset, hvem der har stået for den konkrete opfølgning (det er dog kun i Aarhus der er lavet et projekt som sammenligner effekten af forskellige faggruppers indsats).
- Vest-klyngen oplever, at en telemedicinsk udskrivelsessamtale med medvirken af borger, pårørende, hospital og hjemmesygepleje opleves positivt af borgerne, og styrker det tværsektorielle samarbejde. Denne oplevelse understøttes af erfaringer fra Horsens-klyngen. Her arbejdes med en tværsektoriel telemedicinsk målsamtale kort efter indlæggelsen, hvor der lægges en plan for patienten.
- En del af projekterne er gennemført for en specifik målgruppe. Der har således været gennemført projekter målrettet patienter med Hoftener fraktur, patienter med lungesygdomme, psykisk og socialt udsatte borgere, og under grupper af geriatriske patienter. Projekterne tyder på, at særlige patientgrupper kan have gavn af et mere specialiseret tilbud i forbindelse med hjemsendelse. Der er dog ikke udover i DÆMP-projektet gennemført sammenligninger af forskellige indsatser.
- Projekterne peger ikke entydigt på hvordan målgruppen for de tidlige indsatser findes. Det forventes derfor, at der vil være behov for, at der nedsættes en faglig gruppe der skal se på udvælgelseskriterier til de forskellige tilbud, hvis det vælges at gå videre med fælles indsatser.

# Aarhusklyngen: Fælles indsats (Satspulje-projekt)

## Baggrund og andre sideløbende projekter



### Målgruppe

- +65 årige borgere
- Bosiddende i Aarhus Kommune



### Inklusions (1) og eksklusionskriterier (2)

- (1) Borgere som udgår fra afdelingerne; ældresygdomme, akutafdelingen, hjertesygdomme og infektionssygdomme
- (1) Borgere med en moderat og svær funktionsnedsættelse ("Mutidimensional Prognostisk Index").



### Intervention

- Randomisering af patienter der er screenet til et tilbud til enten:
- Et opfølgende hjemmebesøg af et udgående team fra Klinik for Ældresygdomme inden for 24 timer efter udskrivelsen, eller
- Et opfølgende hjemmebesøg fra en kommunal hjemmesygeplejerske inden for 24 timer efter udskrivelsen.
- Sammenligningsgruppe: historisk, uden tilbud, eller eventuelt med opfølgende hjemmebesøg



### Resultater

- Resultaterne viser, at den tidlige opfølgning efter indlæggelse har en effekt (-18%), når man ser på antallet af genindlæggelser. Effekten er uafhængig af, hvem (hospital eller kommune) der gennemfører
- Effekt på 90- dages dødelighed (-12%) for begge dødeligheden ved begge typer intervention.
- Der er ikke påvist en forskel i patienttilfredsheden imellem interventionsgrupperne.
- Forbedring i funktionsevnen størst for de ældre, som modtog opfølgning fra det udgående team.

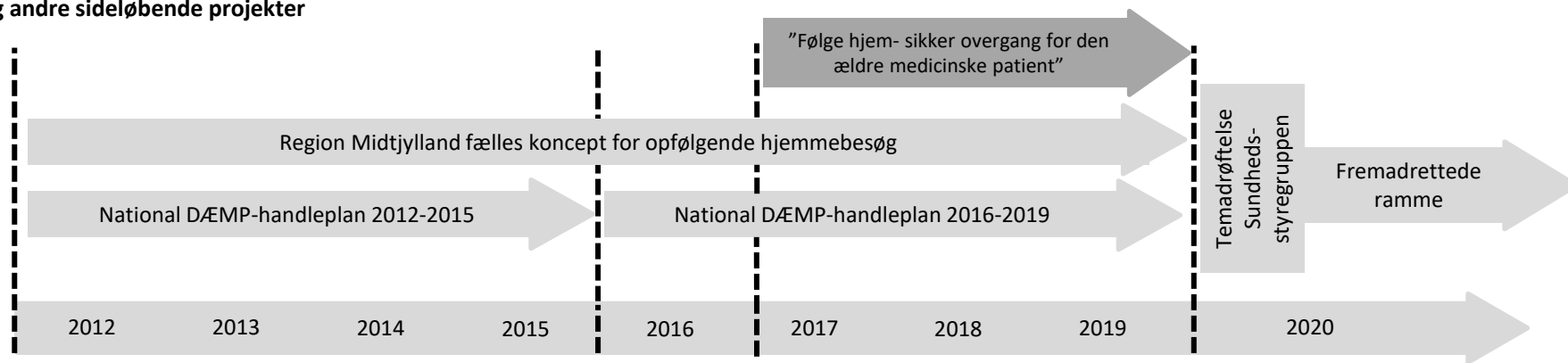


### Konklusion

- Tidlig indsats har en positiv effekt på genindlæggelser, uanset om den sker ved udgående geriatrisk funktion eller af hjemmeplejen.
- Ressourcerne på Klinik for Ældresygdomme anvendes bedst hos de ældre over 75-79 år og 90+ årige borgere, som udskrives fra Akutafdelingen og Ældresygdomme til egen bolig (ikke en plejebolig).
- Hospital i hjemmet kan være relevant for alle skrøbelige uafhængigt af alder, men efter en individuel lægelig vurdering af patientens situation.
- MSO (Magistrat for Sundheds og Omsorg) har valgt at videreføre den tidlige opfølgning i regi af forløbsmodellen med fokus på samarbejde med den praktiserende læge.

# Horsensklyngen: Følge hjem – sikker overgang for den ældre medicinske patient (Satspulje-projekt)

## Baggrund og andre sideløbende projekter



### Målgruppe

- +75 årige borgere
- Bosiddende i Skanderborg, Odder eller Hedensted Kommune



### Inklusions (1) og eksklusionskriterier (2)

- (1) Patienter fra geriatrisk eller intern medicinsk speciale på medicinsk sengeafsnit 2 på Regions Hospitalet Horsens, som har været indlagt i over 48 timer.
- (2) Patienter udskrevet til kærlig pleje



### Intervention

- Alle relevante borgerne blev fulgt hjem efter udskrivelse med henblik på, at sikre at borgerne kunne klare sig i det første døgn med det, som var tilgængelige i hjemmet.
- Derudover blev der iværksat en fysisk eller telemedicinsk udskrivningskonference i hjemmet mellem de relevante deltagere.
- Borger, pårørende, kommunen og egen læge havde efter udskrivelse adgang til en specialiseret rådgivning i 7 dage efter udskrivelser. Derudover var der mulighed for virtuel kommunikation ved behov.



