

Forebyggelse, sikkerhed og sammenhæng for patienter med hoftebrud

Indsats og udfordringer i forbindelse med samarbejde på tværs af sektorer i Horsens-klyngen. Evaluering

Anne Brøcker · Mille Kjærgaard Thorsen

PUBLIKATION AUGUST 2011

DSI

Dansk Sundhedsinstitut

Dampfærgevej 27-29

Postboks 2595

2100 København Ø

Tlf. +45 35 29 84 00

Fax +45 35 29 84 99

www.dsi.dk · dsi@dsi.dk


Dansk Sundhedsinstitut

DSI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilde. Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller gengiver DSI's publikationer, bedes sendt til instituttet.

Dansk Sundhedsinstitut
Dampfærgevej 27-29
Postboks 2595
2100 København Ø
Tlf. +45 35 29 84 00
Fax +45 35 29 84 99
www.dsi.dk · dsi@dsi.dk

ISBN 978-87-7488-680-8 (elektronisk version)
DSI projekt 2960

Design: DSI



Forord

Sammenhæng i indsatsen over for patienter på tværs af sektorer og øget fokus på forebyggelse er begge områder, der har fået stigende fokus gennem de seneste år. Denne rapport sætter lys på en konkret indsats, der har ambitioner vedrørende begge disse temaer for en udsat gruppe af borgere: ældre der har eller er i risiko for at få hoftebrud.

Rammen om indsatsen er Forløbsprogram for hoftebrud, udarbejdet og i gangsat af klyngestyregruppen omkring Regionshospital Horsens. Formålet med forløbsprogrammet er gennem en forebyggende indsats at reducere antallet af hoftebrud og efterfølgende indlæggelser, samt at optimere patientforløbene når skaden er sket, så patienten oplever, at der er sammenhæng mellem forebyggelse, behandling og rehabilitering.

Først og fremmest tak til de patienter, der har ladet os interviewe dem både under indlæggelsen og efterfølgende i deres hjem. Tak til afdelingssygeplejerske Lone Hauritz, Ortopædkirurgisk sengeafdeling, og hendes medarbejdere for ihærdig og energisk indsats for at sikre tilgang til data og finde patienter til deltagelse i undersøgelsen. Lone Hauritz var i den periode, hvor undersøgelsen blev gennemført, konstitueret som oversygeplejerske i Ortopædkirurgisk afdeling.

Tak til medlemmer af styregruppen for hjælp med information og kontakter. Tak til medarbejdere på hospitalet og i kommunerne og til de praktiserende læger, der alle beredvilligt har stillet deres viden og erfaringer til rådighed for undersøgelsen. Og endelig tak til projektleder Marie Brandhøj Wiuff fra DSI, der har været en uundværlig sparringspart i hele forløbet, og til projektassistenterne Louise Ladegaard og Iben Emilie Christensen, begge DSI, der har hjulpet med dataindsamlingen.

Evalueringen er finansieret af samarbejdsstrukturen Folkesundhed i Midten og Dansk Sundhedsinstitut. Rapporten er internt reviewet af undertegnede.

Jes Søgaard
Direktør, professor
Dansk Sundhedsinstitut

Indhold

Forord	3
Resumé	6
1 Om rapportens opbygning	9
2 Baggrund og formål	10
2.1 Forløbsprogrammet	10
2.2 Evalueringen	10
3 Primærsektoren om patientforløb og samarbejde	11
3.1 Overordnet betydning og værdi af forløbsprogrammet	11
3.2 Samarbejde og kommunikation mellem sektorerne	12
3.3 Intern organisering og implementering	14
3.4 Manglende udnyttelse af eksisterende viden	19
3.5 Teknologi og it-understøttelse	20
3.6 Borgernes/patienternes rolle	21
3.7 Forslag og input fra primærsektoren: Hvad fremmer samarbejde og gode patientforløb?	21
4 Hospitalet om patientforløb og samarbejde	23
4.1 Overordnet betydning og værdi af forløbsprogrammet	24
4.2 Samarbejde og kommunikation mellem sektorerne	24
4.3 Intern organisering og implementering	25
4.4 Teknologi og it-understøttelse	27
4.5 Forslag og input fra hospitalssektoren: Hvad fremmer samarbejde og gode patientforløb?	27
5 Det fælles møde: Gennemførsel af patientaudit	28
5.1 Hvem er det, der mødes?	28
5.2 Hvad sker der i mødet?	28
5.3 Overvejelser om det fælles møde	28
6 Patienternes perspektiv	30
6.1 Introduktion til de medvirkende patienter	30
6.2 Om faldforebyggelse	31
6.3 På sygehuset	32
6.4 Mødet med kommunen	34
6.5 Patientperspektiv på organisation	36
6.6 Om tryghed og utryghed	37
6.7 Tilfredshed trods bump på vejen	37
6.8 Diskussion med udgangspunkt i patientanalen	38

7	Når man ser det hele på tværs: Konklusion og anbefalinger	40
7.1	Fagpersonernes oplevelser af og holdninger til forløbsprogrammet	40
7.2	Patienterne/borgernes oplevelser	41
7.3	Samlet bud på konklusioner	41
7.4	Anbefalinger	41
8	Diskussion og perspektivering	44
9	Undersøgelsesdesign og metoder	45
9.1	Metodevalg i forbindelse med organisationsanalysen.....	45
9.2	Metodevalg i forbindelse med belysning af patientperspektivet	46
	Litteratur	47
	Bilag 1: Bilag 1.1 fra Forløbsprogram for patienter med hoftebrud	48
	Bilag 2: Sammenskrivning af auditskemaer	53
	Bilag 3: Spørgsmål til udskrivelsessamtaler på Regionshospital Horsens	55
	Bilag 4: Patientinformation fra Karolinska Sjukhuset	56
	Bilag 5: Interviewguide, Fokusgrupper, kommuner	59
	Bilag 6: Interviewguide, Fokusgrupper, Regionshospital Horsens	61
	Bilag 7: Interviewguide – Første interview: under indlæggelse	63
	Bilag 8: Interviewguide – Andet interview: efter udskrivelse	65
	Bilag 9: Observationsguide – udskrivningssamtaler	67

Resumé

De fire kommuner i Horsens-klyngen har sammen med praksis og Regionshospital Horsens, Brædstrup og Odder iværksat et Forløbsprogram for patienter med hoftebrud. Formålet med forløbsprogrammet er at forebygge hoftebrud og skabe gode og sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer, når skaden alligevel sker.

Forløbsprogrammet i praksis – hvordan opleves det af fagprofessionelle og patienter

Denne evaluering har fokus på processer – ikke effekter. Undersøgelsen fortæller, hvordan de fagprofessionelle i praksis, kommuner og på hospitalet oplever Forløbsprogram for patienter med hoftebrud, og hvordan de arbejder med det i deres hverdag. Samtidig belyser undersøgelsen patienternes oplevelser af forebyggende indsats, indlæggelse og overgang til eget hjem. Patient/borgerdelen af undersøgelsen fortæller, hvad der skaber tryghed og utryghed, når der er "bump" på vejen, samt hvordan patienter/borgere oplever og ønsker at blive inddraget i beslutninger omkring deres behandlings- og rehabiliteringsforløb.

Hovedkonklusioner

De fagprofessionelle, vi har truffet gennem interviewet, har kendt til forløbsprogrammet – dog tyder datamaterialet på, at informationsindsatsen i forhold til de praktiserende læger med fordel kunne være prioriteret højere. De involverede parter vurderer nytten af programmet forskelligt. Hospitalspersonalet synes i langt højere grad end det kommunale personale, at forløbsprogrammet giver mening i det daglige arbejde. En del af baggrunden for dette kan være, at forløbsprogrammet ikke er fuldt implementeret i den kommunale dagligdag. De interviewede praktiserende læger synes af forskellige årsager, at programmet er mindre relevant, både for praksis generelt og for dem personligt.

Både kommunale medarbejdere og personale på hospitalet giver udtryk for, at forløbsprogrammet er med til at give bedre sammenhæng i patientforløbet, blandt andet fordi kommunikationen omkring patienternes udskrivelse er rykket frem i forløbet. Samtidig peger undersøgelsen dog på, at der stadig er en række udfordringer med det tværsektorielle samarbejde. Især primærsektoren er meget opmærksom på uhensigtsmæssigheder i forbindelse med manglende muligheder for elektronisk kommunikation. Og især de kommunale medarbejdere giver udtryk for, at der stadig er langt fra regionen til den kommunale virkelighed. De kommunale medarbejdere efterlyser, at samarbejdet i højere grad end i dag tager afsæt i den kommunale dagligdag og de erfaringer, personalet her har. De praktiserende læger oplever, at forløbsprogrammet snarere er forstyrrende end understøttende for deres daglige arbejde.

Helt generelt giver patienterne/borgerne udtryk for at være tilfredse med den behandling, de har fået i forbindelse med indlæggelse, og de synes også overgangen til eget hjem og kommunal omsorg er gået godt.

De interviewede patienter/borgere giver også generelt udtryk for at have været trygge både under indlæggelse, og efter de er kommet hjem igen. Det er i forbindelse med brud i forløbet – for eksempel der hvor der er overgange mellem sektorer – at usikkerhed og utryghed opstår. Hjælpe midler som rollator er med til at give tryghed og frihed, men er også med til at definere en identitet som afhængig/udsat.

Patienterne giver udtryk for at være involverede i det omfang, de har behov for – de har tillid til, at de rigtige beslutninger bliver truffet. Samtidig kan det være svært at få spurgt om betydningen af noget, man ikke forstår i sin journal (for eksempel forhøjet levertal). De systemer, hospitalet har bygget op omkring information og inddragelse, sikrer hverken, at patienterne har fuldt styr på, hvad der er sket under indlæggelse, eller at personale og patienter er enige om, hvad der venter efter udskrivelse.

Alle de interviewede patienter har haft flere fald, før de blev indlagt med brud, men ingen af dem oplever sig selv som "én der går og falder". Derfor har de interviewede ikke talt med hverken personale på hospitalet eller praktiserende læge om faldforebyggelse. Det giver særlige udfordringer i forhold til den forebyggende indsats, for hvis man ikke anser sig selv for målgruppen for faldforebyggende tiltag, er man ikke tilbøjelig til at tage i mod tilbud, der specifikt retter sig mod denne problemstilling.

Opstillet i punktform afspejler undersøgelsens konklusioner vedrørende implementering, gennemslagskraft og oplevelse af forløbsprogrammet for hoftebrud en række andre erfaringer i forbindelse med implementering af forebyggelsestiltag og samarbejdsprojekter på tværs af sektorerne:

- Både hospital og kommuner har gjort en stor indsats i forbindelse med forløbsprogrammet, men man har alle steder en række områder, hvor der er behov for yderligere indsats hvis målene i forløbsprogrammet skal nås.
- Forebyggelse er svært – og det er svært at få borgerne i tale, inden de bliver patienter.
- Implementering tager tid – og jo mere kompleks en organisation man skal implementere i, jo større er udfordringen.
- Ressourcer spiller også ind – både på hospitalet og i kommunerne er der mange opgaver, som skal løftes, og der må dagligt prioriteres. Implementering af nye tiltag indgår i denne prioritering, og ind imellem må nye tiltag vige for daglig drift.
- Ledelsesmæssig fokus på opgaven har betydning for, hvordan den bliver prioriteret i forhold til andre opgaver.
- På trods af stor vilje fra alle parter er der stadig knaster i kommunikationen mellem sektorerne, og der kan være rigtig langt fra den ene frontmedarbejder til den anden.

- Det er ikke lykkedes at nå ud til alle praktiserende læger i klyngen og sikre opbakning og forankring til projektet.
- Patienter/borgere giver generelt udtryk for tilfredshed med deres forløb, også hvis de set udefra ikke har været optimale.
- Patienter/borgere får ikke en samlet gennemgang af indlæggelsesforløb, behandling og plan for det videre forløb i forbindelse med udskrivelse fra sygehus.
- Effektiv og velfungerende elektronisk kommunikation mellem sektorerne efterlyses!

Anbefalinger

De fagprofessionelle på hospitalet, i kommunerne og i praksis tager lidt forskelligt imod forløbsprogrammet. De fleste synes overordnet set, det er en god idé at arbejde med projektet og finder de fleste af indsatserne fornuftige. Alligevel er der, som det fremgår af ovenstående, stadig en række udfordringer. En stor del af disse har generel karakter. De handler om vilkår i sundhedsvæsenet og i offentlige organisationer, og om strukturelle barrierer der gør samarbejde svært.

Men undersøgelsen peger også på en række områder, hvor man inden for de givne rammer vil kunne arbejde med forbedringer. Rapportens anbefalinger er nedenfor angivet i punktform:

- Overvej flere fælles aktiviteter for frontmedarbejderne på tværs af sektorer og involver om muligt praksis. Overvej at lade sektorerne skiftes til at stå for tilrettelæggelsen, så ikke ét perspektiv bliver dominerende.
- Overvej om der er perspektiv i at skabe rammer for systematisk tilbagemelding fra primærsektor til hospital om, hvordan det går efter udskrivelse – eventuelt i forbindelse med konkrete forløb, man allerede inden udskrivning kan se vil være interessante, eller i forbindelse med forløb hvor primærsektoren oplever, at noget kunne være håndteret bedre under indlæggelsen.
- Overvej om elementer i forløbsprogrammet kan indarbejdes i de generelle arbejdsgange. Måske kan et kommunikationsredskab som ISBAR med fordel anvendes i forbindelse med dialog mellem fagpersoner om konkrete forløb, uanset om det handler om hoftebrud eller andre medicinske problemstillinger. Og måske kan spørgsmål vedrørende fald og kost indarbejdes i standarder for de samtaler, som de forebyggende medarbejdere bruger i forvejen.
- Overvej hvordan praksissektoren kan involveres tættere i arbejdet med forløbsprogrammet. Overvej om erfaringer fra praksis kan inddrages i forbindelse med revision af forløbsprogrammet – for eksempel vedrørende faldudredninger og de enkelte aktørers rolle i den forbindelse. Overvej

hvordan der kan arbejdes mere målrettet med information til de praktiserende læger.

- Overvej implementering af opfølgende hjemmebesøg i Horsens-klyngen og bidrag eventuelt til det generelle koncept med særlig fokus på ernæring og faldforebyggelse.
- Overvej hvordan eksisterende viden fra andre regioner kan inddrages i det videre arbejde med forløbsprogrammet. Og overvej at hente hjælp til implementering, for eksempel gennem de erfaringer, der er opbygget i Region Midtjylland gennem arbejdet med Kronikkerkompasset.
- Overvej hvordan man kan lære af de gode og hurtige forløb; kan andre patienter måske også udskrives endnu tidligere, hvis aftalerne er lavet på forhånd, og rammerne i kommunalt regi er på plads?
- Overvej hvordan de positive erfaringer med dokumentation i terapeutgruppen kan almenføres, også udover hospitalssektoren. Overvej hvad det er, der gør, at dokumentationen her tilsyneladende er bedre integreret i hverdagen.
- Overvej sprogbrug: Hvilke antagelser ligger der eksempelvis i et brev til ældre 75+ om faldforebyggelse, som mange i denne målgruppe ikke identificerer sig med?
- Overvej metode: Hvordan kan man ændre på eksempelvis kommunens henvendelse om faldforebyggelse, så den bliver mindre privat/mindre et tilbud om hjælp og i stedet mere et fritidstilbud? Kunne man forestille sig at indarbejde information om kost, faldteknik eller lignende i forskellige typer fritidstilbud, der retter sig til målgruppen? Det kunne for eksempel være fællesspisning, idræt, diskussionsklubber og udflugter.
- Overvej hvor initiativet i forhold til faldforebyggelse skal ligge: Hvordan flytter man initiativet til at diskutere faldforebyggelse fra patienten/borgeren til et andet sted i sundhedsvæsenet? Kunne man forestille sig, at de praktiserende læger i højere grad kunne tage initiativet til at diskutere faldforebyggelse med deres patienter i forbindelse med almindelig, løbende kontakt?
- Overvej udskrivelsessamtalens funktion: Skal den omhandle indlæggelsen på sygehuset, hvad der skal ske, når patienten bliver udskrevet, eller begge dele? For hvis skyld holdes samtalen, og hvad skal den bidrage med?
- Overvej spørgeteknik: Ville det være konstruktivt at bruge en udskrivelsessamtale til at spørge: *"Hvornår kommer hjemmeplejen hjem til dig?"*, *"Hvad skal de hjælpe dig med?"*, *"Hvem skal du aftale det med?"*, *"Hvilken medicin skal du tage, når du kommer hjem?"*, *"Hvor skal du hente det?"*, *"Hvem henter det til dig?"*, *"Hvilken træning skal du*

lave, når du kommer hjem?”, “Hvor skal du træne hende?”, “Hvilke hjælpemidler skal du have?”, i stedet for lukkede spørgsmål, der kun fordrer et ja eller et nej. Den samme spørgeteknik kunne man bruge i forhold til, hvad der er sket og på den måde søge at sikre, at patienterne har forstået, hvad der er foregået på sygehuset – særligt i forbindelse med hændelser, der ikke forløb som forventet.

- Overvej om man, i det omfang man allerede på skadestedet eller i ambulancen har mistanke om, at der er tale om en patient med hoftebrud, skal kommunikere med hospitalet om dette. Måske kan man præhospitalt tage prøver og i øvrigt forberede patienten til hurtig proces gennem akutafdelingen, eventuelt via udnyttelse af telemedicin?
- Overvej hvilke effekter det er realistisk at forvente vedrørende forløbsprogrammet på baggrund af den nuværende grad af implementering. Overvej at forlænge måleperioden. Overvej eventuelt i de første effektmålinger at lægge vægt specifikt på resultater, der er effekt af selve hospitalsforløbet. Overvej hvordan de ting, der måles på, kan bruges i det daglige arbejde med at følge op på implementering af forløbsprogrammet.

Metode

Denne evaluering er gennemført ved hjælp af kvalitativ metode. Evalueringen omfatter alene tre af de fire medvirkende kommuner, i det Odder Kommune først har påbegyndt implementering af forløbsprogrammet i 2011.

I forbindelse med organisationsdelen af analysen er gennemført i alt fire fokusgruppeinterviews med fagpersonale fra kommuner og hospital og to telefoninterviews med praktiserende læger. Derudover har projektleder og projektsistent fra DSI deltaget i to tværsektorielle audits og to møder i arbejdsgruppen for forløbsprogrammet.

Omkring patient/borgerperspektivet er der gennemført interviews med 4 kvinder med hoftebrud, både under indlæggelse og efter de er kommet hjem. For tre af de fire kvinders vedkommende har DSI også deltaget som observatører under udskrivelsessamtalen.

Interviews, observation og mødedeltagelse er suppleret med dokumentgennemgang af forløbsprogram og konkrete journal- og hjemmeplejedata. ■

1 Om rapportens opbygning

En evalueringsrapport om et forløbsprogram for patienter med hoftebrud handler om samarbejde på tværs af sektorer og om organisering og implementering internt i de involverede kommuner, i praksis og på hospitalet. I denne rapport har vi også valgt at inddrage patienternes perspektiv på samarbejdet. Derfor må rapporten nødvendigvis gå på tværs og beskæftige sig med alle de involverede aktører.

Det har ikke været helt enkelt at vælge, hvordan vi bedst muligt kunne præsentere de data, vi har fundet gennem vores undersøgelse.

En del temaer går igen, både i de to sektorer og når man anlægger en patientvinkel på tingene. På den baggrund kunne vi have valgt at temaopdele rapporteringen og blande tilbagemeldingerne fra de to sektorer for at give en flydende fremstilling.

I sidste ende fandt vi dog, at gentagelser nok ikke helt kunne undgås, uanset hvilken model vi valgte for præsentation af de fundne resultater. Så vi har valgt at beskrive resultaterne for de enkelte sektorer hver for sig. På den måde håber vi, at det bliver nemt for læserne at genkende egne problemstillinger, lære af de gode eksempler og justere hvor der er behov for det. Til gengæld har vi forsøgt os med en fælles opsamling og konklusion til sidst.

Det betyder, at rapporten indledes med et afsnit, der kort fortæller om ideen med Forløbsprogram for patienter med hoftebrud og samtidig præsenterer baggrund og formål for denne evaluering.

Derefter kommer et kapitel, hvor de resultater, der er fundet gennem interviews med fagprofessionelle i praksis og kommuner, beskrives. Tilbagemeldingerne handler blandt andet om, hvordan de fagprofessionelle i primærsektoren opfatter forløbsprogrammet. Samarbejdet med hospitalssektoren beskrives set fra primærsektoren, og de interne problemstillinger i kommuner og praksis i forbindelse med implementering af forløbsprogrammet beskrives. Derefter fortælles om efterspørgsel efter vidensdeling i sundhedssektoren og om behov for it-understøttelse af kommunikation mellem sektorerne. Også de kommunale medarbejders erfaringer med motivation af borgerne til forebyggende aktivitet rundes i dette kapitel. Kapitlet afsluttes med en række forslag og input fra de interviewede.

Derefter følger et kapitel, der beskriver verden set fra hospitalet. Også her beskrives, hvordan personalet opfatter forløbsprogrammet. Samarbejdet på tværs af sektorerne beskrives fra hospitalsvinklen, og de interne udfordringer og erfaringer med forløbsprogrammet beskrives. Teknologi og it-understøttelse behandles også i dette kapitel, og der sluttes af med forslag og input fra hospitalspersonalet til den videre proces.

Så følger et kort kapitel, som beskriver mødet mellem sektorerne, som det finder sted gennem fælles møder om forløbsprogrammet og afholdelse af fælles audits.

Derefter er det patienternes tur til at fortælle – i hvert fald er det patientperspektivet, der dominerer i det sjette kapitel. Her præsenteres de interviewede patienter og deres historier. Der fortælles om fald og faldforebyggelse set fra en borger/patient vinkel og om mødet med sygehuset i forbindelse med indlæggelse. Derefter fortælles om, hvordan det er at komme hjem efter en indlæggelse, og borgernes/patienternes synsvinkel på organisation og patientforløb beskrives. De interviewedes erfaringer med, hvad der giver tryghed, præsenteres, og der berettes om generel tilfredshed med de gennemlevede forløb. Kapitlet afsluttes med en diskussion af, hvad man kan lære af at se tingene fra hovedpersonernes synsvinkel.

Efter gennemgang af resultaterne fra sektorerne og patientperspektivet hver for sig samler det syvende kapitel op på tværs. Her gør vi forsøg på at lave fælles konklusioner og vover også konkrete anbefalinger i forhold til den videre proces.

Derefter diskuteres de overordnede resultater, og der forsøges med en perspektivering til udviklingen i sundhedsvæsenet mere generelt.

Endelig præsenteres den benyttede metode i det sidste og afsluttende kapitel.

God læselyst! ■

2 Baggrund og formål

Dette kapitel introducerer forløbsprogrammet og dets formål, målgruppe og opbygning. Derefter er formål og ramme for evaluering af forløbsprogrammet beskrevet.

2.1 Forløbsprogrammet

Hoftebrud er en af de 15 mest forekommende sygdomsgrupper i Danmark målt på antal sengedage ved somatiske hospitalsafdelinger (Sundhedsstyrelsen 2007). Samtidig er patienter med hoftebrud en udsat gruppe, idet det ofte drejer sig om ældre patienter med en række konkurrerende medicinske, kroniske eller akutte sygdomme. Hos 50 % af patienterne ses udover funktionstab en øget mortalitet efter operation. Hoftebrudspatienter er også i stor risiko for at dø inden for det første år efter operation. Af Referenceprogram for Patienter med Hoftebrud fremgår det, at denne gruppe patienter har en 1-års mortalitet på 15-25 %.

På den baggrund har Horsens, Hedensted, Ikast-Brande og Odder kommuner i samarbejde med Regionshospital Horsens, Brædstrup og Odder besluttet at iværksætte et forløbsprogram for hoftebrud.

De overordnede formål med forløbsprogrammet er dels at reducere antallet af hoftebrud og efterfølgende hospitalsindlæggelser, dels at optimere patientforløbene når skaden alligevel sker. Formålene er udspecificeret i forløbsprogrammet på denne måde:

- At sikre borgerne/patienterne et sammenhængende og optimalt forløb
- At sikre anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsigt
- At sikre fælles forståelse for opgavefordelingen, koordinering og kommunikation mellem alle involverede parter
- At sikre en fælles standard for forebyggelse, behandling og rehabilitering af borgere/patienter med hoftebrud.

Forløbsprogrammet er med henblik på opfyldelse af programets formål udarbejdet med udgangspunkt i en række evidensbaserede anbefalinger til:

- Den forebyggende indsats – anbefalinger til forebyggelse i kommuner og praksis
- Indsatsen under indlæggelse – anbefalinger til hospitalet
- Indsatsen efter indlæggelsen – anbefalinger til rehabilitering i kommuner og praksis
- Koordinering, kommunikation og samarbejde mellem sektorerne.

Arbejdet med forløbsprogrammet har taget udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for sådanne programmer (Sundhedsstyrelsen 2008) og har resulteret i en række konkrete anbefalinger inden for de ovenfor beskrevne områder. Anbefalingerne er specificeret i bilag, der beskriver formål, patientgruppe, fremgangsmåde, dokumentation og ansvarsfordeling.

Forløbsprogrammets bilag 1.1 om Primær forebyggelse af fald og hoftebrud er vist som eksempel i bilag 1 til denne rapport. Forløbsprogrammet indeholder i alt 40 af denne type anbefalinger/instrukser.

Den primære målgruppe for forløbsprogrammet er fagpersoner i almen praksis, på Regionshospital Horsens, Brædstrup og Odder samt i de medvirkende kommuner.

Implementering af forløbsprogrammet er sket gradvis. Regionshospital Horsens, Brædstrup og Odder har implementeret programmet i løbet af 2009, mens Horsens, Hedensted og Ikast-Brande kommuner har implementeret forløbsprogrammet med virkning fra 1. januar 2010. Odder Kommune har deltaget i planlægningsarbejdet, men først iværksat forløbsprogrammet fra 1. januar 2011.

2.2 Evalueringen

Horsens, Hedensted, Ikast-Brande og Odder kommuner har sammen med Regionshospital Horsens, Brædstrup og Odder søgt samarbejdsstrukturen Folkesundhed i Midten om midler til evaluering af forløbsprogrammet.

Evalueringen omfatter dels en effektanalyse, som varetages af Regionshospitalet og kommunerne, dels en procesanalyse, der varetages af DSI. Denne rapport formidler resultatet af procesevalueringen, der dels beskriver det organisatoriske perspektiv gennem interviews med de fagprofessionelle, dels beskriver patientperspektivet gennem interviews med patienter og observation af udskrivningssamtaler.

Formålet med procesevalueringen er at undersøge, hvordan forløbsprogrammet fungerer i praksis, herunder at identificere fremmende og hæmmende faktorer for at etablere et sammenhængende og optimalt forløb for patienterne/borgerne.

Det organisatoriske perspektiv tager afsæt i de fagprofessionelles vurdering og oplevelse af sammenhæng i forløbet på tværs af sektorer med fokus på:

- Parternes oplevelse af sammenhæng i patientforløbene
- Kommunikation og informationsudveksling på tværs af hospital og kommune, herunder om parterne oplever at få den relevante information på rette tid og sted
- Parternes kendskab til forløbsprogrammets anbefalinger, om de finder det muligt at følge anbefalinger, og om de giver mening i daglig praksis.

Patientperspektivet skal belyse forløbet med patienternes øjne med fokus på:

- Patienternes oplevelse af deres indlæggelse, overgangen til eget hjem og den kommunale indsats efter indlæggelsen
- Hvad der har betydning for, at patienter oplever tryghed i deres forløb
- Patienternes oplevelse af at være inddraget i beslutninger omkring deres behandlings- og rehabiliteringsforløb. ■

3

Primærsektoren om patientforløb og samarbejde

Kommuner og praktiserende læger har en væsentlig rolle i forbindelse med forløbsprogram for hoftebrud. Tre hovedområder er særligt vigtige for primærsektoren. Det drejer sig om forebyggelse af fald, genoptræning efter udskrivelse, og kommunikation og samarbejde med hospitalet i forbindelse med indlæggelse og udskrivning af en af kommunens borgere.

For at beskrive primærsektorens perspektiv på forløbsprogrammet er der gennemført fokusgruppeinterviews i tre af de medvirkende kommuner. I interviewene deltog fagprofessionelle fra kommunen. I et af fokusgruppeinterviewene deltog også kommunens praksiskonsulent. Derudover er gennemført telefoninterviews med to praktiserende læger, en fra hver af de to kommuner, hvor der ikke deltog praksiskonsulent i fokusgruppeinterviewet. Tema for alle interviewene har været samarbejde omkring forløbsprogrammet, betydning af forløbsprogrammet og beskrivelse af patientforløb og samarbejdsflader.

I det følgende beskrives først de hovedtemaer og problemstillinger, der er kommet frem gennem interviewene, og sidst i kapitlet beskrives en række både meget konkrete og mere overordnede forslag og overvejelser om samarbejde og implementering, der er udsprunget af interviewene.

Der udkrystalliseres seks hovedtemaer i interviewene:

- Overordnet betydning og værdi af forløbsprogrammet
- Samarbejde og kommunikation mellem sektorerne
- Intern organisering og implementering
- Udnyttelse af eksisterende viden
- Teknologi og it-understøttelse
- Borgernes/patienternes rolle.

3.1 Overordnet betydning og værdi af forløbsprogrammet

I dette afsnit præsenteres de synspunkter, som de fagprofessionelle i primærsektoren har præsenteret os for, i forhold til værdi og betydning af forløbsprogrammet for deres daglige praksis.

Både de kommunale repræsentanter og de praktiserende læger, der har deltaget i interviewene, giver udtryk for, at forløbsprogrammet for hoftepatienter ikke har haft den store betydning for deres dagligdag. Programmet omhandler i vid udstrækning ting, man allerede vidste og gjorde. Dette budskab går igen i alle kommuner og på tværs af faggrupper. En af de interviewede giver udtryk for, at en af grundene til, at det har været svært at skabe engagement i forløbsprogrammet, er, at det i vid udstrækning handler om kendte problematikker og indsatser. Det kan være nemmere at skabe interesse, når de tiltag, der kommer på banen, bidrager med nye ideer.

Heller ikke i forhold til kommunikationen med hospitalet vurderer de interviewede, at forløbsprogrammet har haft betydning: man gør som man plejer. Man bruger for eksempel ikke de beskrevne dialogredskaber (ISBAR) i kommunikationen med hospitalet omkring indlæggelse og udskrivning.

De interviewede peger også på, at det at lave særprogrammer for borgere med særlige diagnoser er kompliceret i den kommunale virkelighed. Det samme personale varetager tilbud og behandling af borgere/patienter med en lang række forskellige problemstillinger. Det er svært at huske, når der er særlige programmer, som kun gælder mindre grupper. Når man er i dialog med borgeren, bliver del-programmerne en brik i helheden. Indimellem kan det være svært at nå omkring det hele, og borgeren orker måske ikke at tage stilling til alting. Så må man som personale prioritere, og så er det måske nogle af de mere specifikke tiltag, der kun er rettet mod nogle af borgerne, man ikke når.

Også praksis giver udtryk for, at fokus herfra er på den hele patient, ikke på delelementer. Derfor opleves skemaer, der har så specifik fokus på et enkelt delområde som det, der ligger i forløbsprogrammet, ikke som nyttigt i det daglige arbejde.

Samtidig peger flere af de interviewede på den store mængde af information, initiativer og projekter fra regionalt hold som en udfordring i forhold til dagligdagen. En af de interviewede praksislæger udtrykker det på denne måde:



Og der er et stort kommunikationsproblem, ja alle steder, det er at regionen de vælter information ned over os. Vi bliver bombarderet med nye tiltag fra regionen hele tiden. Og derfor når der så kommer et brev om, at nu har kommunen en fysioterapeut, som kan tilbyde noget her, jamen det forsvinder i alt det andet. Der sker for mange ting. Mine kolleger har det sådan, at når de hører, at nu er der et hofteprojekt her, så 'Åh nej – endnu nogen, der skal have tiden til at gå med at lave et projekt'.

Implementering af forløbsprogrammet i det kommunale system er kompliceret og ressourcekrævende. Der er mange enkeltpersoner og faggrupper involveret, og det er vanskeligt at nå helt ud i systemet. Derfor er flere af de interviewede også forbeholdne over for ideen om forløbsprogrammer på andre områder. Der er stor opmærksomhed på, at nye tiltag skal give en bedre løsning, fordi nye initiativer betyder flere skemaer og mere arbejde – der er mange regler og retningslinjer på alle områder. Samtidig kan det være svært at rumme nye enkeltprojekter på konkrete områder, når der på det generelle niveau stadig er meget, som halter. En af de interviewede udtrykker det på denne måde:



I hverdagen tænker jeg lidt, at der er så mange af de grundlæggende ting såsom kommunikation, der bare ikke fungerer. Derfor kan det være svært at tænke 'yes' – nu skal vi ... Man kan godt mangle grundlaget – specielt med de elektroniske beskeder. Det skal fungere, før man kan have armene i vejret. Men det er da kun af det gode at have fokus på tingene, men i praksis kan de føles som 'puh ha'.

Som positive effekter af forløbsprogrammet peger flere af de interviewede på, at det, at der er et særligt program, giver ekstra opmærksomhed omkring specielle problemstillinger. Opmærksomheden omkring fald har fået et boost, og det har sat tanker og initiativer i gang lokalt omkring muligheder for forebyggelse. Der er også flere, som peger på, at de skemaer og redskaber, der bruges i forløbsprogrammet, er gode.

3.2 Samarbejde og kommunikation mellem sektorerne

Dette afsnit handler om, hvordan repræsentanter fra primærsektoren oplever det daglige samarbejde og den daglige kommunikation mellem praktiserende læge, hjemmepleje og hospital. Afsnittet er opdelt, så det først beskriver de udfordringer, der følger af ændret hospitalsstruktur og det løbende arbejde med at accelerere patientforløbene. Derefter beskrives, hvordan samarbejdet mellem sektorerne stadig opleves som et møde mellem to forskellige verdener og kulturer – på trods af stor velvilje fra begge parter til at samarbejde. Endelig handler sidste del af afsnittet om, hvordan den daglige kommunikation mellem sektorerne opleves fra primærsektoren.

Samarbejde og kommunikation mellem sektorerne har høj fokus og prioritet i forløbsprogrammet for patienter med hoftebrud. Der er derfor også talt en del om dette i forbindelse med fokusgruppeinterviewene. Generelt oplever de interviewede, at der er et godt samarbejde mellem sektorerne, og at tingene til daglig fungerer godt – også i forbindelse med patienter/borgere med hoftebrud. Samtidig er der dog kommet en del problemområder på bordet, hvor der er ønske om forbedring af samarbejdet. Nedenstående afsnit afspejler de områder, hvor medarbejderne i kommunerne har peget på udfordringer i forbindelse med samarbejdet omkring forløbsprogram for hoftebrud, herunder samarbejde mellem sektorerne mere generelt.

3.2.1 Hospitalsstruktur og accelererede patientforløb

Dette afsnit handler om, hvordan ændringer i hospitalsstruktur og arbejde med intensivering af patientforløb på hospitalerne påvirker primærsektoren, og hvordan dette får betydning i forbindelse med implementering af et konkret projekt som forløbsprogram for patienter med hoftebrud.

For kommunerne er det helt generelt komplekst og besværligt, at borgerne i kommunen hører til forskellige hospi-

talers optageområde. Man skal som kommune deltage i forskellige samarbejdsfora, og de aftaler, der laves med et hospital, gælder måske ikke, når man samarbejder med et andet hospital.