### Resultater

- Resultaterne forventes offentligt efter læringsseminaret d. 29. januar 2020.
- Der er en ph.d. studerende tilknyttet projektet, som forventes afsluttet i løbet af 2022.
- En rundspørge på hospitalet viser, at indsatsen har skabt en tryghed for borgerne ved udskrivelsen og deres efterfølgende forløb. Derudover blev der givet udtryk for, at det opleves, at hospitalerne og kommunerne har haft et godt samarbejde. Borgerne føler sig medinddraget og de føler endvidere, at de har fået den nødvendige information.

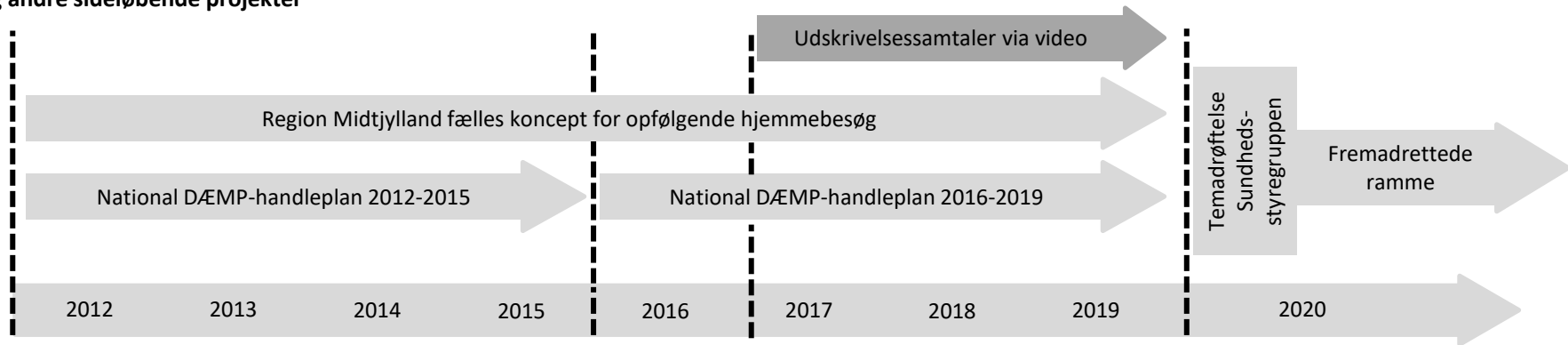


### Konklusion

- Det anbefales, at bruge dele af indsatsen med henblik på at fokusere det gode udskrivningsforløb og for at borgeren skal følge sig tryk ved udskrivelsen. I Horsens-klyngen arbejdes der videre med de gode erfaringer fra projektet med henblik på, at udvikle et ny "følge-hjem" indsats.
- Erfaringerne viser, at det ikke altid er nødvendigt at følge patienten fysisk hjem, som der er gjort i dette projekt. Det kan være en fordel, at det kun er de mest skrøbelige som bliver fulgt hjem.
- Opfølgningen efter udskrivelse og de faglige sparringer har vist sig, at være det vigtigste for borgeren.

# Vestklyngen: Udskrivelsessamtaler via video (Satspulje-projekt)

## Baggrund og andre sideløbende projekter



### Målgruppe

- +65 årige borgere
- Bosiddende i Vestklyngens kommuner



### Inklusions (1) og eksklusionskriterier (2)

- (1) Borgere som har været genindlagt/indlagt flere gange over en kort periode
- (1) Borgere med komplekse forløb
- (1) Borgere med en screeningscore over 31



### Intervention

- Udskrivelsessamtale ved brug af video med deltagelse af patient, pårørende, medarbejdere fra udskrivende afdeling og bopælskommunen.



### Resultater

- Tryghed og sammenhæng for patienter og pårørende.
- Oplevelse af øget kvalitet i udskrivelser hos sundhedsprofessionelle.
- Indikation om en mærkbar effekt på andelen af genindlæggelser. Af de 63 afholde udskrivningsmøder via video genindlægges 7,9 %. I 2018 blev 17 % af de +65-årige der blev udskrevet fra HEV genindlagt
- Det forventes, at indsatsen samlet set kan reducere personalets tidsforbrug på koordinering ved udskrivelsen.

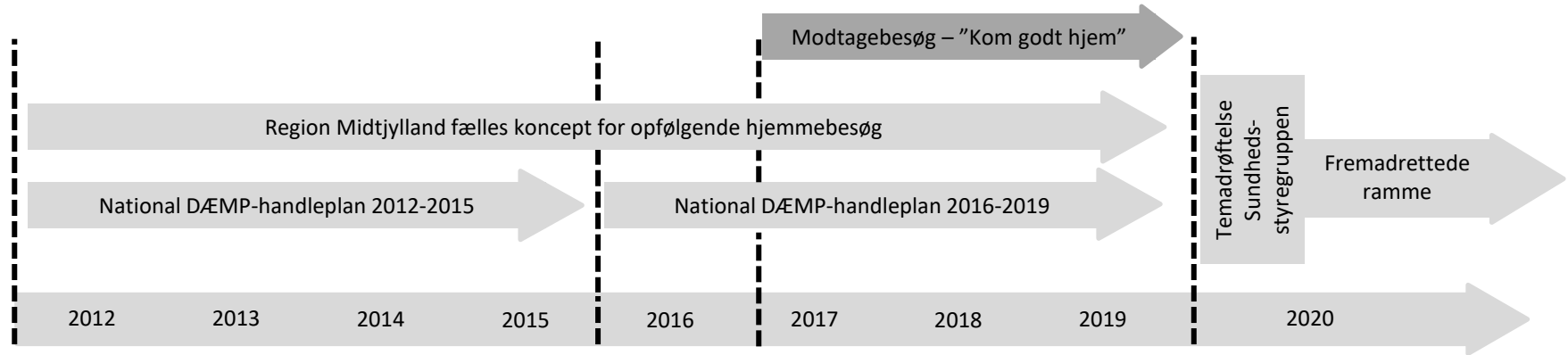


### Konklusion

- Udskrivelsessamtalen giver muligheden for en samlet koordinering af borgerens forløb og videre behandling.
- Det anbefales, at alle borgere, som scorer 31+ ved screening til opfølgende hjemmebesøg tilbydes et udskrivningsmøde via video. Tilbuddet gælder uanset borgerens alder.
- Behovet for deltagelse af almen praksis anbefales i de forløb, hvor der ved udskrivelse er uklarheder vedrørende det videre behandlingsforløb.
- Screeningsværktøj og en score på 31 rammer målgruppen godt.