I forbindelse med et projekt som forløbsprogrammet for hoftebrud bliver udfordringerne ved de seneste års udvikling på hospitalsområdet tydelige. Især en af de involverede kommuner har kun få borgere, som indlægges på Regionshospitalet Horsens i forbindelse med hoftebrud. Det gør det svært at implementere nye aftaler og fastholde fokus og interesse hos personale og praktiserende læger. En af de interviewede siger det lige ud: *"Forløbsprogrammet er gået i glemmebogen, fordi vi ikke har mødt relevante borgere i vores hverdag"*.

Interviewene peger også på en anden kendt problemstilling: De accelererede patientforløb på hospitalerne giver overløb til kommunerne. Når patienterne udskrives tidligere, stiller det nye krav til kommunernes indsats med hensyn til behandling, pleje og praktisk hjælp. Samtidig er der ind imellem kun kort tid til at få de praktiske aftaler og rammer for borgeren på plads, inden han eller hun er hjemme igen. Så selvom man er enige om den overordnede målsætning, at patienterne skal have den bedst mulige behandling – og skal hjem igen, når de ikke længere kræver hospitalsbehandling, betyder nye forløbsprogrammer, som har fokus på at få patienterne hurtigere igennem hospitalsopholdet, øget pres på de kommunale systemer.

For de praktiserende læger har de mange strukturforandringer og hospitals- og afdelingssammenlægninger også betydning for samarbejdet. Det er blevet sværere at finde rundt på hospitalerne – at finde ud af hvem man skal tale med. Hvor man tidligere kendte hinanden, fordi patienterne fra lokalområdet kom på det lokale hospital, skal man nu som praktiserende læge forholde sig til mange hospitaler, mange afdelinger og skiftende personale. Som en af de interviewede siger:



Det personlige kendskab og den personlige kontakt er gået fløjten.

Dette bliver især et problem, når de elektroniske redskaber, der skulle understøtte hurtig og effektiv kommunikation, ikke kommer på plads i takt med de mange forandringer.

3.2.2 To verdener

Det fremgår både direkte og indirekte af de gennemførte interviews, at de kommunale medarbejdere oplever, at der trods godt samarbejde er tale om et møde mellem to forskellige verdener, som ikke rigtig har fælles forståelse og sprog. Dette afsnit handler om, hvordan dette får indflydelse på arbejdet med forløbsprogrammet i primærsektoren.

Et typisk og tydeligt eksempel på dette er, at man i hospitalsregi taler om patienter, mens man i hele den kommunale

sektor taler om borgere. Til illustration er vi under interview faldet over en sproglig nydannelse, nemlig Hoftebrudsborgere. Citatet illustrer samtidig en tidligere nævnt udfordring for projektet, nemlig at der i en enkelt af kommunerne kun har været meget få konkrete eksempler på indlæggelse med hoftebrud på Regionshospital Horsens:



Vi har stort set ikke haft hoftebrudsborgere, som blev sendt til Horsens, så vi har ikke kunnet følge programmet slavisk. Det er vores udfordring!

I en af kommunerne fortæller personalet, at de har lavet deres egen udgave af både forløbsprogrammet og kommunikationsredskabet ISBAR, fordi man på den måde kan få sproget i redskaberne til at passe med den virkelighed, medarbejderne står i: "Vhar lavet en kommuneudgave, så ordene passer mere til vores virkelighed og dagligdag. Så vi kan bruge modellerne".

Et andet eksempel kan også være med til at belyse de kommunale medarbejders oplevelse af, at der er langt mellem region, hospital og kommune og den måde, man ser verden på. Både praktiserende læger og medarbejdere i kommunerne giver udtryk for, at de oplever, at der er forskel på hospitalsverdenen, hvor man ser på den indlagte som en patient, der fejler noget bestemt, og på aktørerne i primærsektoren der ser på alle omstændighederne omkring borgeren. Det betyder, at vurderingen af, hvad den enkelte borger/patient kan klare, er forskellige i de to forskellige sammenhænge. Nedenstående udsagn fra et af interviewene illustrerer denne opfattelse:



Problemet er, at patienten ligger på en afdeling, der har fokus på én ting, der ser ud til at være i orden, mens der er andre ting, der slet ikke er i orden, men som man ikke har fokus på. Det kunne måske forebygges, hvis en sygeplejerske var med til udskrivningssamtalen. Hospitalerne vurderer patienterne godt nok i forhold til deres verden, men der er så mange andre ting. Der er også ting, som man kan/må på hospitalet, som man ikke må i patientens hjem. Så der er mange problemer, som man ikke ser på hospitalet.

Også vedrørende genoptræning er der eksempler på, at medarbejdere i kommunerne oplever, at hospitalspersonale og kommunalt personale ikke har en fælles forståelse af rammerne for opgaven omkring patienter med hoftebrud. Nogle af de interviewede kommunale medarbejdere, der til daglig har ansvar for genoptræning af borgere i hjemmet, oplever, at patienter og pårørende har urealistisk høje forventninger til, hvad der kan opnås med genoptræning efter udskrivelse. En af de interviewede udtrykker det på denne måde:

"Nogle patienter på plejehjem med en genoptræningsplan er så dårlige, at man praktisk ikke kan gøre noget. Det er også et problem, at man ikke ser på forventninger fra hospitalets side. Hvad er det, man tror, at patienten kan opnå?"

Gennem interviewene belyses også, at det er svært for de enkelte medarbejdere i kommunerne og i praksis at følge med i og have overblik over, hvordan organisationen af patientforløbene er på hospitalet. Som eksempel på dette kan nævnes, at hjemmesygeplejerskerne er i tvivl om, hvorvidt der laves faldudredning på hospitalet i forbindelse med indlæggelse for hoftebrud. Et andet eksempel er, at de praktiserende læger nok ved, at man arbejder med inddragelse af geriatri i forbindelse med hoftebrudspatienterne, men den konkrete organisering af patientforløbene er ikke kendt. Også hjælpemiddelområdet fremdrages af de kommunale medarbejdere som et område, hvor der stadig er usikkerhed og forskellige forståelser for, hvem der gør hvad i forbindelse med udskrivning – for eksempel i forbindelse med patienter med hoftebrud. En medarbejder i en af kommunerne siger:



Vi kan ikke bare 'rende ned i kælderen' og hente en masse hjælpemidler. Sygehuset forventer, at hjælpemidlerne lige er der, især hvis borgerne kommer på en aflastningsplads. Men hjælpemidlerne er der ikke! Så må de få dem med fra sygehuset.

3.2.3 Kommunikation mellem sektorerne

Kommunikation både internt i organisationerne og mellem sektorerne spiller en fremtrædende rolle i forløbsprogrammet. Kommunikation har også fyldt en del som tema i fokusgruppeinterviewene med primærsektoren.

I dette afsnit ses på kommunikationen mellem sektorerne med udgangspunkt i kommunernes synsvinkel. De interviewede forholder sig både til kommunikation mellem sektorerne mere generelt og konkret i forhold til forløbsprogram for patienter med hoftebrud. Afsnittet handler også om konkrete erfaringer med kommunikationsredskabet ISBAR¹. Flere af de interviewede har nævnt en række problemstillinger i forbindelse med it og teknologisk understøttelse af kommunikationen. Disse problemstillinger behandles i et afsnit for sig og berøres altså ikke her.

På det helt overordnede niveau oplever de fleste af de interviewede, at der generelt set er en god kommunikation mellem hospital og kommune om indlæggelser og udskrivinger. Som nævnt i ovenstående afsnit vurderes det ikke fra kommunal side, at forløbsprogrammet for hoftebrud har betydet, at man kommunikerer anderledes om denne type indlæggelser end om andre indlæggelser.

1 ISBAR står for Identifikation (af dig selv og patienten), Situation, Baggrund, Analyse, Råd (hvad skal/anbefaler jeg i denne situation?).

Men samtidig med, at man gennem sundhedsaftaler og daglig praksis har opbygget velfungerende mønstre for kommunikation og samarbejde, er der også områder, hvor kommunikationen omkring de konkrete patientforløb stadig lader noget tilbage at ønske. Helt konkret er der i en af kommunerne en sygeplejerske, der undrer sig:

“

Jeg synes, jeg i tidernes morgen hørte, at de lavede faldobservationer inde på sygehuset, så behøver jeg jo ikke lave dem når de kommer hjem. Det er ikke en del af kommunikationen. Jeg ved ikke om de har dem liggende, men vi bare ikke får dem.

De kommunale medarbejdere oplever heller ikke, at intentionen i forløbsprogrammet om tidligst mulig besked til kommunen om indlæggelse og planer for den enkelte altid opfyldes. Tidspunktet for mere præcis dialog omkring den enkelte indlagte varierer en del, og i de tilfælde, hvor elektronikken af en eller anden grund glipper, kan det være lidt tilfældigt, hvordan og hvornår kommunen får besked om en indlæggelse.

I forløbsprogrammet er ISBAR beskrevet som en skabelon for kommunikation omkring borger/patient både internt på hospitalet, hospital og primærsektor imellem og som internt redskab i kommunerne. Ingen af de kommunale medarbejdere bruger ISBAR til kommunikation med hospitalet omkring hofte-brudspatienter – her gør man, som man plejer. Udskrivningskonferencer bruges ikke så ofte, og de kommunale medarbejdere giver også udtryk for forskellige holdninger til udskrivningskonferencer. I to af kommunerne finder man niveauet passende – og passende lavt, mens man i den sidste kommune synes, det er en mulighed, som burde udnyttes oftere. Så her står hospitalet over for tvetydige meldinger. I nogle kommuner synes man, at tingene fungerer på et passende niveau, mens i hvert fald enkelte medarbejdere i en anden kommune synes, at der burde kommunikeres mere omkring den enkelte patient i forbindelse med udskrivning – gerne i form af fælles udskrivningskonferencer. Konkret oplever sygeplejerskerne i kommunerne ikke, at hospitalet i forbindelse med udskrivning af hoftebrudspatienter gør særlig opmærksom på faldrisiko og faldforebyggelse. En sygeplejerske fortæller: "Jeg kan ikke huske, at jeg har snakket med hospitalet om faldforebyggelse. Når vi får udskrevet folk, der har været svækkede, tænker vi selv som sygeplejersker, at vi skal have faldudredning, det nævner hospitalet ikke".

I det hele taget efterlyser kommunerne (to ud af tre steder), at hospitalet i forbindelse med udskrivning af patienter med hoftebrud gør opmærksom på, at der er tale om en patient, som indgår i et særligt forløbsprogram. Det er svært for visitatorer og hjemmesygeplejersker at holde rede på alle de forskellige tilbud og programmer, der er i forskellige sammenhænge. Derfor ville det være en hjælp, hvis man i den konkrete dialog mellem hospital og kommune nævnte det,

hver gang der er tale om en patient/borger, som indgår i et særligt forløb. Dette ønske illustreres af nedenstående udsagn fra en af de interviewede:

“

Det er ikke sådan, at vi synes, vi får en klar melding om, at nu er det en hoftepatient, og nu er det her i forløbet, I er, eller vi skal være opmærksomme på det her, eller de spørger til nogle specielle ting. Det synes vi ikke. Det kunne hjælpe os rigtig meget, hvis det var sådan vi kunne tjekke, at når der kom en melding om borgeren og diagnosen, og det er det her, så husk nu lige ...! Men vi skal selvfølgelig være ansvarlige for selv at vide, at det kan være det. Men ...

Forløbsprogrammet lægger op til, at hospitalet skal orientere kommunerne, hvis der indlægges personer, som er faldet og vurderes at være i risiko for at falde igen – også selvom de ikke får konstateret brud. En enstemmig tilbagemelding fra kommunerne går på, at dette ikke sker. Ingen af de interviewede havde oplevet en sådan henvendelse fra hospitalet. En fortæller:

“

Altså, noget af det vi havde tænkt, vi fik, det var jo også henvendelse omkring de borgere, der ikke skal have hjælp. Det ligger jo faktisk beskrevet, at de skal tilbydes et opfølgende besøg, men det har ingen fra os eksempler på, at vi har ...

Interviewene har dog ikke alene handlet om problemer. Der er også fortalt om god kommunikation og godt samarbejde mellem hospital og kommune. Som et konkret eksempel er nævnt de rapporter vedrørende funktionsniveau, der udarbejdes på hospitalet i forbindelse med blandt andet hoftepatienterne. Rapporterne er udformet efter international ICF-standard², er fyldestgørende og giver god information, som man kan handle på i kommunen.

3.3 Intern organisering og implementering

Intet program er bedre end den implementering, der foregår, efter programmet er beskrevet og vedtaget. Og det er en kendt sag, at det kan være vanskeligt at sikre implementering helt ud i organisationen. Vedrørende forløbsprogram for hoftebrud er der tale om en række involverede organisationer og niveauer, der alle har en implementeringsopgave. Dette afsnit beskriver således nogle af de problemstillinger, der gennem interviewene er blevet nævnt i forbindelse med implementering i kommunerne og blandt de praktiserende læger.

2 ICF er Verdenssundhedsorganisationen WHO's internationale klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand.

Afsnittet er delt op, så den organisatoriske kompleksitet på kommunalt niveau beskrives indledningsvis.

Derefter redegøres for vilkårene for indførelse af nye projekter i et underafsnit vedrørende ressourcer. Så følger en række betragtninger om ledelsesmæssigt engagement og styring, som informanterne har peget på som væsentlige i forbindelse med indføring af nye tiltag som forløbsprogram for hoftebrud. Derefter følger en beskrivelse af de knaster omkring inddragelse af de praktiserende læger, de interviewede i primærsektoren har peget på. Endelig beskrives en række konkrete udfordringer, informanterne har stået overfor i arbejdet med implementering af forløbsprogrammet.

I alle de kommuner, vi har besøgt, har vi mødt engagerede medarbejdere, som gerne vil forbedre borgernes hverdag og forebygge fald og indlæggelse. Vi har også mødt personale, som har brugt meget tid og energi på at formidle forløbsprogrammet i egne rækker.

På trods af den store indsats har gennemgangen af interviews fra de tre kommuner givet os et billede af en implementeringsproces, der er forløbet forskelligt fra kommune til kommune og fra distrikt til distrikt. Resultatet er, at kendskab til og brug af redskaber og sprog i forløbsprogrammet er meget varierende, både kommunerne imellem og internt i den enkelte kommune.

Gennem samtaler med medarbejdere, der har daglig praksis blandt borgerne, er der blevet rejst en række problemstillinger, som har betydning for implementering af forløbsprogrammet i kommunerne.

Set helt overordnet peger de kommunale medarbejdere især på to udfordringer i forbindelse med implementering af forløbsprogrammet i kommunerne. For det første er der tale om en organisatorisk udfordring i hver enkelt af kommunerne, fordi der er mange personer involveret – det er svært at nå ud til alle, og svært at få opbygget systemer, så kompetencer og fokus fastholdes over tid og på trods af udskiftning af personale mv. For det andet er der som i alle andre sammenhænge tale om knappe ressourcer, der skal prioriteres. Ikke alle gode ideer lader sig realisere, fordi de kræver tilførsel eller omprioritering af ressourcer.

Derudover er der en række konkrete forhold, der varierer fra kommune til kommune. I det følgende beskrives først de overordnede udfordringer, herefter tages fat på en række mere konkrete problemstillinger.

3.3.1 Organisatorisk kompleksitet og strukturelle forhold

I primærsektoren har de praktiserende læger en central rolle både i forebyggelse og i opfølgning omkring forløbsprogrammet. Det samme har en række aktører i kommunerne. Implementering af forløbsprogram for hoftebrud involverer således en lang række personer og faggrupper i primærsektoren. I dette afsnit beskrives, hvilke faggrupper der på kommunalt niveau er involveret i implementering og vedligeholdelse af forløbsprogrammet, og hvilken betydning den kommunale organisation har for implementeringsprocessen. Herefter be-

skrives, hvilke udfordringer repræsentanter for praksissektoren ser i den typiske tilrettelæggelse af tværsektorielle udviklingsprojekter – herunder dette i forhold til inddragelse af praksis.

I alle medvirkende kommuner har man en række forskellige funktioner og faggrupper, der er involveret i forløbene for de enkelte borgere. Figur 1 illustrerer kompleksiteten i implementeringsopgaven. Figuren er konstrueret med inspiration fra de medvirkende kommuner. I praksis er der lokale forskelle på organisationen. Der er altså både visitatorer, distriktsledere, hjemmesygeplejersker, social- og sundhedshjælpere, forebyggende medarbejdere og ergo- og fysioterapeuter involveret i processerne vedrørende forløbsprogrammet.