# Vestklyngen: Modtagebesøg – ”Kom godt hjem” (Satspulje-projekt)

## Baggrund og andre sideløbende projekter



### Målgruppe

- +65 årige borgere
- Bosiddende i Vestklyngens kommuner



### Inklusions (1) og eksklusionskriterier (2)

- (1) Screeningsscore på over 31 i screeningsværktøjet fra Opfølgende hjemmebesøg



### Intervention

- Modtagebesøg ved en kommunal sygeplejerske inden for 24 timer efter udskrivelse.
- Besøget skal bidrage til et overblik over borgerens samlede situation og plan for det videre forløb.
- Interventionen består af en case-kontrol undersøgelse, hvor kontrolgruppen ikke fik et modtagebesøg, men ingen besøg eller en anden tidlig intervention som fx sygeplejefaglig udredning, udskrivningsbesøg og telefonopkaldt indenfor 24 timer.



### Resultater

- Tidlig opfølgning efter udskrivelse giver tryghed og en oplevelse af sammenhæng i borger- og pårørendeperspektiv
- Modtagebesøget, som en tidlige udvidet indsats, viser ingen signifikant effekt for patienternes sundhedstilstand, når der måles på indikatorerne vægt, funktionsniveau og genindlæggelser.
- Den kvantitative analyse måler ikke på effekten af en tidlig indsats, men alene effekten af en tidlig udvidet indsats.



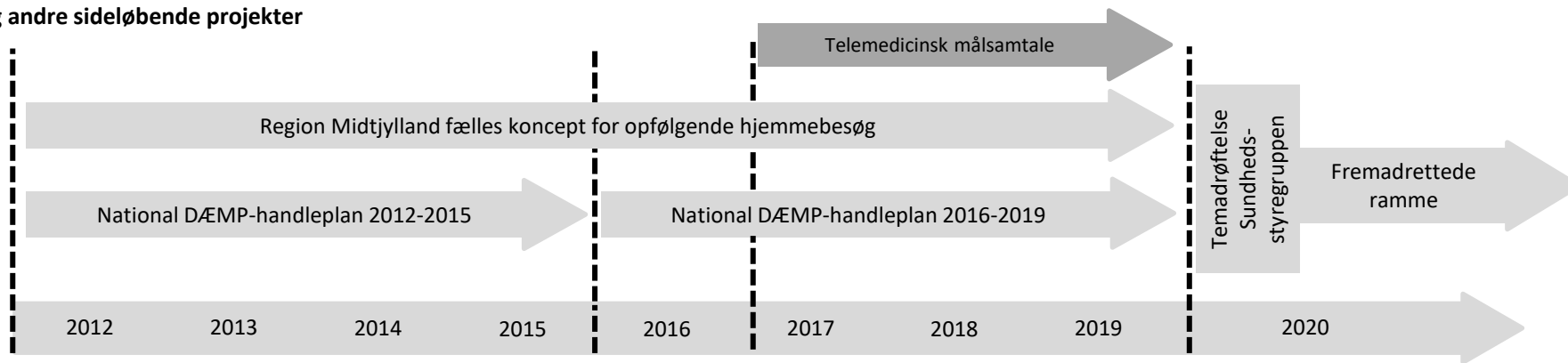
### Konklusion

- Anbefaler tidlig opfølgning ved kommunal sygepleje indenfor 24 for alle borgere der scorer over 31 uanset alder
- Anbefaler udarbejdelse af fælles guideline for indhold i den tidlige opfølgning



# Horsensklyngen: Telemedicinsk målsamtale

## Baggrund og andre sideløbende projekter



### Målgruppe

- +80 årige borgere



### Inklusions (1) og eksklusionskriterier (2)

- (1) Borgere med et stort funktionstab, meget medicin og forskellige sygdomme og
- (1) Bosiddende i Horsensklyngen



### Intervention

- Der foretages telemedicinske målsamtaler af cirka 45 minutter med borgere som udskrives til Odder kommune. Hensigten med målsamtalen er at planlægge det videre forløb af borgernes behandling.
- Sygehusets udskrivelseskoordinator afholder den telemedicinske målsamtale, derudover er det visitatorerne ude i kommunen, som står for samtalen. Til målsamtalen deltager der også pårørende, borgeren, en fysioterapeut/ergoterapeut, en sygeplejerske samt en læge fra hospitalet.
- Der afholdes en samtale pr. borger. Samtalen afholdes på 1. eller 2. dagen, hvor borgeren er indlagt. Når der er lagt en fælles plan, kan tilpasning ske løbende, efter fælles forståelse, med samme udgangspunkt. Den tidlige samtale skyldes, at gennemsnittet at borgerne er indlagt i 4,5 dag. Derudover modtager alle ved udskrivelse en udskrivelsesrapport med en specifikation af hjemmepleje besøg.



### Resultater

- Der er ikke foretaget en måling af indsatsens effekt.
- En rundspørge på hospitalet viser en udbredt tilfredshed blandt borgerne.