Til yderligere illustration af opgavens omfang er der i én af de medvirkende kommuner følgende antal medarbejdere fordelt på fire hjemmepleje distrikter og et træningsdistrikt (personale i køkkenområdet ikke medregnet):

Tabel 1. Antal kommunale medarbejdere i én af de medvirkende kommuner, der er involveret i arbejde med forløbsprogrammet

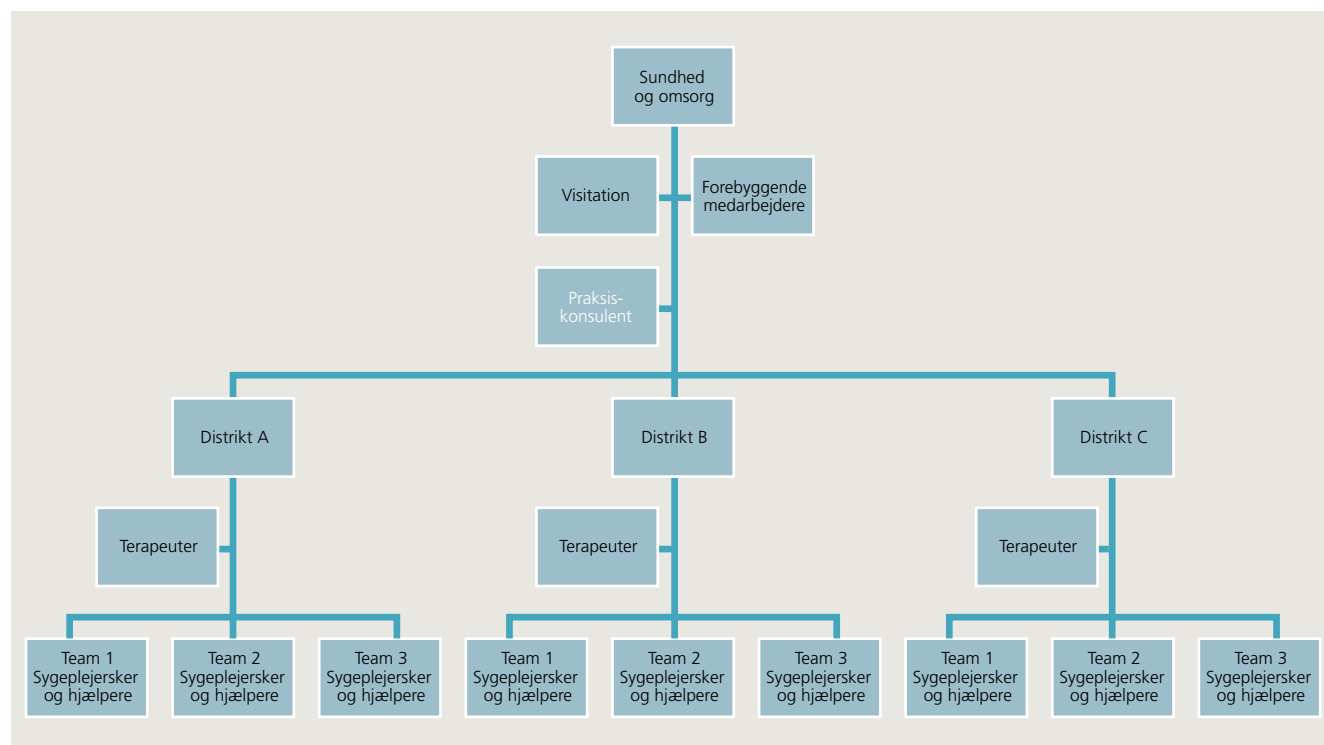
	Antal områder/medarbejdere
Hjemmeplejeområder	4
Træningsområdet	1
Køkkenområdet	1
Terapeuter	12
Hjemmesygeplejersker	44
Forebyggersygeplejersker	2
Demenssygeplejerske	1
Hjælpere, assistenter mv.	539

Kommunerne har haft mellem 1 og 3 repræsentanter i den arbejdsgruppe, der har udarbejdet forløbsprogrammet³. Ved den efterfølgende implementering af indsatsen har alle ovenstående dele af organisationen skullet inddrages og alle medarbejdere informeres.

Informanterne oplever det som et problem at nå helt ud i organisationen. Selvom man organiserer undervisning ad flere omgange, vil der altid være nogen, som ikke har mulighed for at deltage, og der sker også løbende udskiftning af personalet. Samtidig er det en udfordring, at der er store forskelle på, hvor ofte den enkelte medarbejder vil blive involveret i en konkret indsats i forhold til en borger. Dermed er der risiko for, at viden forfalder. Det er en kendt problemstilling, at ny viden er vanskelig at fastholde, og at man skal have ting at vide flere gange for at huske dem.

3 Se Forløbsprogram for patienter med hoftebrud s. 6, sammensætning af gruppen.

Figur 1. Illustration af den kommunale organisation, som forløbsprogrammet skal integreres i



Samtidig er de kommunale organisationer som grundstruktur ikke bygget op omkring opgaverne i forbindelse med forløbsprogram for hoftebrud. Derfor oplever medarbejderne ikke nødvendigvis, at de kender hinanden og ved, hvad de forskellige medarbejdergrupper forskellige steder i organisationen kan byde ind med. At alle led i organisationen ikke kender hinanden og arbejder sammen, selvom de har med samme målgruppe af borgere og problemstillinger at gøre, kan belyses af nedenstående citat fra et af interviewene:

“

Vi har jo også nogle forebyggende sygeplejersker... men dem har vi jo ikke så meget at gøre med... rent organisatorisk er de en del af kommunen... men de kører lidt deres eget løb.

De interviewede peger også på, at faggrænser og arbejdsdeling mellem faggrupper kan udgøre et problem for helheden. En af de interviewede siger det sådan: "Hvem skal gøre hvad? Det er fysioterapeuterne, der står for træning, det er ikke sygeplejerskerne. Her er måske et problem i, at man skal henvise til hinanden. Man gør det, man er bedst til, og så tabes resten måske på vejen".

Især i én af kommunerne er medarbejderne opmærksomme på positive erfaringer fra andre kommuner. Her henviser man til gode erfaringer med teamdannelse og personer, der er dedikeret til faldudredning og -opfølgning. Det kommer for eksempel til udtryk på denne måde:

“

Jeg har undret mig meget over, at man ikke har haft en fast faggruppe, der næsten ikke laver andet end faldudredning. I vores kommune kører den over mange forskellige, og dermed er der mange ældre, der når at falde mange gange, inden man fanger dem. Det skrives måske i journalerne, at personen er faldet, men der handles ikke på det. I andre kommuner reagerer man, når personer ringer og siger, at de er faldet. Der er alarmklokker, der ringer. Der er der programmer, der screener.

I alle besøgte kommuner oplever de interviewede, at der har været udfordringer i forbindelse med implementering af forløbsprogrammet. Det er svært at nå helt ud i organisationen og vedligeholde viden og interesse, også hos de medarbejdere der kun sjældent har brug for aktivt at agere på forløbsprogrammet. En sygeplejerske opsummerer på denne måde:

“

Det er et godt redskab, men det er ikke implementeret godt nok, og derfor er det faldet til jorden.

De praktiserende læger, der har deltaget i undersøgelsen, peger på, at den måde, de praktiserende læger er organiseret på, generelt gør det svært at nå ud til og engagere, alle. Og

den måde, man traditionelt arbejder med udvikling af tværsektorielt samarbejde på, gør ikke processen lettere. Set fra praksis' vinkel er det ikke fremmede for inddragelse af de praktiserende læger, at arbejdet organiseres i store arbejdsgrupper, der holder lange møder, hvor af kun en delmængde af indholdet har relevans for de praktiserende læger. Disse organisatoriske rammer for samarbejde passer dårligt til praksissektoren, der typisk er organiseret som små virksomheder, hvor de praktiserende læger er selvstændige erhvervsdrivende, der ikke nemt prioriterer timelange møder. En af de interviewede efterlyser lean-tankegang omkring sundhedsaftaler og fælles udviklingsprojekter på tværs af sektorerne. De praktiserende læger vil gerne samarbejde, de vil gerne ind tidligt i processen, men i korte, præcise forløb.

3.3.2 Prioritering af ressourcer

I alle de tre kommuner, hvor der er gennemført interview i forbindelse med forløbsprogrammet for hoftebrud, har spørgsmålet om ressourcer spillet en rolle for implementeringen i den lokale organisation. Denne vinkel beskrives i dette afsnit.

Ressourcespørgsmålet kommer til udtryk på forskellige måder i de enkelte organisationer. I nogle organisationer giver de interviewede udtryk for, at ressourcespørgsmål stiller sig i vejen for, at sygeplejerskerne får gennemført det tilstrækkelige antal faldudredninger. Andre steder peger de interviewede på, at man, hvis der var flere ressourcer til rådighed, i langt højere grad ville kunne inddrage hjælperne, som til daglig kommer i borgernes hjem, i den daglige træning og forebyggelse. Som årsag til, at diskussioner om at inddrage hjælperne mere i arbejdet med faldforebyggelse ikke fører til handling, siger en af informanterne:



Hjælperens dag er jo så presset nu. De står også for maden nu. De står for det hele. og de har ikke fået tilført mere tid. Så der er ikke mange fem minutter tilbage. Så det er ikke, fordi folk ikke vil. ... Vi har jo lige haft en sparerunde.

Der peges i flere sammenhænge på, at forløbsprogrammet jo "er en del af meget", der kommer mange forskellige tiltag fra mange forskellige steder, og man er som frontpersonale nødt til at foretage daglige prioriteringer som del af arbejdet. Helt konkret fortæller en sygeplejerske i en af kommunerne, at der indtil nu ikke er sat fokus på ernæringsdelen i forløbsprogrammet. Det skyldes ikke mangel på interesse eller forståelse for relevansen af ernæring i forebyggelse af fald. Der er tale om en ledelsesmæssig prioritering. Det er et kæmpestort projekt, hvor mange ting skal implementeres; derfor er det valgt at tage én ting ad gangen.

I en anden kommune fortæller, at ikke alle sygeplejersker laver faldudredning. Baggrunden for dette kan både være, at de ikke har tid til det, og at de på grund af ressour-

cemangel ikke har deltaget i undervisning. Også her peger de interviewede på, at man ikke kan gøre alting på én gang – det handler om at finde overskud. Om ressourcer og implementering siger en af de interviewede:



Mange læger laver ikke hele faldudredningen; de giver dem måske medicin for svimmelhed, og så lukker de den dér. Sygeplejerskerne misser nogle gange patienterne af samme grund. Det ville være en fordel, at sygeplejerskerne var mere med, men der er ikke ressourcer til det.

En af de interviewede repræsentanter for praksis anfører, at fokus på kost og ernæring i forbindelse med forløbsprogrammet må forventes at være uden effekt, når man i øvrigt har en politik på området, hvor glæden ved god mad ikke prioriteres. Som eksempel anfører han, at der tidligere duftede af middagsmad på plejehjemmene, når han kom rundt. Nu leveres maden typisk fra store centralkøkkener af prioriteringshensyn. Det har så den sideeffekt, at stemningen omkring måltidet og hele oplevelsen af madlavningsprocessen bliver helt anderledes end tidligere.

3.3.3 Ledelsesengagement og styring

Flere af de interviewede har givet udtryk for, at det niveau af implementering der findes, afspejler det ledelsesmæssige engagement i opgaven. Overvejelser vedrørende betydning af ledelsesmæssigt engagement beskrives i dette afsnit.

I afsnit 3.3.2 ovenfor er beskrevet, hvordan en ledelsesmæssig beslutning om at lave gradvis implementering betyder, at man endnu ikke er nået til at sætte fokus på ernæring i udrulning af forløbsprogrammet i kommunerne. En medarbejder i en af de andre kommuner har denne kommentar:



Dem, der har udtænkt det, har ikke været skarpe på implementering og på styring. Det er svært at skabe overblik over kommunal praksis, men ikke mere svært, end at det kunne fungere. Man burde have medarbejdere, der tog styringen. Og også i forhold til det forebyggende personale: Hvor stor en del bør de være? Det bør også være mere tydeligt.

Medarbejderne efterlyser – i endnu højere grad end deltagelse i forløbsprogrammet er udtryk for – at ledelse og politisk niveau har blik for udvikling og de store linjer i forbindelse med forebyggelse. En af informanterne siger:



Men nogle gange er det jo også at tænke på nye måder, tænke anderledes. Men der er jo lige nogen, der skal sætte noget i gang. Plejecentrene har jo frihed til at ansætte en terapeut. Så kunne man have et helt andet fokus. Det er ikke kun den enkelte, der står ude hos borgeren; det er også dem længere oppe, som skal gøre noget.

På det mere overordnede niveau bliver det også i et af interviewene nævnt, at det, at der ikke er fastlagt præcise regler for, hvornår et genoptræningstilbud skal gives til borgeren, betyder, at der kommer stor variation på området – også når det gælder patienter med hoftebrud. Graden af regulering formodes at have indflydelse på de lokale prioriteringer. En af de interviewede terapeuter udtrykker det på denne måde: "Det er meget forskelligt, hvor lang tid der går, fra man får en genoptræningsplan, til man er ude ved borgeren. Der kan gå helt op til en måned. Det er ikke prioriteret fra Sundhedsstyrelsen, hvordan man skal møde patienterne. Der burde måske være en mere topstyret struktur".

En af de interviewede praktiserende læger omtaler graden af ledelsesmæssig beslutningsvilje som en faktor, der har haft betydning for indholdet i forløbsprogrammet. Han anfører, at årsagen til, at forløbsprogrammet ikke indeholder anbefalinger om brug af hoftebeskytter og tilskud af kalk og D-vitamin, formodentlig er manglende vilje til at træffe en ledelsesmæssig beslutning, der indebærer, at der stilles krav til de ældre.

3.3.4 Hjemmeplejen, de praktiserende læger og forløbsprogrammet

De praktiserende læger har en nøglerolle i forhold til faldudredning og igangsættelse af initiativer overfor borgere/patienter med særlige behov i den forbindelse. Dette afsnit handler om samarbejde mellem hjemmeplejen og de praktiserende læger om forløbsprogrammet. Afsnittet beskriver både hvordan de kommunale medarbejdere opfatter de praktiserende lægers rolle i forbindelse med forløbsprogrammet, og hvordan forløbsprogrammet opleves af de praktiserende læger.

På tværs af kommunerne er billedet blandt de interviewede kommunale medarbejdere, at de praktiserende læger ikke er særligt engagerede i forløbsprogrammet. Flere af de interviewede giver udtryk for, at de praktiserende læger kommer til at virke som stopklodser i forbindelse med faldudredning. Det virker demotiverende for de sygeplejersker og sundhedshjælpere, som gør sig umage med at holde øje med tegn på behov for faldudredning, når tingene efterfølgende ikke får konsekvenser. Flere fortæller, at de har oplevet, at lægerne ikke oplever henvendelser om faldudredning som relevante. Det kommer for eksempel til udtryk i denne dialog mellem to informanter:



Sygeplejerske: Vi bruger sund fornuft - hvor tit skal vi lave faldobservation? Vi gør det i samråd med egen læge. Flere falder ofte, vi laver en faldobservation og sender den til egen læge, og så siger han 'Nå'! Vi laver en risikovurdering, derefter en faldobservation, så en plejeplan, og derefter en aftale med egen læge. Men lægerne er ved at køre træet i alle vores skemaer. Så den går i stå dér. Men meningen er, at lægen skal gå ind og lave en basal faldudredning. Jeg har kun oplevet én læge gøre det, men det var rigtig godt for borgeren. Der var en anden læge også, selvom han syntes, det var lidt noget pjat – jeg kontaktede lægen, fordi jeg vidste, at borgeren alligevel skulle til læge næste dag. Jeg sendte derfor hurtigt besked til lægen. Men lægerne er ikke glade for os, når vi sender vores faldobservationer.

Sundhedshjælper: Tit får vi melding tilbage om, at de skal have noget mere at drikke ...

Sygeplejerske: Og det er jo også tit rigtigt.

Synspunktet understøttes af en udtalelse fra en af de interviewede praksisrepræsentanter. Han fortæller, at han oplever, at den del af forløbsprogrammet, der handler om det, der foregår på hospitalet, er fornuftig. Men omvendt mener, at den del, der handler om forebyggelse, falder lidt til jorden. Årsagen til dette er efter hans opfattelse, at mange af de patienter, hjemmeplejen sender faldudredningsskemaer på, er patienter, der allerede er kendt i praksis. De er i behandlingsforløb, og har tæt kontakt til praksis. Han siger:



Det er omsonst, at de gør sig så meget ulejlighed i kommunerne, for vi finder sjældent noget nyt, selv når vi går ned i de enkelte sager.

Hans forslag til mulig fremgangsmåde for at højne praksis' opmærksomhed og engagement omkring sagen er, at hjemmeplejen sorterer i de borgere, de har faldudredt, og alene sender besked til den praktiserende læge, hvis der er tale om borgere, der enten ikke er kendte i forvejen, eller hvor der ikke er tæt kontakt med praktiserende læge. På den måde ville det måske kunne undgås, at relevante nye sager drukner i mængden af irrelevante henvendelser.

En anden af de interviewede læger giver udtryk for, at hun slet ikke har oplevet henvendelser om faldudredning i sin praksis. Det er derfor vanskeligt på baggrund af de foreliggende informationer at sige noget generelt om, hvor meget faldudredning og opfølgning på forløbsprogrammet fylder for de praktiserende læger.

Flere af de interviewede kommunale medarbejdere gør opmærksom på, at ikke alle praktiserende læger kender til redskaberne i forløbsprogrammet. De kommunale medarbejdere har indtryk af, at lægerne ikke er undervist i forløbsprogrammet.

Dette bekræftes også til dels af interview med repræsentanter for praksis. Her er oplevelsen, at der ikke er lavet en fælles informationsstrategi i forhold til de praktiserende læger. Der er sendt information rundt på mail om, at forløbsprogrammet er startet, men der er ikke udarbejdet særskilt materiale til de praktiserende læger. Eventuel lokal information har været afhængig af den enkeltes initiativ. De interviewede repræsentanter fra praksis er enige om, at information til praksis skal være kort og præcis (det samlede forløbsprogram er alt for omfattende), og man skal benytte sig af de eksisterende fora og kendte kanaler for information. Praksis DK nævnes som et oplagt sted at informere om nye tiltag.

Den mangel på entusiasme, både kommunale medarbejdere og praktiserende læger gennem interview giver udtryk for at møde hos de praktiserende læger, kan måske skyldes manglende inddragelse i processen. I hvert fald fortæller en af de interviewede praktiserende læger, at praksis ikke er med i det opfølgingsarbejde, som foregår i kommunen i forhold til forløbsprogrammet. Hun synes det kunne være en god idé at blive involveret i opfølgingsarbejdet for at blive lidt bedre informeret. Som begrundelse for ønske om deltagelse i opfølgingsindsatsen siger hun:

“

For di det har hængt for os som sådan noget underligt noget.

Organisatoriske barrierer for inddragelse af praksis er beskrevet i afsnit 3.3.1 ovenfor.