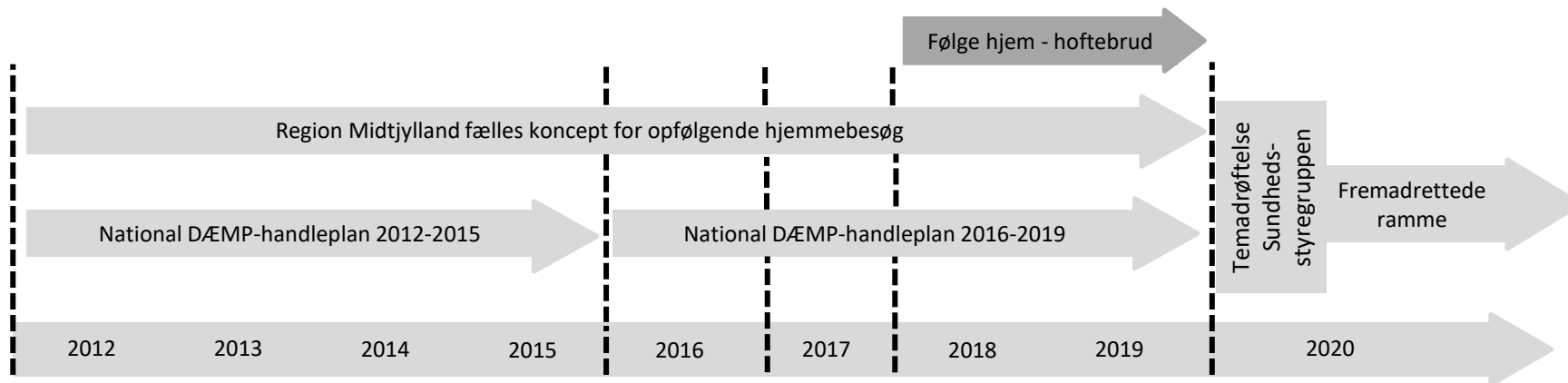


### Konklusion

- Der måles ikke konkret på genindlæggelser, men der er en ide om, at mange af dem, som bliver sendt hjem med efter en målsamtale ikke genindlægges så ofte. De borgere, som genindlægges er oftest borgere, hvor der ikke foreligger en tilstrækkelig plan og hvor, der ikke har været en opmærksomhed på borgerens behov i hjemmet.
- For patienterne og de pårørende giver det mening, at der afholdes en målsamtale omkring behandlingsforløbet samt den videre plan efter udskrivelse. Det er antagelsen, at målsamtalerne er med til at reducere klager, da målsamtalerne sikre en drøftelse af forventningerne til systemet, behandlingsforløbet osv.

# Horsensklyngen: Følge hjem - hoftebrud

## Baggrund og andre sideløbende projekter



### Målgruppe

- +75 årige borgere
- Bosiddende i Horsensklyngens kommuner



### Inklusions (1) og eksklusionskriterier (2)

- (1) Borgere med hofteært lårbensbrud
- (2) Ikke dansk talende
- (2) Borgere med en demens diagnose



### Intervention

- Hjemmebesøg ved udskrivelse af en ortopædkirurgisk sygeplejerske med mulighed for kontakt til en geriatrisk læge og medicinsk afdeling
- Telefonisk/telemedicinsk opfølgning på 2. dagen efter udskrivelse (følgehjemteamet)
- Patienter, pårørende og kommunale medarbejdere har adgang til en specialiseret rådgivning ved hospitalet i 7 dage efter udskrivelse, alle døgnets 24 timer.



### Resultater

- Grundet LPR3 opdateringerne i februar 2019 har Regionshospitalet Horsens ikke et valideret datasæt i forhold til genindlæggelse og mortalitet. Det har ikke været muligt at tilvejebringe data, som oplyser om opfyldelse af indsatsens kvalitetsmål.

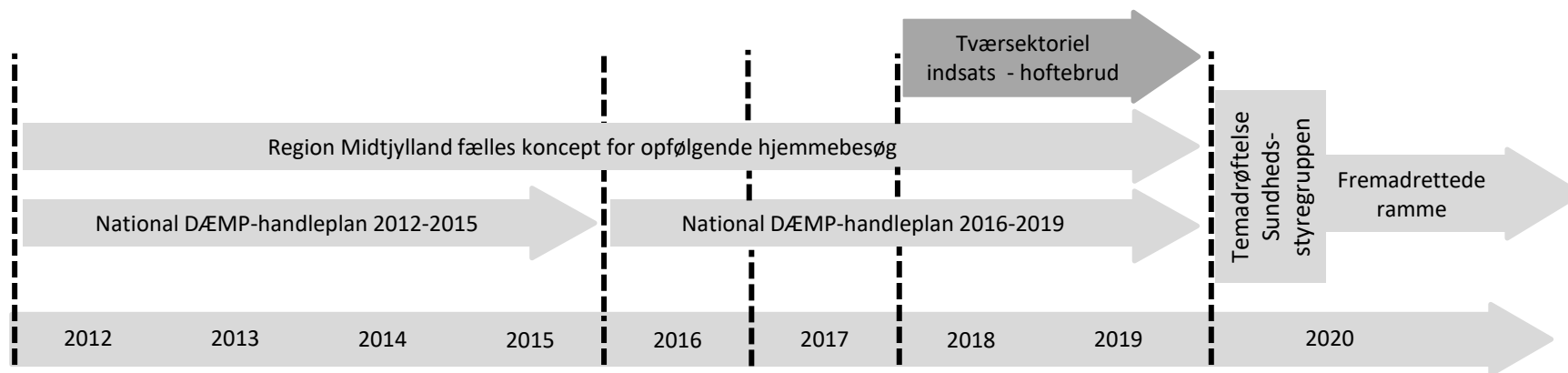


### Konklusion

- Der er en fornemmelse af, at indsatsen har gjort en forskel, men i forhold til genindlæggelsesraten, så er det ikke muligt, grundet dataproblemer, at påpege en ændring.
- Indsatsen har højnet det tværsektorielle samarbejde og givet hospitalspersonalet en bedre forståelse af borgernes behov og problemstillingerne i eget hjem.
- Det kan være udfordrende for kommunerne at skulle navigere i hvilket "følge hjem" projekt, som kommunen er tilknyttet. Det anbefales, at der oprettes et fælles nummer, hvor en visitation kan sikre, at der skabes den rette kontakt på hospitalet
- Svært at få indsatsen prioriteret i dagligdagen – en fordel hvis dem der varetager funktionen ikke også indgår i daglig drift

# Randersklyngen: Hoftenære lårbensbrud (LKT)

## Baggrund og andre sideløbende projekter



### Målgruppe

- +65 årige borgere med hofteært lårbensbrud
- Bosiddende i Randersklyngens kommuner



### Inklusions (1) og eksklusionskriterier (2)

- (1) + 65-årige Borgere med hofteært lårbensbrud
- (1) Observationskema: Beboere på plejecentre



### Intervention

- Omfattende projekt, der både indeholder indsatser på hospitalet i forhold til operationerne, og efterfølgende opfølgning både på hospital og i kommunen, blandt andet med TOBS. For beboere på plejecentre udfyldes dagligt et observationskema med henblik på at opspore uhensigtsmæssig udvikling tidligt, og sætte ind med tværsektoriel indsats.



### Resultater

- Projektet følges samlet, og der er derfor ikke særskilte resultater for daglig observation. Resultaterne for det samlede projekt resultat tyder positivt, men er endnu ikke validerede

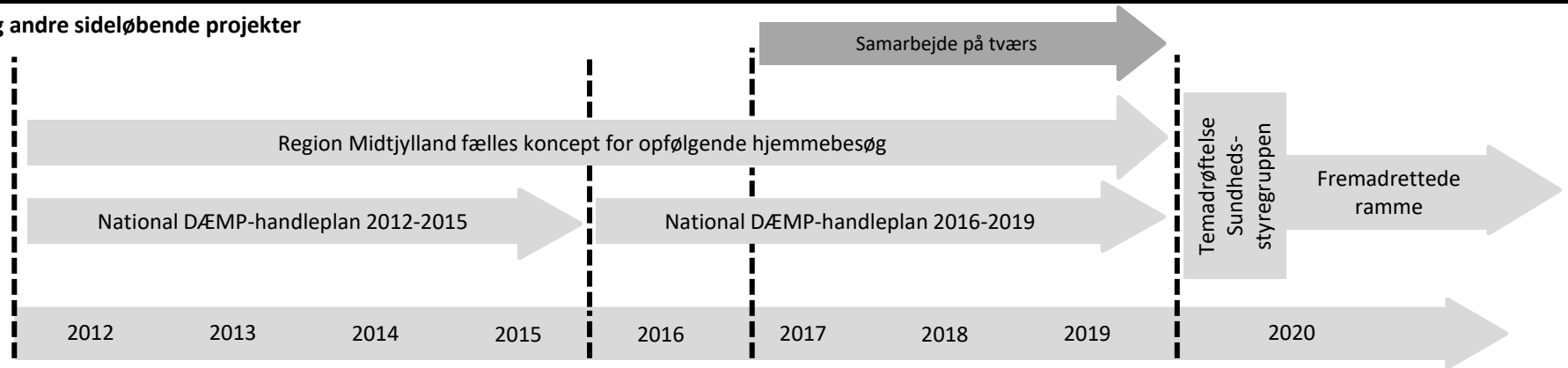


### Konklusion

- Det vurderes positivt, at der følges op dagligt på plejecentrene. Derfor arbejdes der på et observationskema borgerne selv kan udfylde, med henblik på at følge egen situation og sikre tidlig indsats ved forværring

# Horsensklyngen: Samarbejde på tværs

## Baggrund og andre sideløbende projekter



### Målgruppe

- Alle geriatriske patienter/borgere
- Bosiddende i Horsens



### Inklusions (1) og eksklusionskriterier (2)

(1) Plejehjemsbeboere og borgere som modtager hjemmepleje



### Intervention

- Fokus er på en koordinerende indsats i form af rundbordsamtaler imellem akutsygeplejerske, akutpladserne, udskrivelseskoordinatorerne/"kom-godt-hjem" sygeplejerskerne, almen praksis og sygehuset. Dog er der ikke deltagelse af en udskrivelseskoordinator og "kom-godt-hjem" sygeplejerske, når der er tale om plejehjembeboere, da de udskrives i et direkte samarbejde imellem sygehus og plejehjemmet.
- Indsatsen udspringer af statistikkerne over, hvor mange plejehjembeboere, som der indlægges.
- Fokus er på den forebyggelige indlæggelse af plejehjemsbeboere. Akutteamet i Horsens og klinik for ældresygdomme er inddraget, da de kan starte en behandling op i borgeren hjem. Derudover er der inddragelse af demenskoordinatorerne.



### Resultater

- Der foreligger ikke data til at kunne beskrive effekten af indsatsen.
- En rundspørge blandt de sundhedsprofessionelle viser, at indsatsen bidrager til øget viden om kompetencer på tværs af sektorerne.

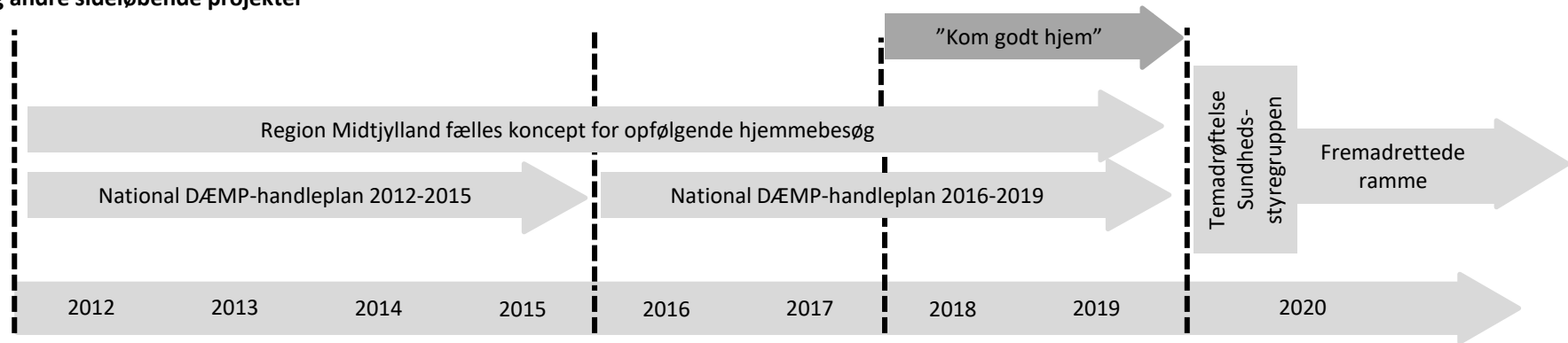


### Konklusion

- Der er fokus på, at udarbejde et skema, som alle kan læse og forstå, som fokuserer på en plan for behandlingen osv. Hensigten er at gøre det lettere at forstå, hvad der er på spil, og hvad der skal ske, med henblik på alle faggrupper kan arbejde ud fra oplysningerne.
- Indsatsen bidrager til et bedre samarbejde på tværs af sektorerne og deraf bedre patientforløb.