3.3.5 Konkrete udfordringer for implementering

Interviewrunden i kommunerne har udover de mere generelle problemstillinger også afdækket nogle konkrete udfordringer for de involverede medarbejdere. Selvom de udfordringer, der peges på, har ret forskellig karakter, er de samlet i dette afsnit. De er ordnet, så de mest overordnede problemstillinger kommer først, mens det mest konkrete præsenteres til sidst.

Især i én af kommunerne blev der sat fokus på de udfordringer, det genoptrænende personale har, efter patienten er udskrevet fra hospitalet. Her bliver der peget på det skisma, at de patienter, som er mest mobile og bedst i stand til at klare sig selv, bliver henvist til specialiserede tilbud, mens de dårligste patienter henvises til genoptræning hjemme. Problemet opstår, fordi de specialiserede tilbud er centraliserede. For at styrke kvaliteten i indsatsen samler man både specialviden og særlige redskaber og maskiner, som man kan bruge i arbejdet med faldforebyggelse på genoptræningscentre. Men de borgere, som har størst behov for specialindsats, vil ofte være så svækkede, at de ikke kan transportere sig til de spe-

cialiserede tilbud. Samtidig er de medarbejdere, som kommer i hjemmene, generalister, der ikke har specialiseret viden om præcis denne gruppe patienter og deres særlige behov. Opgaven med genoptræning i hjemmet bliver yderligere kompliceret af, at man ikke har særlige maskiner og redskaber til rådighed i hjemmet.

I samme kommune var de interviewede meget opmærksomme på udfordringerne i forbindelse med vedligeholdelse af de opnåede færdigheder efter genoptræning. Når borgerne har gennemført deres genoptræningsplan, kan det være svært at tilbyde aktiviteter, der kan fastholde det opnåede funktionsniveau. Problemstillingen blev beskrevet på denne måde:

“

Men det er et problem med det, der kommer efter genoptræningen. Meget falder til jorden, fordi man ikke gør noget. Det koster, og der er ingen muligheder. Det handler om patienter, der for eksempel fejler andet eller har demens. Der er det svært at få et initiativ. Der skal struktur omkring borgeren, så man kan fastholde et niveau.

På det helt konkrete niveau nævner de interviewede i to af tre kommuner, at opgaven omkring faldudredning i et vist omfang forstyrres af, at borgernes hjem også fungerer som arbejdsplads for personalet. Det betyder, at personalet er vant til at se på faldproblematikker i borgernes hjem ud fra et ArbejdsPladsVurderings (APV)-perspektiv. Derved opstår en risiko for sammenblanding af dagsordener: Laver man nu faldudredning på vegne af borgeren, eller er det en arbejdspladsvurdering, hvor det primære fokus er medarbejdernes arbejdsvilkår? En kommentar fra en informant illustrerer problemstillingen:

“

Vi kigger på brugerne ude i byen (dem vi allerede kommer hos) og borgerne her på plejecentret. Vi kigger på møbler og tæpper. Hvordan er indretningen? Hvilke hjælpemidler har borgerne? Vi har som en 'husker' at kigge på faldrisiko. Tæpper, kludetæpper – med fokus på indretning, især hvis borgerne går med rollator. Både så borger og personale ikke falder rundt i tæpperne. Vi laver APV'er: vi betragter borgerens hjem som vores arbejdsplads, men det har jo også indflydelse på, hvordan borgerne selv kommer rundt i hjemmet. Vi arbejder ikke anderledes på grund af forløbsprogrammet. Det med indretningen har vi altid kigget på.

3.4 Manglende udnyttelse af eksisterende viden

Medarbejderne i én af de medvirkende kommuner var meget optagede af, at der eksisterer en del viden og rigtig meget erfaring med gode redskaber til faldudredning andre steder i

landet. Viden, som ikke formidles, og som ikke udnyttes i forbindelse med lokal implementering af forløbsprogrammet. Problemstillingen blev rejst som et generelt problem i forhold til udnyttelse af eksisterende viden og erfaringer på sundhedsområdet, men de interviewede havde en række konkrete eksempler på gode værktøjer, som andre steder bliver brugt i forbindelse med netop faldudredning. Konkret blev der henvist til erfaringer fra Svendborg Kommune (Korsbek 2009). Når man ikke tager udgangspunkt i eksisterende viden, bliver det lidt tilfældigt, hvordan man griber konkrete tiltag an. Der er vide rammer for det gode initiativ, hvilket på sin vis er positivt. Men informanterne opfatter det samtidig som problematisk, at man ikke udnytter den systematiserede viden, der findes i sundhedsvæsenet på tværs af regions- og kommunegrænser. En af de interviewede siger:

“

Der er meget udvikling i sundhedssektoren, men det er et problem, at man ikke udnytter den viden, man har. For eksempel fra Svendborg. Lige nu råder tilfældet; får man en god idé, så får man lov at køre med den.

Personalet er opmærksomt på, at der allerede er udviklet værktøjer og gjort erfaringer med arbejdsgange som har positiv effekt på faldforebyggelse. En af medarbejderne, der er involveret i den forebyggende indsats, ved, at man i andre kommuner har gode erfaringer med at lade det forebyggende personale bruge en konkret skabelon, hvor spørgsmål til brug for faldudredning er indbygget. Den mulighed ville hun også gerne kunne benytte sig af: "Det er netop frustrerende, at man ikke har dette redskab. Man sidder hos borgerne en time alligevel, hvor man får oplysningerne alligevel. Det er spild af tid, at sygeplejerskerne skal ud og spørge om det igen".

Som et andet eksempel nævnes, at man i andre kommuner har gode erfaringer med præcise beskrivelser af arbejdsgangene i forbindelse med for eksempel fald. Formålet med dette er at sikre, at personalet altid ved, hvordan de skal reagere i en given situation, fordi arbejdsgangen er den samme fra gang til gang.

Opfordringen fra de kommunale medarbejdere lyder, at man skal samarbejde på tværs og udnytte erfaringer og viden, som er samlet op andre steder.

3.5 Teknologi og it-understøttelse

Udfordringer i forhold til teknologi og it-systemer er tilbagevendende problemstillinger i forbindelse med samarbejde på tværs af sektorerne i sundhedsvæsenet. Det er da også problemstillinger, som rejses i forbindelse med implementering af forløbsprogram for hoftebrud. Om den helt generelle problemstilling med elektronisk kommunikation imellem sektorerne siger en af de daglige brugere af systemerne:

“

Jeg tror generelt, hvis man ser det lidt oppefra, at jeg synes nok, der er en vis ventning ... Nu over et år har man ventet på, at det elektroniske system skulle fungere, og det er noget med nogle servere, der ligger i syd og bliver flyttet og så videre og så videre, og der ... Men det er overordnet, men det berører jo alle de der kommunikationspunkter, vi har med sygehusene, at det er godt nok langsomt. Jeg ved ikke, om vi er den eneste region, der ikke har fået det op at køre.

Medarbejdere fra alle kommunerne påpeger det u hensigtsmæssige i, at systemerne ikke kan tale sammen. Nogle typer meddelelser kan sendes elektronisk, og det påskønnes. Men ved udskrivning og oversendelse af diverse papirer i den forbindelse er man stadig henvist til fax. Det betyder, at man i den modtagende ende skal lægge de modtagne oplysninger ind manuelt – det tager tid, og resultatet er derfor, at man prioriterer, hvilke oplysninger der bliver registreret. Manglen på elektronisk overførsel fører altså til tab af information i forbindelse med overgange mellem sektorerne. En af de interviewede fra praksisverdenen fortæller: *Ja, vi får det også som et stykke papir. "Og det er til stor irritation, da vi jo har alt elektronisk. Så det er noget med enten skal det scannes ind eller også ... Det vi gør er, at vi får sekretæren til at skrive det vigtigste ind".*

En anden beskriver, at praksis er 10 år foran hospitalerne i forhold til elektronisk kommunikation, og at det er svært at forstå, at kommunikationen ikke kan foregå elektronisk.

Også i forbindelse med kommunikationen omkring en indlæggelse er der udfordringer, fordi it-systemerne ikke taler sammen. En sygeplejerske beskriver situationen omkring indlæggelse på denne måde:

“

Vi giver mapperne med, men der må ikke stå meget i dem. Alle oplysninger ligger i sygeplejerskernes computere, og dem kan hospitalet ikke snakke med. Sygeplejerskerne kommunikerer via en lille lap forrest i mappen, hvor sygeplejersken siger, hvad der er mest vigtigt.

I et vist omfang har man i kommunerne indbygget diverse redskaber vedrørende faldforebyggelse i de kommunale systemer. Fra en af kommunerne fortælles om gode erfaringer med at lave en særlig plejeplan for patienter med hoftebrud og lægge den som standard i det kommunale system. Her har man også mulighed for at dokumentere forløbet, og personalet kan også hente nogle af de fælles værktøjer i det elektroniske system (De Røde Knapper). I en af de andre kom-

muner giver de interviewede udtryk for, at det er problematisk, at man ikke (endnu) kan bruge systemerne til systematisk opfølgning på for eksempel personer med hoftebrud.

3.6 Borgernes/patienternes rolle

Temaerne under interviewene har ikke alene handlet om samarbejde mellem sektorer eller den interne organisering og implementering af forløbsprogrammet. Også borgerne og deres ønsker, forventninger og muligheder har spillet en rolle. I det nedenstående afsnit berettes om dette.

I alle kommunerne er der i overensstemmelse med forløbsprogrammet et ønske om at gøre en særlig indsats for at være forebyggende – man vil gerne være opøgende og se, om man ved en tidlig indsats kan forhindre fald, brud og indlæggelser. I den forbindelse kan man støde på barrierer hos borgerne. Ikke alle er interesserede i at få besøg af en visitator eller en forebyggende sygeplejerske. Derfor vil der være en række af de borgere, som er i målgruppen for forebyggende arbejde blandt borgere, som ikke allerede er i omsorgssystemet, der aldrig får et besøg. De interviewede vurderer, at der er behov for oplysningsarbejde mere generelt, hvis disse borgere skal nås:



Mange folk vil ikke have visitatorerne indenfor dørene. Der ligger noget oplysningsarbejde, som visitatorerne ikke rigtig har kontrol over. Det kunne være sundhedsafdelinger, der tog sig af dette, frivillige eller aktivitetstilbud på centre.

Denne iagttagelse stemmer fint overens med resultatet af patientdelen af denne undersøgelse. Også heraf fremgår, at der hos en række borgere er forbehold overfor at deltage i det forebyggende arbejde. Både før man falder, og faktisk også efter man er begyndt at falde, er der uvilje til at se sig selv som "én der går og falder". Dette perspektiv og konsekvenserne af at se tingene fra denne vinkel er beskrevet nærmere i afsnit 6.8.1, der handler om faldforebyggelse set fra borger/patientperspektivet.

Men også for de borgere, der tager imod et forebyggende besøg, som måske ender med en anbefaling om at deltage i træningstilbud for at forebygge fald, er der barrierer for deltagelse. Nogle borgere er umiddelbart slet ikke interesserede i at gå til træning – det kan være en stor udfordring at få borgerne motiverede for at være fysisk aktive. Og samtidig kan det for nogle være en hindring for at komme af sted, at der ikke er tilskud til transport til og fra træning. Nogle af de interviewede kommunale medarbejdere oplever problemstillingen på denne måde:



Sygeplejerske: Det er et problem, at patienterne ikke kan blive hentet og bragt. De har ikke råd til at tage en taxa til træning. Man har Midttrafik, og det vil man gerne bruge på noget andet.

Visitator: Det er ikke meningen, at man skal bruge Midttrafik til at køre til og fra træning. Det er dumt sundhedsøkonomisk at skære transporten væk; man mister penge i den sidste ende, fordi de ældre får andre problemer, når de ikke går til træning. Det kunne klart bedre betale sig at transportere de ældre til træning.

Også en af de interviewede praktiserende læger peger på borgernes privatøkonomi som en udfordring for at forebygge hoftebrud. Han oplever, at patienter, som bliver anbefalet at bruge hoftebeskyttere, afstår fra det på grund af udgiften, som de selv skal afholde.

3.7 Forslag og input fra primærsektoren: Hvad fremmer samarbejde og gode patientforløb?

I de foregående afsnit er beskrevet en række problemstillinger, som er fremkommet i forbindelse med gruppeinterviews med repræsentanter fra kommuner og praksis. Der er imidlertid ikke kun diskuteret problemer og udfordringer – deltagerne i undersøgelsen er også kommet med en række gode og konstruktive forslag og ideer til, hvordan man skaber bedre overgange mellem sektorerne og fremmer det gode samarbejde. En række af disse forslag og overvejelser præsenteres i dette afsnit. Først præsenteres tre tilbagemeldinger af mere generel karakter; derefter en række forslag til hvordan man fremmer godt samarbejde på tværs af sektorerne, og endelig kommer et par input til, hvordan man sikrer en god implementering.

Den første af de mere overordnede betragtninger handler om afstand og forskellighed mellem sektorerne. De processer, der allerede er i gang i forbindelse med sundhedsaftaler og samarbejde på tværs, er utvivlsomt tiltag, der arbejder i retning af bedre forståelse for vilkår og muligheder på tværs af sektorgrænserne. Interviewene peger dog på, at frontpersonalet i kommunerne stadig oplever, at der er store forskelle på, hvordan repræsentanter for de to sektorer ser verden. En af informanterne peger på, at en forudsætning for, at samarbejdet både generelt og omkring den enkelte patient bliver bedre er, at man får en bedre forståelse for vilkårene på tværs af sektorerne. Dette forudsætter efter hans opfattelse, at man i højere grad end i dag tager afsæt i den kommunale virkelighed. Det kommer til udtryk på denne måde:



Det, der er rigtig vigtigt, er, at man skal fjerne fokus fra regionen til kommunerne. Kommunerne overtager mere og mere forsknings- og udviklingsarbejde, så der ligger nogle krav, som man skal opfylde. I regionerne tænker man ikke i den kommunale virkelighed. Verden er anderledes for en borger, der flyttes ud af eget hjem. Det mister man fokus for. Der vil altid være en forskel på at være i eget hjem og et sted, hvor der er tæt til hjælp og træning som et hospital.

Samme informant peger på et endnu tættere samarbejde omkring udskrivning af patienterne som en vej frem mod bedre og mere sammenhængende forløb. Han foreslår, at man opretter særlige udskrivningsafdelinger på hospitalerne, som helt eller delvist finansieres af kommunerne. Formålet med dette skulle være at skabe større sammenhæng og hindre nogle af de u hensigtsmæssigheder, der følger af de accelererede patientforløb.

Denne problemstilling kan tackles på mange måder. En af de veje, man i Region Midtjylland har valgt at gå på dette område, er via implementering af opfølgende hjemmebesøg. Her mødes praktiserende læge og hjemmesygeplejerske i hjemmet hos sårbare ældre efter udskrivning fra hospital. Formålet er at følge op på de planer, der er lagt på hospitalet, for på den måde at sikre gode og sammenhængende forløb for den ældre. Opfølgende hjemmebesøg er implementeret i Vest-klyngen og starter i Silkeborg-klyngen den 1. april 2011. Viborg-klyngen har også truffet beslutning om at starte opfølgende hjemmebesøg og planlægger start den 3. oktober 2011. Også de øvrige klynger i Region Midtjylland overvejer at starte opfølgende hjemmebesøg som en mulighed.

På det helt overordnede niveau er der også et forslag fra en af de interviewede om oprettelse af et geriatrisk terapeutisk speciale. Formålet med dette skulle være at klæde den enkelte terapeut bedre på til opgaven omkring træning og genoptræning af de mest sårbare af de ældre borgere – for eksempel borgere som har haft et hoftebrud og efterfølgende skal trænes i hjemmet.

Under interviewene er der peget på en række konkrete tiltag og indsatser, der virker fremmende for godt samarbejde på tværs af sektorerne. Med udgangspunkt i konkrete erfaringer fra dagligdagen nævner interviewpersonerne disse elementer som gode eksempler på tiltag, der fremmer samarbejde:

- Fælles undervisning af personale i kommuner og på hospitalet
- Direkte dialog mellem personalet i de to sektorer
- Kontakt tidligt i indlæggelsesforløbet
- Respekt og tillid
- Tydelig kommunikation (eksempelvis ICF-rapporter)
- Nem elektronisk kommunikation
- Fælles redskaber til kommunikation.

I forhold til yderligere involvering af praksis i arbejdet med forebyggelse af fald som beskrevet i forløbsprogrammet peger de interviewede repræsentanter fra praksis især på to ting:

- Arbejdsprocesserne omkring forløbsprogrammet trænger til 'lean'. Praksis vil gerne involveres, men det forudsætter, at processerne tilpasses, så praksis inddrages i korte og målrettede processer. Lange møder med mange deltagere og generelt indhold skræmmer praksis væk.
- Udarbejdelse af målrettet og kortfattet informationsmateriale, der distribueres via gængse kanaler: e-mail og praksis DK samt kort information på etablerede mødefora for praksislæger.