# Horsensklyngen: Kom godt hjem

## Baggrund og andre sideløbende projekter



### Målgruppe

- Særligt sårbare, og borgere som ikke er kendt af kommunen i forvejen, som udskrives efter hospitalsophold
- Bosiddende i Horsens



### Inklusions (1) og eksklusionskriterier (2)

- (1) Borgere som hidtidig er ukendt i kommunen
- (1) Borgere med særlige psykosociale problemstillinger
- (1) Borgere med væsentlig funktionsnedsættelse



### Intervention

- De kommunale udskrivelseskoordinatorer modtager en plejeforløbsplan (Medcom-dokument med faste punkter) fra hospitalet, som danner grundlaget for, om der skal tilbydes en samtale på hospitalet. De borgere som er nye til at modtage personlig pleje, samt de borgere som har en nyere funktionsnedsættelse tilbydes en udskrivessamtale. Det er udskrivelseskoordinatorens vurdering, om borgeren skal tilbydes yderligere indsatser. Udskrivessamtalen med en udskrivelseskoordinator og enkelte tilfælde "kom godt hjem" sygeplejerske foregår på sygehuset. Efter udskrivelsen er der en planlægningssamtale i hjemmet, hvor "kom godt hjem" sygeplejersken sammen med borgeren og pårørende planlægger den første tid i eget hjem og afklarer forventninger..
- "Kom-godt-hjem" sygeplejersken er ved borgeren hurtigst muligt efter udskrivelse. Formålet er, at sikre at borgerens hjem opfylder borgerens grundlæggende behov, samt at sikre de nødvendige hjælpemidler i hjemmet., er det en vigtig opgave, at koordinere og involveret aktuelle samarbejdspartnere i takt med borgerens tilstand ændres.



### Resultater

- VIVE foretager en kvalitativ og kvantitativ evaluering, som forventes udarbejdet i 2020.
- De foreløbige tilbagemeldinger fra borgerne og samarbejdspartnerne er positive i forhold til indsatsen.

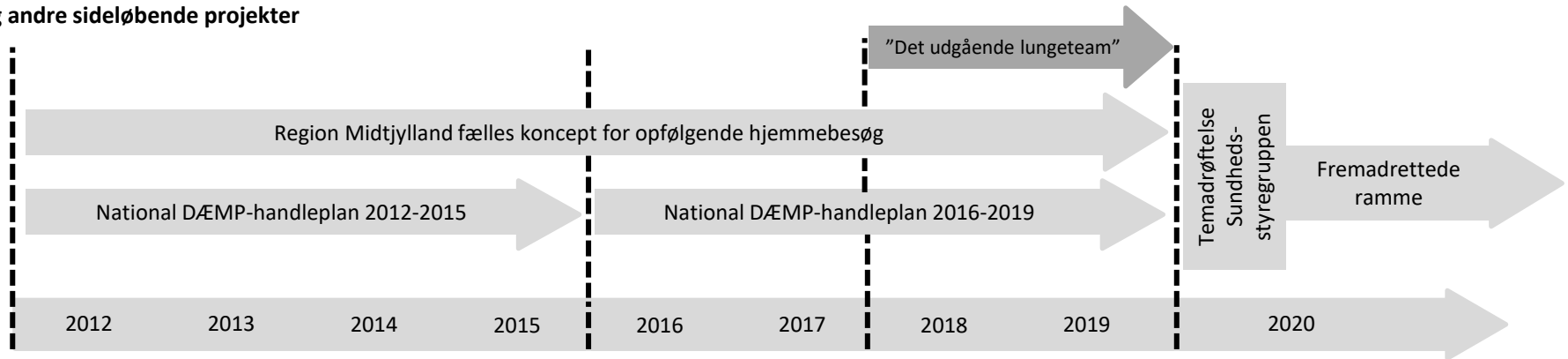


### Konklusion

- Som en del af projektet oparbejder der en relations dannelse på tværs af sektorerne. Dette sikrer et tættere samarbejde omkring den enkelte borger. Derudover bidrager projektet til en forventningsafstemning i forhold til borgerens situationelle behov.
- Indsatsen bidrager til den tværsektorielle relationsdannelse, som er vigtig for at sikre positive effekter.
- Det er oplevelsen, at "Kom-godt-hjem" sygeplejerskens indsats tidligt efter udskrivelsen har en effekt på de genindlæggelser, som kan forebygges. Men der foreligger ikke konkrete data grundet udfordringer med LPR3.
- Der arbejdes på at ansætte en pårørendekonsulent, som samarbejder med "Kom-godt-hjem" sygeplejersken, og på tværs af Sundhed og ældre

# Aarhusklyngen: Det udgående lungeteam

## Baggrund og andre sideløbende projekter



### Målgruppe

- Særligt udsatte KOL-patienter
- Bosiddende i Aarhus Kommune



### Inklusions (1) og eksklusionskriterier (2)

- (1) Borgere med KOL med FEV1 <50%, eller
- (1) Mindst en indlæggelsesdag og/eller to tabletbehandlede forværringer inden for det sidste år, eller
- (1) Borgere med særlig udfordringer, som f.eks. angst



### Intervention

- Interventionen pågår i borgerens eget hjem, hvor patienten, pårørende og plejepersonalet i hjemmeplejen undervises i symptomer, behandling og handleanvisninger af KOL. Akutlungeteamet står endvidere for rekvirering af hjælpemidler.
- Patienten, pårørende og plejepersonalet kan kontakte lungeteamet telefonisk døgnet rundt ved tegn på forværring.
- Patienten kan via telemedicin systematisk rapportere symptomer og målinger til lungeteamet via Ambuflex. Lungeteamet kan endvidere via telefon eller fra hjemmet igangsætte den relevante behandling i samarbejde med en lungemedicinsk læge.
- Patienten kan få en akut konsultation i KOL-klinikken, AUH, på baggrund af patientrapporterede oplysninger i Ambuflex, samtale i telefonen eller som følge af hjemmebesøg.