De adspurgte peger især på tre områder, som efter deres opfattelse har betydning for, om implementering af en ny indsats som forløbsprogrammet skal lykkes. Som tidligere nævnt i dette kapitel siger de for det første, at det ledelsesmæssige engagement i opgaven er afgørende for, om implementeringen får succes. Derefter peger de ikke overraskende på, at involvering i processen har betydning. Hvis man selv er med til at diskutere og træffe beslutninger, er det nemmere at bære ideerne videre ud i systemet. Endelig blev der i et af interviewene peget på faglig debat og generelle kampagner som en måde at styrke implementering af nye tiltag og tænkemåder på. ■

4 Hospitalet om patientforløb og samarbejde

I dette kapitel præsenteres det billede, der tegner sig efter interview med en række centrale aktører på hospitalet. Rapporteringen er struktureret i temaer efter hvad der fyldte under interviewet. Hovedoverskrifter, og dermed underafsnit, er delvist overlappende med overskrifterne i afsnittet om primærsektoren:

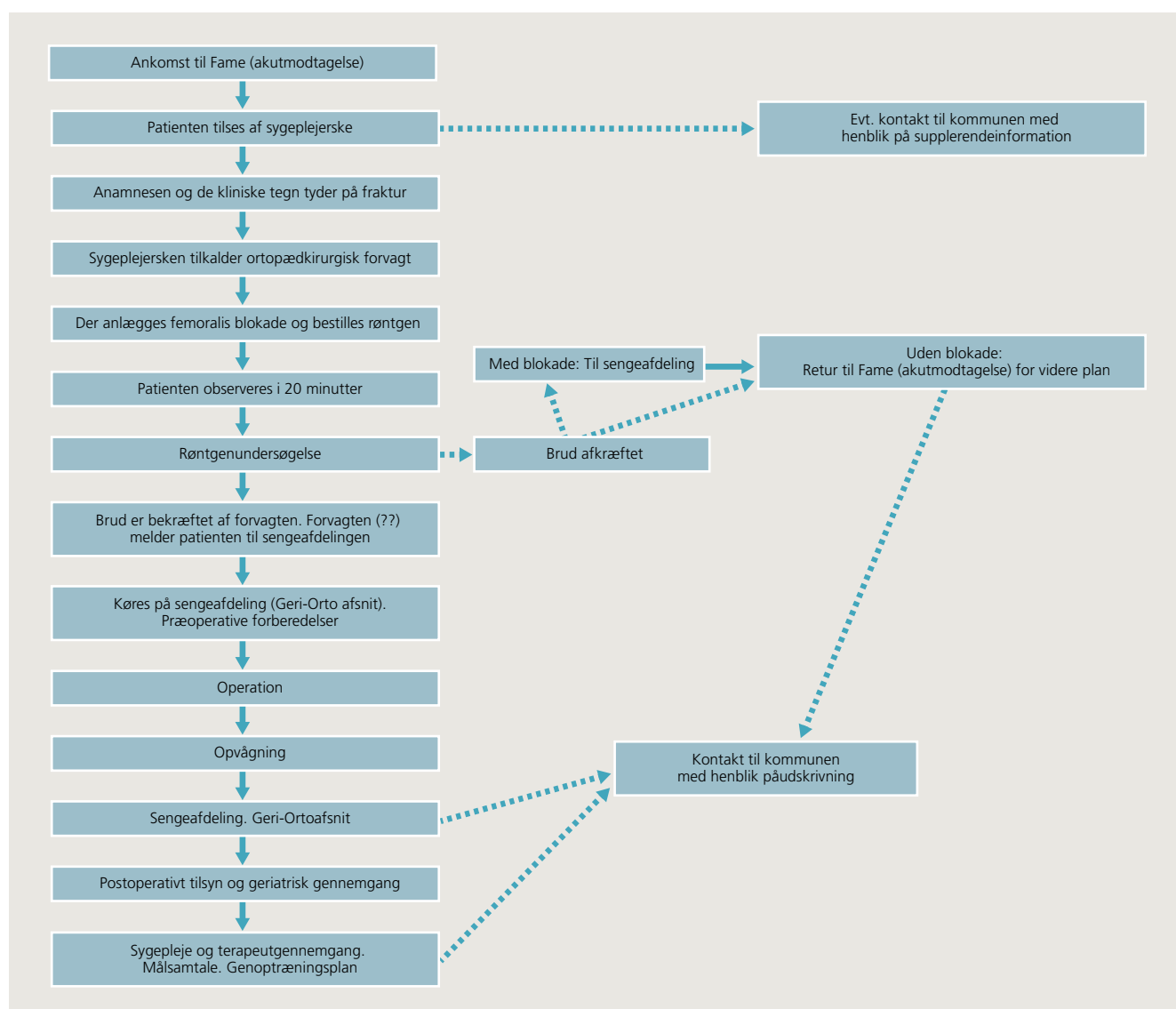
- Overordnet betydning og værdi af forløbsprogrammet
- Samarbejde og kommunikation mellem sektorerne
- Intern organisering og implementering
- Teknologi og it-understøttelse
- Forslag og input fra hospitalssektoren. Hvad fremmer samarbejde og gode patientforløb?

For de ansatte på hospitalet opleves forløbsprogrammet for hoftebrud først og fremmest som opskrift på og vejledning i,

hvordan man sikrer gode forløb for patienter med hoftebrud internt på hospitalet. Men samtidig er de ansatte meget opmærksomme på, at der også er et forløb for patienterne efter udskrivelse. Og personalet bekymrer sig om, hvordan det går med patienterne og savner dialog og tilbagemeldinger fra primærsektoren om, hvordan hospitalets tiltag virker, og hvordan det går patienterne, når de kommer hjem. Begge områder beskrives i dette kapitel.

At hospitalspersonalet er optaget af det interne samarbejde og koordination mellem afdelinger og fagpersoner er måske ikke så mærkeligt, når man betænker, hvilket komplekst forløb det er, som patienter med mistanke om hoftebrud kommer igennem, når de indlægges på hospitalet. Patientens vej gennem systemet er skitseret i nedenstående flowdiagram, der har hentet inspiration i forløbsprogrammet.

Figur 2. Flowdiagram, patientforløb internt på hospitalet



4.1 Overordnet betydning og værdi af forløbsprogrammet

Dette afsnit beskriver hospitalspersonalets oplevelse af forløbsprogrammets betydning for deres daglige arbejde og for samarbejdet med kommunerne.

Hvor medarbejderne i kommunerne ikke fandt, at forløbsprogrammet havde gjort den helt store forskel for deres dagligdag og den måde, de arbejder med borgerne på, er billedet et andet på hospitalet. Her giver alle de interviewede udtryk for, at forløbsprogrammet har gjort og fortsat gør en forskel for indsatsen over for patienterne i hverdagen.

For de fleste opleves forløbsprogrammet som et tiltag, der forbedrer patientforløbet. I akutafdelingen giver de interviewede udtryk for, at forløbsprogrammet har betydet, at der er kommet mere opmærksomhed på patienter med hoftebrud. Også fra ortopædkirurgisk side opleves forløbsprogrammet som en fordel for patienter og personale. Forløbsprogrammet betyder, at de forskellige aktører kender både egne og andres roller. Der er styr på, hvilke prøver der skal tages, og hvem der skal gøre det, og der er overblik over medicinen. De interviewede giver også udtryk for, at forløbsprogrammet har betydet, at hoftebrudspatienterne kommer hurtigere igennem systemet. En af dem siger:

“

På grund af forløbsprogrammet kommer patienterne hurtigere igennem akut, fordi de skal på afdelingen for at få skrevet journal. De er nu fremprioriteret og ikke nedprioriteret. I gamle dage skulle de tilbage til akut. Det er mere strømlinet nu.

En af de interviewede giver dog udtryk for, at forløbsprogrammet har haft den konsekvens, at procedurerne omkring røntgen er blevet mere bøvlede, fordi organisationen nu er mere kompleks. En del af forklaringen på, at det opleves som bøvlet, kan dog ifølge samme informant skyldes, at der stadig er tale om forholdsvis nye arbejdsgange, og at forandringer nemt giver anledning til myter, samtidig med at det tager tid at få alle praktiske detaljer på plads i forbindelse med forandringer.

Fra sengeafdelingen gør deltagerne i interviewet opmærksom på, at forløbsprogrammet har haft betydning for fokus på ernæring. Nu gennemføres der altid ernæringsscreeninger i forbindelse med patienter med hoftebrud, og der følges systematisk op med individuelle planer for den enkelte patient. Ernæringsstatus og -planer beskrives i den statusrapport, som følger patienten i forbindelse med udskrivning til hjemmeplejen.

4.2 Samarbejde og kommunikation mellem sektorerne

Helt generelt oplever hospitalspersonalet, at samarbejde og dialog med kommuner og praksis omkring de enkelte pa-

tientforløb er godt og velfungerende i dagligdagen. Alligevel er der gennem interviewene kommet en række områder frem, hvor der kan gøres noget for at bedre samarbejdet. I dette afsnit beskrives de problemstillinger, hospitalspersonalet har peget på i forbindelse med samarbejdet på tværs af sektorerne. I det første underafsnit berettes om kommunikation og samarbejde omkring indlæggelser. I det efterfølgende underafsnit beskrives de overvejelser og bekymringer, hospitalspersonalet gør sig om forløbet efter udskrivning af patienterne.

4.2.1 Kommunikation og samarbejde omkring indlæggelser

De interviewede på hospitalet oplever, at der er mange og skiftende samarbejdsparter udenfor huset. Udover de praktiserende læger, som hospitalet altid har samarbejdet med, bliver der mere samarbejde med flere i kommunerne – her spiller det også ind, at aftaler omkring indlæggelse betyder, at man på hospitalet har patienter fra mange kommuner. En konsekvens af dette er, at det er svært at sikre, at alle samarbejdsparter løbende er informerede om strukturer og aftaler på hospitalet. Derfor kan man for eksempel stadig opleve, at praktiserende læger ikke kender arbejdsgangene omkring indlæggelse af patienter med hoftebrud. Det kan betyde, at patienterne kommer forkert ind i systemet. En af de interviewede fortæller:

“

Nogle gange kikser det, og egen læge sender direkte i røntgen i stedet for i akut. Så går det ikke, som det egentlig skal.

Omkring indlæggelse fortæller de interviewede, at hospitalet gerne vil have hjemmeplejemappen med ind, fordi det giver et godt billede af de problemstillinger, der er i forbindelse med den konkrete patient. Det lykkes imidlertid ikke altid – personalet på sygehuset skønner, at medsendelse af hjemmeplejemappen ikke sker i cirka en tredjedel af de relevante tilfælde.

Ikke alle patienter, der henvises med mistanke om brud, ender med indlæggelse eller operation. Lidt afhængig af, hvordan udredningsprocessen forløber for den enkelte, indebærer forløbet en indlæggelse på sengeafdeling, akutafdeling eller direkte hjemsendelse. I kommunerne eftersøges besked fra hospitalet, når man her opnår kendskab til patienter, der er faldet, men uden at påtage sig brud. Hospitalspersonalet laver ikke umiddelbart faldudredning på disse patienter, og har heller ikke særlige procedurer for kommunikation med hjemmeplejen om disse patienter. Under interviewet enes de deltagende om, at det er et opmærksomhedspunkt, der måske kunne gøres noget ved.

4.2.2 Hvad sker der, når patienten kommer hjem?

Spørgsmål til hjemmeplejen

Under indlæggelse er der ind imellem kontakt mellem personalet på hospitalet og de kommunale instanser. Her kommunikeres om patienten/borgerens funktionsniveau, forventninger til udskrivelsestidspunkt, forventet behov for praktisk hjælp og pleje samt planer for genoptræning og behov for eventuelle hjælpemidler. De interviewede medarbejdere på hospitalet betragter denne løbende kommunikation som konstruktiv og uproblematisk. Hospitalspersonalet er også glad for de udskrivningskonferencer, der gennemføres sammen med repræsentanter for kommunen. Udskrivningskonferencer gennemføres især, når der er tale om patienter/borgere, som ikke er kendt i kommunen i forvejen eller har særligt komplicerede forløb.

Der, hvor hospitalspersonalet er usikkert og udtrykker ønske om mere og bedre kommunikation, er omkring forløbene efter udskrivning. Hvordan går det patienterne, efter de er kommet hjem? Bliver der fulgt op på de planer, der bliver lagt på hospitalet? Og vurderer personalet i kommunen, at de initiativer og anvisninger, der kommer fra hospitalet, er relevante for patienten – også efter han eller hun er kommet hjem? Under interviewet kom der forslag frem om, at man som hospitalsafdeling kunne ønske at få en briefing om patienterne hver tredje måned. Som alternativ til dette blev det under interviewet foreslået, at man lavede konkrete aftaler om, at hjemmepleje og/eller praksis vendte tilbage til hospitalet, såfremt de fandt, at der var problemer i konkrete forløb. Om behov for tilbagemelding vedrørende de enkelte patienter sagde en af de interviewede:



*Måske kun ved de patienter, hvor vi har 'klokket i det'.
Der, hvor vi kan lære noget.*

Ved afslutningen af interviewet stillede hospitalspersonalet en række spørgsmål, som de ønskede videreført til kommunerne. Spørgsmålene er viderebragt i forbindelse med den interne proces omkring statusrapport/devaluering og er derfor blevet brugt i den løbende dialog omkring udvikling og opfølgning på forløbsprogrammet. De medtages imidlertid også her, fordi de rigtig godt illustrerer både ønske om samarbejde, og hvilke overvejelser hospitalspersonalet har om forløbene omkring og efter udskrivelse:

1. Der står i forløbsprogrammet, at hvis visitator ikke kender patienten, så skal patientens kontaktperson fra lokalcenteret ringe ind og give oplysninger senere. Men det sker ikke?
2. Vores afdelingssygeplejerske siger, at vi kun skal varsle udskrivelse til én person – eksempelvis til visitator, og så burde hjælpemiddelpersonen også få en varsling automatisk,

men det oplever vi glipper. Så er der pludselig ikke blevet varslet til hjælpemidler, men vi troede, at de blev varslet, når visitator eksempelvis bliver varslet?

3. Vi bruger meget tid på at lave et godt medicinkort, der kan komme med hjem – er det vigtigt at vi skriver på, hvorfor de får det her medicin helt præcis? Bruges de her oplysninger af hjemmepleje/sygepleje (for vi bruger meget tid på det)?
4. Bliver der fulgt op på eksempelvis proteindrikke recepter i hjemmeplejen? Fortsætter det?
5. Hvem tager ansvaret for, at smertestillende medicin trappes ned igen?
6. Er der specielle sårplejeprodukter, som hjemmeplejen gerne vil bruge? Så vi kan gå over til de mærker på afdelingen inden. Så vi ikke eksempelvis bruger for dyre produkter eller sådan noget.
7. Vi tror samarbejdet omkring Geriatrisk team på hjemmebesøg kører på skinner. Hvad synes kommunerne?

4.3 Intern organisering og implementering

Også på hospitalet har forløbsprogrammet medført nye arbejdsgange og spekulationer over, hvordan eksisterende arbejdsgange kunne forbedres og tydeliggøres i forhold til samarbejdsparter. I dette afsnit beskrives først de udfordringer, hospitalspersonalet stadig kan få øje på i forhold til den interne organisering omkring forløbsprogrammet. Derefter fortæles om kommunikation med patienter og pårørende i forbindelse med indlæggelser for hoftebrud.

Som nævnt i afsnit 4.1 synes personalet generelt, at forløbsprogrammet har ført til hurtigere patient-forløb og mere klare aftaler og retningslinjer for, hvem der gør hvad i processen internt på hospitalet. De interviewede er også glade for konstruktionen med Geri-Orto afsnit. Der samarbejdes rigtig godt mellem specialerne, og afsnittet er med til at sikre, at hospitalspersonalet kommer hele vejen rundt om patienten, inden forløbet afsluttes.

På trods af den generelt positive stemning giver de interviewede udtryk for, at der stadig er områder, hvor hospitalsforløbene for hoftebrudspatienter kan optimeres.

4.3.1 Arbejdstilrettelæggelse og internt samarbejde

I ovenstående afsnit er beskrevet, at hospitalspersonalet oplever, at ikke alle praktiserende læger kender procedurerne omkring hoftebrudspatienterne på hospitalet, og at de derfor ind imellem sender patienter ind i huset på en u hensigtsmæssig måde.

En del af forklaringen på dette kan ifølge en af de interviewede måske være, at der ikke er udarbejdet helt klare og præcise retningslinjer for, om patienterne skal direkte i røntgen og hjem til udredning hos praktiserende læge eller indlægges akut og følge de dermed gældende procedurer. Ordene faldt på denne måde under interviewet:



Der er ikke nogle endelige inklusionskriterier i forhold til, hvem der kan sendes i røntgen, og hvem der kan sendes i akut eller hjem. Et eksempel på en patient: ældre dame, har ondt, OBS fraktur i hofte. Hun kommer ind og ligger ned og bliver smertedækket, men hun bliver først sendt i røntgen i kørestol, fordi hun er vurderet af egen læge. Egen læge må jo gerne sende i røntgen og så hjem. Det må han gerne, og så vurdere bagefter. Men den patient kom alligevel omkring akut. Men det havde hun måske ikke behøvet? Der er nogle gange lidt mudder omkring det.

Interviewet afdækkede også, at der på trods af rammer og retningslinjer stadig er usikkerhed om kommunikation og arbejdsgange internt på hospitalet. Konkret var der to eksempler på dette i løbet af interviewet. Når patienten kommer i røntgen, er personalet her ikke altid klar over, hvor næste stop er – hvor skal patienten hen efter undersøgelse? Der er forskellige, mere eller mindre kreative tilgange til at løse den problemstilling: "Nogle af patienterne spørger vi, om der er lavet en aftale angående, hvor de skal hen efter os. Nogle gange kan man se, at der er pakket sengetøj i fodenden – så ved vi, at patienten skal på sengeafdelingen. Ellers ringer vi til Ortopæd og spørger".

Et andet område, hvor der stadig er usikkerhed, handler om, hvordan det sikres, at ortopædkirurgen får besked, når en patient flyttes fra røntgen op på sengeafdelingen. Alle er enige om, at det er u hensigtsmæssigt, at der er tvivl om ansvar og arbejdsgange. Og at det er et område, der godt kunne trænge til, at man får gået de interne aftaler igennem med henblik på at sikre, at den, der skal operere, altid ved det, når en patient med hoftebrud flyttes til sengeafdelingen. En del af dialogen omkring det spørgsmål forløb på denne måde:



Men vi skal være enige om, hvem man kontakter. Så patienterne ikke bare havner oppe på afdelingen. Der kan godt gå nogle timer, inden man kan komme op og skrive journalen, fordi man ikke har vidst, at patienten var kommet på afdelingen.

Men det kan vel også ske, selvom man vidste det?

Jo jo... men på den anden måde ville man kunne prioritere dem. Et hoftebrud ville prioriteres højt på listen. Man kunne prøve at tage hånd om dem. Den første forudsætning er i hvert fald, at man ved, at patienterne er der. Fordi patienter med hoftebrud er højt prioriterede. Vi vil gerne operere dem hurtigst muligt. Det er godt at få præciseret, hvem der har ansvar for hvad.

I samme sammenhæng snakkes om dagsprogrammet på hospitalet. Alt hvad der kan planlægges og ikke vurderes som meget akut, afvikles i almindelig dagtid (inden kl. 15.00). Programmet for perioden kl. 15.00 til midnat lægges kl. 15.15 under hensyntagen til akuthedsfaktor hos hver enkelt patient. Så når det bliver efter kl. 15.00, er det endnu vigtigere, at der gives en hurtig melding til ortopædkirurgerne, hvis der kommer nye patienter med hoftebrud. Patienter opereres kun efter kl. 00.00, hvis det vurderes at være absolut akut – af hensyn til både patienter og personale.

På konkret forespørgsel vurderer personalet, at cirka halvdelen af de patienter, som kommer ind med hoftebrud, så de først kan opereres efter kl. 15.00, bliver opereret samme dag, mens resten venter til dagen efter.

Om forløbet efter operation fortæller personalet, at der ind imellem godt kan gå et døgn, inden den opererende læge får tid til at kigge til patienten for at følge op på operationen. Sengeafdelingen finder det problematisk, men det er svært for lægerne at nå at kigge til patienter fra foregående dags operationsprogram, inden ambulatoriet åbner. Området bliver nævnt som et muligt emne i forbindelse med forbedring/revision af forløbsprogrammet, dog uden at der peges på løsninger på udfordringen med lægernes allerede tætte program.

4.3.2 Kommunikation med patienter og pårørende

Også omkring kommunikation med patienter og pårørende peger de interviewede på et område med mulighed for forbedring. Terapeuterne oplever, at patienterne ofte bliver overraskede og forskrækkede, når de efter operationen opdager, hvor langt et genoptræningsforløb de har udsigt til. Lægerne orienterer patienterne om, hvad der skal ske, hvilke risici der er og om forventningerne til forløbet efter operation. Men de oplever også, at det er vanskeligt for patienterne at forholde sig til al den information. De er i en svær og uventet situation: deres ben er brækket, og de er pludselig del af et stort hospitalsmaskineri. Så en del information skal gentages, og måske kan det også være en fordel at vente med detaljer til operationen er overstået, og patienterne er fuldt smertedækkede. Terapeuterne vil gerne på banen lidt tidligere i forløbet, men har ikke rigtig mulighed for at prioritere tiden til det. Den deltagende terapeut samler op på diskussionen på denne måde:



Måske de ikke kan kapere mere, men de får bare tit et chok. Hvordan kan man formidle det inden operationen, så det måske ikke bliver sådan et stort chok? Det er vi måske bedst til, men så skal vi have tid til at komme og tale med dem inden operationen. Det er en ressource-ting.

Et par dage efter operationen gennemfører terapeuterne en målsamtale med patienten, gerne sammen med en fra plejepersonalet. Målsamtalen omfatter ofte også en pårørende. Formålet med samtalen er at stille nogle realistiske mål op for patienten og at få afklaret gensidige forventninger. Under samtalen fortælles også om planer for mobilisering, sengeøvelser mv., mens patienten stadig er indlagt.

I afsnit 6.3 fortælles om patienternes perspektiv på det at være indlagt, herunder om kommunikation med personalet og det at føle sig inddraget i de beslutninger, der træffes.

4.4 Teknologi og it-understøttelse

Hvor repræsentanterne fra primærsektoren havde meget fokus på udfordringer og barrierer i forbindelse med elektronisk kommunikation imellem sektorerne, fylder dette emne ikke meget for personalet på hospitalet. Deltagerne i interviewet taler derimod en del om elektronisk understøttelse af patientforløbene internt på hospitalet.

Elektronisk Patientjournal (EPJ) opleves som et rigtig godt redskab til at huske, hvad man skal, til at dokumentere det, man gør, og til at kommunikere mellem afdelingerne. Systemet er bygget op, så det understøtter de arbejdsgange, man har, og det fungerer godt, at der er en specifik EPJ-journal for det akutte område.

4.5 Forslag og input fra hospitalssektoren: Hvad fremmer samarbejde og gode patientforløb?

Under interviewet med repræsentanter for personale i de afdelinger, der er involveret i behandling af patienter med hoftebrud, kom der udover ovennævnte problemstillinger også en række ideer og overvejelser om den fremtidige indsats på banen. De præsenteres i dette afsnit.

Helt overordnet set peger de interviewede på mere og bedre kommunikation på tværs af sektorerne som en vej frem mod (endnu) bedre samarbejde. Jo mere komplekse aftalerne om samarbejde bliver, jo større bliver behovet for at skabe gode rammer for kommunikation. Helt konkret vil medarbejderne som ovenfor nævnt gerne have tilbagemeldinger i en eller anden form fra kommuner og praktiserende læger for at styrke både den faglige indsats og det daglige samarbejde.

De interviewede er også opmærksomme på mulighederne for at lære af de erfaringer, man gør sig andre steder i væsenet. Som et konkret eksempel nævner en af de interviewede, at man på Århus Sygehus arbejder med at dele hoftepatienter op i to grupper, som man så har forskellige strategier for. Ideen er, at nogle patienter kan komme hurtigere hjem end andre. For at understøtte den gruppe, som ikke har behov for langvarig indlæggelse, har man opbygget et ambulanseteam, som kan tage hjem til patienterne. Ideen bliver nævnt som inspiration til drøftelse af andre og måske varierende modeller i forbindelse med udskrivning efter hoftebrud.

På det mere generelle niveau diskuterede medarbejderne på hospitalet også Det nationale Indikator-projekt (NIP). Alle faggrupper registrerer en række informationer i forbindelse med patienter for hoftebrud. Personalet følger de specifikke målsætninger i NIP-projektet. Men NIP-tallene bruges ikke til intern kvalitetsopfølgning, og medarbejderne ser ikke resultaterne. Måske kunne tilbagemelding omkring de enkelte indikatorer bruges i det daglige arbejde med at forbedre patientforløbene og forløbsprogrammet. ■

5 Det fælles møde: Gennemførelse af patientaudit

Som led i forløbsprogrammet er planlagt gennemførelse af fælles journalaudits, hvor både kommuner og hospital ser på konkrete patientforløb for at blive klogere på, hvordan samarbejdet foregår, hvor godt der dokumenteres, og hvor der er udfordringer internt i organisationerne og i samspillet på tværs. Audits afholdes af regionshospital Horsens og indgår i hospitalets del af evalueringen.

DSI's projektleder og projektassistent har deltaget i to audits som observatører og har derudover deltaget i møder med repræsentanter for alle de samarbejdende parter. To af møderne har udelukkende handlet om status på samarbejdet, og på to af møderne har DSI deltaget aktivt med afrapportering til de involverede parter af henholdsvis organisationsanalyse og patientanalyse.

Dette afsnit samler op på de generelle erfaringer, vi gennem deltagelse i møder og audits har fået om hvad der sker, når parterne mødes i samme lokale.

5.1 Hvem er det, der mødes?

Praktiserende læger er som udgangspunkt repræsenteret i arbejdsgruppen vedrørende forløbsprogrammet via praksiskoordinatoren i Ortopædkirurgisk afdeling på Regionshospital Horsens. Praksiskoordinator har kun deltaget i et af de fire møder/audits, som DSI har deltaget i. Hospitalet er repræsenteret ved afdelingsledelsen (og projektledelsen) fra Ortopædkirurgisk afdeling og sygeplejepersonale fra samme afdeling. Også terapeuter fra afdelingen har i et vist omfang deltaget i møderne. Kommunerne har valgt forskellig repræsentation – fra alle kommuner deltager administrative medarbejdere i møder og audits, og fra nogle kommuner har derudover deltaget personale fra hjemmepleje og/eller visitation.

5.2 Hvad sker der i mødet?

Generelt er det vores indtryk, at det godt og konstruktivt, at parterne mødes. Det fælles møde, ikke mindst i forbindelse med audits, hvor konkrete patientforløb gennemgås, giver anledning til dialog, og parterne kommer tættere på hinanden. Samtidig oplever både kommuner og hospital at have haft intern gavn af processen med gennemgang af konkrete forløb – det giver indsigt i egen organisation.

Det at gennemgå konkrete forløb har i flere tilfælde også givet anledning til gode generelle diskussioner; for eksempel har der i forbindelse med audit været to meget hurtige forløb, hvor en dement patient, som i forvejen var på plejecenter, er kommet meget hurtigt igennem indlæggelse. Det har ført til diskussion om, hvorvidt andre forløb også kan accelereres – i hvert fald der, hvor patienter/borgere udskrives til plejecenter, og hvor rammerne er på plads.

Journalaudit er forløbet lidt forskelligt de to gange, men udgangspunktet har været det samme: kommunerne har hver gennemgået 1-2 udvalgte patientforløb, mens hospitalet har kigget på i alt 4-5 – med delvist overlap til kommunernes cases. Udgangspunktet for gennemgangen har været spørgsmål og skemaer, der var stillet op på forhånd, med fokus på de

steder i forløbet, hvor der er overgange og behov for kommunikation. I det konkrete arbejde med gennemgang af patientforløbene har kommunerne grebet sagen forskelligt an. I to af kommunerne har man alene set på, hvad man kunne finde af information ved at kigge i de centrale hjemmeplejepapirer, mens man i den sidste kommune har involveret det personale, der har haft kontakt med borgeren, og været involveret i dialogen med hospitalet under indlæggelse. På hospitalet har tilgangen været gennemgang af eksisterende journalmateriale. Til illustration af metoden er sammenskrivning af gennemgangen af første audit (4 patientforløb vist i bilag 2).

Gennemgang af konkrete journaler har udover at give anledning til dialog mellem sektorerne om samarbejdet på tværs også givet stof til eftertanke internt på hospitalet og i kommunerne. Dokumentation er en udfordring begge steder, men især i kommunerne kniber det med at få samlet overblik over, hvad der egentlig er sket i det enkelte forløb.

På den første audit blev det klart, at fokus på ernæring var en fælles udfordring på tværs af sektorerne. Dette førte til, at man besluttede at gennemføre en fælles undervisningsdag for personale på hospitalet og i kommunerne om dette tema. Dagen planlægges i fællesskab mellem hospitalet og kommunerne.

Alle møder og audits, som DSI har deltaget i, er foregået på hospitalet, og det er hospitalet, der har indkaldt til mødet og udformet dagsordenen. Projektlederen fra hospitalet har ledet møderne og samlet op ved mødernes afslutning.

5.3 Overvejelser om det fælles møde

Det fremgår af både interviews og audits, at dokumentation er en udfordring på tværs af sektorer. Men audits synes at pege på, at hospitalsterapeuternes skemaer generelt er gode og velfungerende. Hvad gør de anderledes i forhold til dokumentation og engagement? Er der noget i den måde, deres arbejde er tilrettelagt på, som understøtter god og tydelig dokumentation? Og kan erfaringerne eventuelt overføres til andre faggrupper og sektorer?

Rammen om de møder, DSI har deltaget i, har som nævnt været hospitalet. Og auditredskabet er også udarbejdet med udgangspunkt i hospitalets tradition for journalaudit. Begge ting fører til en vis uligevægt i mødet. Hospitalet bliver "storebror", og mere på hjemmebane end de kommunale repræsentanter i mødet. Måske kan man skiftes til at mødes forskellige steder? Og skiftes til at indkalde til og stå for møderne? Dette kunne også være en måde at imødekomme det ønske, nogle af de kommunale medarbejdere giver udtryk for i afsnit 3.7, hvor der opfordres til, at der generelt i samarbejdet tages mere hensyn til den kommunale virkelighed.

Konkret omkring audits og mødet om udvalgte patientforløb vurderer DSI på baggrund af deltagelse i møderne, at det er en stor fordel, når det personale, der rent faktisk kender til patienterne, er involveret i audit. Det er vigtigt at tage udgangspunkt i patienterne som mennesker og i forløbene som individuelle. Vi tror, det vil være en fordel at undgå 'kas-

ser' og specifikke spørgsmål, der skal krydses af, hvis de ikke er relevante for den enkelte case. Et forslag kunne være, at man i stedet for at vælge mange forløb kun valgte et forløb per kommune, og så inden den fælles gennemgang samlede det involverede personale fra alle sektorer – inklusive om muligt den praktiserende læge – for at danne sig et fælles billede af hele forløbet: Hvem er det menneske vi kigger på, hvad fungerede godt for ham eller hende, hvad gjorde kommunikationen imellem sektorerne god, og hvor var der eventuelle knaster? I forbindelse med gennemgangen kan fokuseres på, hvilke generelle problemstillinger den enkelte sag kan give

anledning til at diskutere. Et efterfølgende fælles møde kan så tage udgangspunkt i få, men velbelyste cases, og komme til at dreje sig om de overordnede spørgsmål, som gennemgangen af de konkrete forløb har ført med sig.

Tilfældighed i forbindelse med udvælgelsen af patientforløb er i den forbindelse mindre vigtig, end at der findes forløb, man i fællesskab kan lære af. Fokus kan med fordel være at få udvalgt relevante patienter og patienter, som folk kender/kan huske. ■

6 Patienternes perspektiv

For at undersøge patientperspektivet på forløbsprogrammet for hoftebrudpatienter har vi fulgt fire patienter med hoftebrud i deres forløb igennem sygehus og efterfølgende udskrivelse til egen kommune. Dette har vi gjort ved at interviewe de medvirkende patienter under deres indlæggelse på Regionshospitalet Horsens, ved i tre af tilfældene at observere patienterne den dag de blev udskrevet, og ved at interviewe alle fire igen cirka to uger efter udskrivelse (jf. afsnit 9.2 om metode).

Hver patients oplevelse af det at have et hoftebrud, af det at ligge på sygehuset, af genoptræning, af hjemmeplejen osv. kan beskrives som værende subjektiv og farvet af et helt liv med andet indhold og eventuelt af tidligere oplevelser med sygdom og sundhedsvæsenet (Thorgård 2009 s. 107-109). Patienternes oplevelser kan derfor være svære at sammenligne, da problemstillinger hos én patient muligvis ikke opleves som problemstillinger hos en anden. Patientperspektiver af forløbsprogrammer er dog centrale, da programmerne primært sættes i værk for at skabe et bedre forløb for patienterne, og fordi patienterne er de eneste, der deltager i hele forløb på tværs af sektorer.

Antropolog Helle Max Martin skriver blandt andet om tidligere evalueringer af patientforløb, at koordinering og samarbejde internt på et sygehus og på tværs af sygehus og kommune ikke umiddelbart opleves af patienter. Først når patienterne oplever "brud" eller at noget ikke fungerer, stopper de op og spørger sig selv: "Er der styr på mig"? (Martin 2010). Denne del af undersøgelsen af forløbsprogrammet for hoftebrudpatienter handler netop om, hvordan patienter med

hoftebrud først oplever, at deres vej igennem sundhedsvæsenet går på tværs af interne organisationer på sygehuset og på tværs af sygehus og kommune, når de oplever "brud" eller bump på vejen. Denne del af undersøgelsen er derfor en fortælling om patienternes vej igennem sundhedsvæsenet og om de bump, de hver især oplevede på denne vej. Det er en fortælling om forskellige problemstillinger omhandlende faldforebyggelse, kommunikation og inddragelse på sygehuset; om udskrivelse til egen kommune; om hjælpemidler, hjemmepleje og genoptræning, men det er også en fortælling om tryghed og om tilfredshed. I det efterfølgende afsnit vil læseren kort blive introduceret til hver af de fire medvirkende patienter.

6.1 Introduktion til de medvirkende patienter

De fire medvirkende i undersøgelsen kan alle siges at være gode patienter. Med gode patienter skal forstås patienter, som udover deres hoftebrud alle havde et stabilt helbred og eksempelvis ikke fejlede noget akut livstruende på tidspunktet for undersøgelsen. Med gode patienter menes også patienter, der havde overskud og vilje til at deltage i en undersøgelse som denne. De fire medvirkende var alle kvinder i alderen 70-89 år. De viste alle generelt tilfredshed med deres forløb, med sundhedspersonalet og deres behandling, og de var alle af den overbevisning, at de ikke ville være 'til besvær.' Nedenfor følger en præsentation af hver af de fire medvirkende. Alle navne er ændret.

Nete

Nete er 89 år. Hun mistede sin mand for et halvt år siden efter et sygdomsforløb på nogle måneder. Nete passede selv sin mand i hjemmet indtil få dage, før han døde. Nete bor nu alene i sit rækkehus, og tabet af hendes mand fylder meget i hverdagen. Hendes søn, som er fraskilt, kommer tit på besøg og overnatter og hjælper Nete med praktiske ting som indkøb, madlavning og tøjvask. Nete brækkede sin hofte en morgen, hvor hun faldt ude på badeværelset. Hun er faldet to gange før, hvor hun fik brud på henholdsvis den ene arm og det ene knæ. På sygehuset blev Nete opereret samme dag, som hun kom ind, men grundet ukendte faktorer blev hun dårlig på sygehuset og var indlagt i sammenlagt tre uger. Efter udskrivelsen fra sygehuset er Nete begyndt at få hjælp af hjemmeplejen, og hun er begyndt at gå med rollator. På tidspunktet for det sidste interview fik hun dog næsten ingen hjemmehjælp længere, og hun regnede selv med, at hun ville stille rollatoren fra sig inden længe.