### Resultater

- Et pilotprojekt, som et retrospektivt follow-up studie, hvor patienterne er egen kontrolgruppe har vist en numerisk reduktion af antallet af indlæggelser, når det udgående lungeteam er tilknyttet.
- Projektets endelige resultater er ikke tilgængelige, da projektet nu er et ph.d.-projekt, som udføres som et RCT-studie.

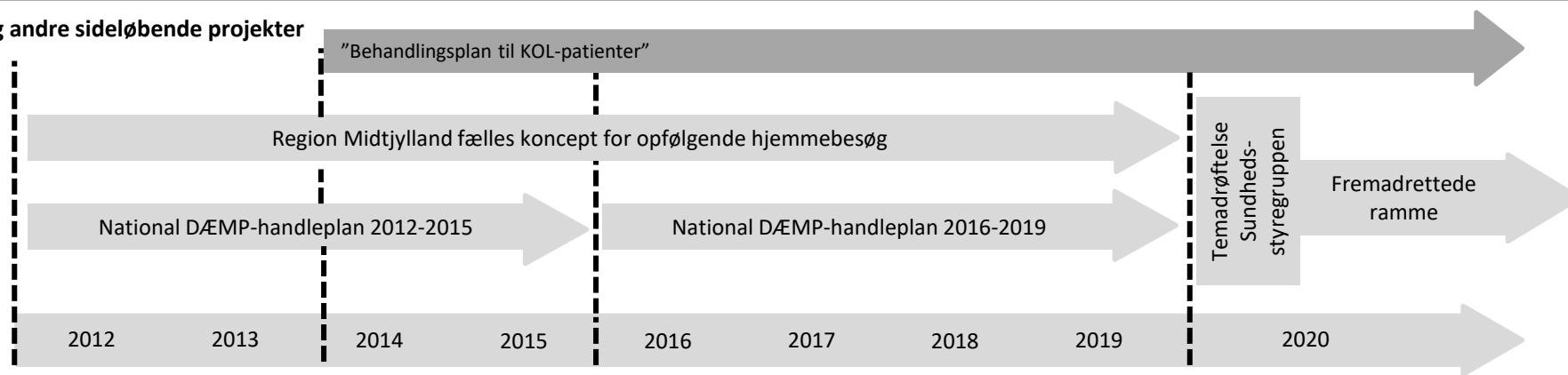


### Konklusion

- Borgerne har udvist en bred tilfredshed med indsatsen og efterspurgt denne. Hvis patienten deltager i projektet, kommer de ikke ind til ambulante kontroller.
- Det er vigtigt, at specialsygeplejersken og hjemmesygeplejersken mødes hos borgerne, da det fremmer kompetenceudviklingen.
- Vidensdeling på tværs af sektorerne og fagligheder er vigtigt. I projektet er der på en obligatorisk konference hver 14. dag, hvor patientforløbene gennemgås med et tværfagligt og tværsektorielt fremmøde.

# Midtklyngen: Behandlingsplan til KOL-patienter

## Baggrund og andre sideløbende projekter



### Målgruppe

- Særligt udsatte KOL-patienter
- Bosiddende i kommunerne i Midtklyngen



### Inklusions (1) og eksklusionskriterier (2)

(1) Patienter med KOL der udskrives efter indlæggelse



### Intervention

- Interventionen består af flere delelementer. I forbindelse med det oprindelige projekt er udarbejdet en app, hvor borgeren kan finde informationer om KOL. I forbindelse med udskrivelse lægges en individuel behandlingsplan i samarbejde mellem hospital, hjemmesygepleje, akutteam og egen læge/vagtlæge. Patienten indgår herefter på patientlisten KOL behandlingsplan. Hjemmesygeplejersken følger op med første besøg efter udskrivelse efter 24-48 timer. Hjemmesygeplejersken følger herefter op på borgerens KOL-status jvf behandlingsplan efter individuel aftale – dog minimum en gang om ugen. Hjemmesygeplejen har løbende adgang til råd og sparring p hospitalets vedrørende borgere på patientlisten KOL-behandlingsplan



### Resultater

- Et pilotprojekt på en lille interventionsgruppe viste gode resultater i forhold til genindlæggelse. Samtidig gav projektet større tryghed blandt borgere og pårørende.. Behandlingsplanen gav mulighed for at reagere proaktivt, og sætte ind tidligt ved forværring. Projektet fremmede også samarbejdet på tværs af sektorgrænser.

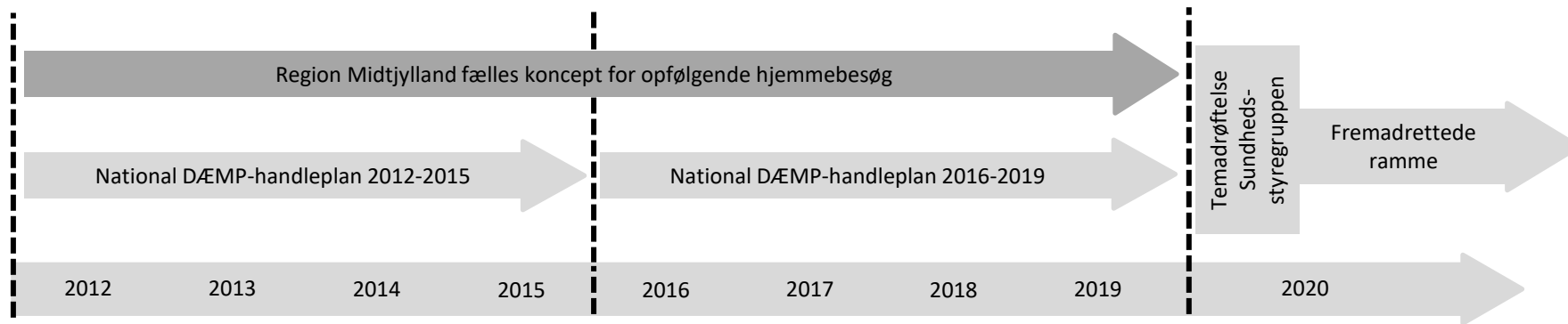


### Konklusion

- Indsatsen er på baggrund af de positive resultater implementeret i daglig drift

# Vestklyngen: Opfølgende hjemmebesøg

## Baggrund og andre sideløbende projekter



### Målgruppe

- +65 årige borgere
- Bosiddende i Vestklyngen



### Inklusions (1) og eksklusionskriterier (2)

- (1) Borgere med en score på 23 eller derover  
(Screeningsværktøj: Skema Opfølgende hjemmebesøg)



### Intervention

- Indsatsen består i, at borgerens egen praktiserende læge eller hjemmesygeplejersken sikrer, at foretage et opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse fra hospitalet.
- Ved det opfølgende hjemmebesøg, med deltagelse fra både lægen og hjemmesygeplejersken, gennemgås borgerens indlæggelsesforløb, medicin og den videre plan for forløbet og behandling.
- Besøget tilstræbes afholdt i borgerens eget hjem inden for den 1. uge efter udskrivelse.



### Resultater

- Tidligere undersøgelser har vist at opfølgende hjemmebesøg har effekt på genindlæggelser, samt at effekten er størst hvis besøget gennemføres indenfor 8 dage efter udskrivelse.
- Af tal fra oktober 2019 fra BI-portalen fremgår at 27,7% af patienter, der *ikke* har modtaget opfølgende hjemmebesøg genindlægges inden for 30 dage, mod 24,6% af de patienter, der *har* modtaget et opfølgende hjemmebesøg inden for 30 dage. Det vides ikke hvilke alternative tilbud gruppen der ikke har modtaget opfølgende hjemmebesøg har fået.
- Kun totalt set 5,2% af de +65-årige der udskrives fra hospitalerne i RM screenes mhhp opfølgende hjemmebesøg. Den højeste andel screeninger ses i HE Vest, hvor 17,4% screenes



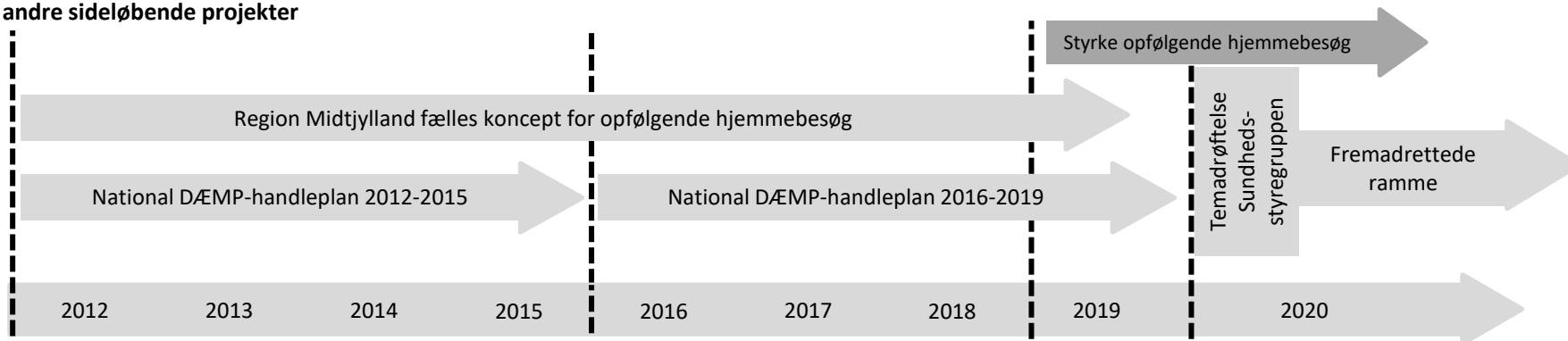
### Konklusion

- Med baggrund i resultaterne tegnes der et billede af, at det opfølgende hjemmebesøg har en effekt på genindlæggelser.
- Det er oplevelsen, at der er en succes med projektet, men at der samtidig er vanskeligheder med de organisatoriske forhold, som kan komplicere en spredning af indsatsen.



# Horsensklyngen: Styrke/øge antallet af de opfølgende hjemmebesøg

## Baggrund og andre sideløbende projekter



### Målgruppe

- +65 årige borgere, der har været i kontakt med sygehuset og almen praksis, og som har behov for hjælp i eget hjem.
- Bosiddende i Skanderborg kommune.



### Inklusions (1) og eksklusionskriterier (2)

- Borgere med;
- (1) svær og/eller flere sygdomme,
  - (1) begrænset egenomsorgskapacitet, samt svært/meget ændret funktionsniveau
  - (1) svagt eller manglende netværk
  - (1) større behov for pleje- og omsorgsbehov
  - (1) Polyfarmaci



### Intervention

- Skanderborg Kommune har i forvejen faste medarbejdere (brobyggere) på hospitalet med det formål at sikre en fremskud visitation.
- Brobyggerne er inde over alle borgerne, som udskrives fra Horsens Regionshospitalet. Brobyggerne sender et korrespondancebrev til lægen ved udskrivelse af borgeren.
- Brobyggerne vurderer i forbindelse med udskrivningen, om borgeren kunne have effekt af et opfølgende hjemmebesøg, og giver lægen besked.
- Praktiserende læge foretager eventuelt et opfølgende hjemmebesøg. Hjemmesygeplejersken deltager ikke. Hjemmesygeplejersken deltager kun hvis, at lægen tager initiativ til dette.



### Resultater

- Indsatsen monitoreres ikke, så det vides ikke om det har effekt
- Tror på det har betydning, hvis der kommer nogen på banen tidligt
- Godt for samarbejdet med almen praksis



### Konklusion

- Med baggrund i erfaringerne fra projektet arbejdes der med at udvikle en metode til at opspore de svageste borgere.
- Der arbejdes med en standard omkring, hvilken målgruppe der med fordel kan få et lægebesøg i hjemmet.