Agnes

Agnes er 88 år. Hun bor alene i en ældrebolig og har været alene i mange år. Hun har en datter, som bor i samme by, men som dør med et dårligt helbred. Agnes' sociale netværk udover datteren er ikke stort. Agnes faldt en morgen på vej ud af sengen. Hun kravlede herefter ud på badeværelset, hvor hun fik åbnet for et vindue og råbte efter hjælp. Der gik tre timer, før naboerne hørte hende. Oplevelsen fylder meget hos Agnes. Agnes blev opereret samme dag, som hun kom ind på sygehuset og blev udskrevet efter to uger. Hun var bange for at skulle hjem til et tomt hus, og i begyndelsen utryg ved at skulle tage imod hjemmehjælp. Efter udskrivelsen føler Agnes, at udskrivelsen til eget hjem er gået meget bedre, end hun havde forventet. Hun er overordnet glad for den hjemmehjælp, hun modtager, og er efter to uger allerede begyndt at trappe ned på hjælpen igen. Hun er endvidere begyndt at gå med rollator og regner med, at hun skal fortsætte med dette.

Meta

Meta er 74 år. Hun bor på 2. sal i en lejlighed sammen med sin mand, der ligesom Meta er meget frisk. De har tre børn, som alle er meget involverede i forældrenes hverdag. Derudover har Meta og hendes mand en stor omgangskreds i lokalområdet, og de mødes tit med venner og bekendte. Meta brækkede hofte, da hun skulle rejse sig op fra at have siddet på gulvet sammen med sit barnebarn. Hun blev opereret dagen efter hun kom ind på sygehuset og udskrevet efter fem dage. Meta er begyndt at gå med rollator udenfor efter udskrivelsen og ved ikke, om hun kommer til at gå igen udenfor uden den. Hun er meget aktiv i sin genoptræning og har sit genoptræningsprogram fra sygehuset liggende fremme på køkkenbordet.

Kathrine

Kathrine er 70 og bor i et parcelhus sammen med sin mand. Kathrine og hendes mand har tre børn, som alle har været ramt af svær sygdom hele deres liv. Kathrine fik for et år siden udskiftet sin ene hofte på grund af gigt. Hun har altid taget sig meget af sin familie, når de hver især har kæmpet med helbredet, og er også selv meget aktiv i eget sygdomsforløb. I forhold til de sygdomsforløb, som familien har været igennem, anser hun ikke sin gigt eller sit hoftebrud som noget, der i øvrigt behøver opmærksomhed fra andre end hende selv. Kathrine og hendes mand har en stor omgangskreds og mødes tit med venner og bekendte i lokalområdet. Kathrine faldt og brækkede sin hofte til en fest. Hun blev opereret tre dage efter hun kom ind på sygehuset, og hun var sammenlagt indlagt i en uge. Efter udskrivelsen støtter Kathrine sig til en krykke, når hun går udenfor. Hun er meget aktiv i sin genoptræning. Efter udskrivelsen er Kathrine også stoppet med at ryge.

6.2 Om faldforebyggelse

En af ambitionerne med forløbsprogrammet er at fange flere borgere, inden de falder, dvs. en styrket faldforebyggelse. På trods af dette giver samtlige kommuner, der har medvirket i denne undersøgelse, udtryk for, at netop forebyggelsesområdet fortsat er en stor udfordring for dem (jf. afsnit 3.6). Alle medvirkende patienter i undersøgelsen var faldet én eller flere gange inden det fald, der var skyld i deres nuværende hoftebrud. For tre af dem var det første gang, at de var kommet alvorligt til skade på grund af fald, for en enkelt var det tredje gang, at hun måtte opereres for et brud grundet et fald. På trods af dette anså *ingen* af de medvirkende i undersøgelsen sig selv som *én, der går og falder*. I dette afsnit vil vi komme ind på, hvordan dette kom til udtryk, og i afsnit 6.8 vil vi vende tilbage til, hvad det betyder for kommunernes og sygehusenes arbejde med faldforebyggelse blandt borgerne.

6.2.1 Om det at falde og ikke at falde

Som nævnt ovenfor anså ingen af de medvirkende patienter i undersøgelsen sig selv som *én, der går og falder*. Dette kom direkte til udtryk ved eksempelvis Meta, som forklarede, at hun ikke har snakket med sin praktiserende læge om faldforebyggelse på trods af tidligere fald, fordi: *"Jeg falder da ikke!"* Det kom også mere indirekte til udtryk ved, at alle de medvirkende patienter gav eksterne faktorer som sko, glatte sokker, tæpper, sæbe, hunde eller lignende skylden for deres fald.



Kathrine: Jeg tror simpelthen, at det var skoene, det tror jeg... med at man har stået stille der, og så har benene kikset.

Meta: Jeg tror, at det var glat. Jeg havde sådan nogle strømper på som dem her. (...) Og så var det, at jeg rejste mig op, og så har... så kunne jeg forestille mig, at benene, de smuttede fra mig.

To af de medvirkende patienter forklarer her indirekte, hvordan de anser deres fald som uheld. Alle de medvirkende patienter forklarede, at de ikke havde diskuteret faldforebyggelse, hverken med sundhedspersonale eller pårørende, fordi de netop anså deres fald som *uheld*. Dette gik igen i alle sygehusjournalerne, hvor det stod beskrevet, at patienterne ikke behøvede faldudredning, fordi deres fald havde været et "uheld", og fordi de ikke havde "tendens i øvrigt til fald".

Dette viser, at både patienter/borgere og sundhedspersonale kan være af den overbevisning, at uheld alene kan være skyld i fald og hoftebrud, og at sådanne uheld ikke nødvendigvis kan forebygges. Agnes kommenterede direkte: *"Det [fald] kan man vist ikke sådan forebygge"*. Denne kommentar opsummerer, hvordan de medvirkende patienter ge-

nerelt var af den opfattelse, at egne fald ikke kunne have været hindret ved faldforebyggelse – og hermed også, at fremtidige fald ikke kan forebygges. Blandt andet på baggrund af dette blev faldforebyggelse ikke italesat af de medvirkende patienter i undersøgelsen, og de oplevede heller ikke, at det blev italesat af sundhedspersonale eller af pårørende. I et tilfælde fremgik det af patientens sygehusjournal, at sygehuspersonalet havde diskuteret løse tæpper med patienten, men denne kunne ikke mindes denne samtale efter udskrivelsen. Ingen af de medvirkende kunne heller ikke mindes at have diskuteret sammenhænge mellem kost og faldforebyggelse med sundhedspersonale, selvom det fremgår af to af sygehusjournalerne, at der hos de to blev identificeret et ernæringsproblem på sygehuset.

Det fremgik endvidere af undersøgelsen, at patienterne fandt det svært at tale om deres fald og måske også på baggrund af dette ikke diskuteret tidligere faldepisoder med andre. Meta kommenterede eksempelvis om tidligere fald: *"Det holder jeg for mig selv"*. Hun beskrev, hvordan kun hendes mand vidste, at hun tidligere var faldet i badet, da: *"Han var nødt til at komme hen og hjælpe mig op"*. Agnes kommenterede også, at hun ikke havde fortalt egen praktiserende læge om tidligere fald, da: *"Det var ikke noget, der betød noget"*. Kathrine kommenterede også, da hun blev spurgt til, hvorvidt hun havde diskuteret faldforebyggelse med egen praktiserende læge: *"Nej! Ej ej... [hvisker] så gammel er jeg jo ikke, vel?"*.

De medvirkende blev alle spurgt, hvorvidt de eller deres mænd havde modtaget et brev fra kommunen angående faldforebyggelse. Nete og Agnes, som var henholdsvis 89 og 88 år, mindedes ikke at have modtaget en henvendelse fra deres respektive kommuner nogensinde. Meta havde ikke selv modtaget noget brev om faldforebyggelse, men fortalte at hendes mand havde modtaget en henvendelse en gang om året siden han blev 75: *"Han har fået brev... om hjælp"*. Da hun blev spurgt, om han tog imod 'den hjælp', svarede hun: *"Nej... det kan vi selv [...]. Det har han ikke behov for [...]. Nej, vi skulle ikke have noget hjælp da!"*. Hun kommenterede endvidere, at de gerne skulle blive ved med at kunne klare sig selv. Dette vidner om, at Meta og hendes mand anser henvendelsen fra kommunen som en henvendelse til folk, der ikke kan klare sig selv. Meta giver samtidig udtryk for, at de ikke ønsker at blive afhængige af hjælp, da dette kan resultere i, at de netop ikke længere vil kunne klare sig selv.

Dette afsnit viser, at de medvirkende patienter ikke anså sig selv som en del af en kategori af ældre, *der går og falder*, og at de var af den overbevisning, at faldene ikke kunne have været forebygget, og at de hermed ikke fandt det relevant at diskutere faldforebyggelse med sundhedspersonale eller pårørende. Afsnittet viser også, at faldforebyggelse kan være svært for både borgere og sundhedspersonale at tale om, da borgerne netop her oplever et "brud" imellem egen selvopfattelse (*Jeg falder da ikke!* eller *Vi skulle ikke have noget hjælp da!*) og omgivelsernes forestillinger og forventninger til dem (eksempelvis ved henvendelse fra kommunen om faldudred-

ning eller ved diskussion af løse tæpper med sygehuspersonale).

6.2.2 Egen faldforebyggelse

På trods af at de medvirkende patienter ikke havde diskuteret faldforebyggelse med hverken sundhedspersonale eller pårørende og udtrykte, at fald *ikke kan forebygges*, havde de alle gjort egne tiltag til at forebygge fremtidige fald. Dette indbar at anskaffe sig hjælpemidler, men også at skille sig af med forskellige objekter.

På baggrund af tidligere fald på badeværelset havde Meta eksempelvis selv anskaffet sig en måtte til brusenichen og et håndtag, som hun kunne holde ved. Efter de fald, der var skyld i de medvirkendes nuværende hoftebrud, anskaffede flere sig lignende hjælpemidler til badeværelset. Med hjælp fra sygehuset og kommunen anskaffede tre af de medvirkende sig også en rollator i forbindelse med det nuværende forløb. Agnes, som havde ventet i tre timer, før hendes naboer havde hørt, at hun kaldte efter hjælp, havde endvidere anskaffet sig en trådløs telefon, som hun altid kunne tage med sig på rollatoren: *"Så er den ved hånden, hvis der er brug for det"*, kommenterede hun. Meta valgte tilmed at fortsætte med at tage kalktabletter efter den anbefalede tid efter hoftebrudsoperationen, da: *"Mine knogler de er nok ikke så gode, som de burde være længere"*.

Egen faldforebyggelse indbar også at skille sig af med objekter, eksempelvis for Kathrine og Meta, som valgte at smide de sko og strømper ud, som de mente, var skyld i deres fald og nuværende hoftebrud. Nete havde tilsvarende valgt at skille sig af med det tæppe, som hun mente var skyld i hendes fald og nuværende hoftebrud, men ikke med de øvrige løse tæpper i hendes hjem.

På trods af det foregående afsnit vidner dette afsnit om, at de medvirkende i undersøgelsen til en vis grad er af den opfattelse, at fald eller *uheld* kan forebygges. Dette er en central viden for fremtidige faldforebyggende tiltag, da det betyder, at borgerne på sin vis tænker i faldforebyggelse, men som foregående afsnit vidner om ikke anser det eller kalder det for *faldforebyggelse*. I diskussions- og anbefalingsafsnittene (afsnit 6.8 og 7.4) vil vi komme nærmere ind på, hvordan kommuner og sygehuse kan bruge denne viden til at gribe forebyggelsesområdet an.

6.3 På sygehuset

Alle medvirkende patienter i undersøgelsen havde svært ved at gengive, hvad der var sket på hvilke tidspunkter i løbet af deres indlæggelser, og eksempelvis hvem på sygehuset de havde snakket med om hvilke problemstillinger. Dette kan være et udtryk for, at patienter netop ikke registrerer eller oplever sammenhænge, men at det først er, når de oplever "brud" (Martin 2010) eller *bump* på vejen, at de stopper op og reflekterer over det sygeforløb, som de er på vej igennem. Som tidligere beskrevet i afsnit 4.3.2 giver sygehuspersonalet udtryk for, at de oplever det som vanskeligt for patienterne at forholde sig til al den information, de får under indlæggelse.

De medvirkende patienter gav dog ikke selv udtryk for, at de havde svært ved at forholde sig til den information, de fik på sygehuset. For eksempel gav de alle udtryk for, at de altid spurgte personalet, hvis der var noget under deres indlæggelse, som de var i tvivl om, og at de altid følte sig inddraget i egen indlæggelse og behandling på det plan, hvor det var muligt.

De medvirkende patienters og sygehuspersonalets umiddelbare beskrivelser af patienternes oplevelser af at modtage og forstå information under indlæggelse stemmer med andre ord ikke overens. På trods af patienternes udsagn om, at de altid spurgte sygehuspersonalet til råds, hvis de var i tvivl om noget under deres indlæggelse, fremgik det af undersøgelsen, at alle de medvirkende patienter dannede, hvad vi kan kalde for egenfortællinger, dvs. egne slutninger eller konklusioner om hændelser i deres hoftebrudsforløb, som de enten ikke havde forstået eller ikke havde diskuteret med sundhedspersonalet. Dette afsnit handler netop om disse egenfortællinger, om inddragelse i egen indlæggelse og behandling og om vidensdeling mellem sygehuspersonale og patienter.

6.3.1 Egenfortællinger

Egenfortællingerne blev anvendt som en måde for patienterne at få de løse ender til at mødes og hermed som en måde, hvorpå de kunne navigere udenom bumpene på vejen. Kathrine, der fik konstateret forhøjet levertal den dag, hvor hun skulle udskrives, fortæller eksempelvis:



Kathrine: Jeg tror stadigvæk på at... nu de der indsprøjtninger, jeg fik. Jeg tror, det er dem, der er skyld i det (...). Men! Der står på dem [medicinæsken], nu kan jeg prøve at hente dem, at de kan give kløe, og de kan give blødninger, og de kan give forhøjet levertal (...). For når jeg både fik kløen på ryggen, og jeg havde det der med blodet... og de siger, at de kan forandre levertallene (...). Så jeg håber på, at det er det.

Interviewer: (...) Hvad siger de om det, lægerne? Tror de også på, at det er det med de indsprøjtninger?

Kathrine: Nu har jeg jo ikke snakket med lægerne... for jeg blev jo bare sendt hjem, jo...

Kathrine drager her en slutning om, hvorfor hun tror, at hun har fået forhøjet levertal efter sin indlæggelse, idet hun rationaliserer, at hun har fået to af de bivirkninger, der står opgivet på noget medicin, som hun tager i forbindelse med sit hoftebrud. Hun drager heraf den konklusion, at det er logisk, at hun også ville have fået en tredje opgivet bivirkning, nemlig forhøjet levertal. Kathrine giver samtidig udtryk for, at hun håber, at denne udgave af fortællingen er den rigtige, da hun indirekte drager den konklusion, at de forhøjede levertal vil forsvinde, når hun stopper med at tage medicinen. Kathrine

og hendes mand sætter samtidig en anden *egenfortælling* i spil i et forsøg på at forklare, hvorfor Kathrines levertal er forhøjet:



Niels, Kathrines mand: Vi havde været til fest, ikke også? Og selvfølgelig havde vi fået nogle (...). Det kan da også godt være, at det er derfor... når de har taget blodprøver, de kunne se... de kan jo selvfølgelig se, om...

Kathrine: Ja, de tænker... hun er en værre drucker, hende (...), men det er klart, når man er til fest, så får man velkomstdrink, man får hvidvin, man får rødvin, og man får (...) dessertvin (...). Niels mener, om det havde noget med levertallene at gøre (...). Nu... han er inde på, jeg må overhovedet ikke få spiritus, ik' og'? Og det har noget med levertallene at gøre... for det går jo hurtigt i leveren, jo...

Ovenstående viser, at patienterne ind imellem danner flere fortællinger og konklusioner om samme problemstilling, men fortsat at fortællingerne er funderet i en vis form for logik (*han er inde på, jeg må overhovedet ikke få spiritus...*). Samtidig viser ovenstående også, at *egenfortællingerne* kan dannes i samspil med omgivelserne, i dette tilfælde med patientens mand. Det er eksempler på, hvordan Kathrine og hendes mand forklarer processer i Kathrines krop, som de ikke forstår, og som de ikke har diskuteret med sygehuspersonalet. De tre andre patienter dannede lignende egenfortællinger om, hvorfor deres kroppe reagerede, som de gjorde, særligt i forbindelse med indtagning af medicin.

Ovenstående eksempler på *egenfortællinger* bygger på en logik, som Kathrine og hendes mand funderer i en *teoretisk viden* om, hvordan kroppen ifølge dem fungerer. Andre *egenfortællinger* byggede på en mere *kropslig erfaret* logik, hvor gentagende kropslige erfaringer lå til grund for specifikke slutninger. Nete beskrev eksempelvis, hvordan tidligere oplevelser med bestemt medicin lå til grund for hendes ræsonnement om, hvorfor hun blev dårlig ved indtagelsen af bestemt medicin i dette sygeforløb.

Hvorvidt slutningerne i eksemplerne holder stik lægefagligt eller ej er i denne undersøgelse knap så relevant som det faktum, at *egenfortællingerne* skabes og fortælles uden om sundhedspersonalet. Jackson beskriver, hvordan mennesket *fortæller historier* om hændelser i dets liv, hvor det har oplevet at have mistet kontrollen og har haft svært ved at forstå, *hvorfor og hvordan* hændelsen hang sammen. Det at *fortælle historier* giver ifølge Jackson fortælleren mulighed for at genfinde fodfæste over eget liv og at skabe en forståelse af tidligere umiddelbart meningsløse hændelser (Jackson 1996) og (Jackson 2002). Dette afsnit viser, hvordan *egenfortællinger* netop anvendes af de medvirkende patienter til at udfylde eventuelle videns- og forståelseshuller og hermed til at kunne navigere uden om eventuelle *bump* på vejen.

6.3.2 Inddragelse

Alle medvirkende patienter i undersøgelsen havde svært ved at forholde sig til begrebet inddragelse. De fleste var af den opfattelse, at de ikke var i stand til at blive inddraget i deres sygeforløb som eksempelvis Kathrine, der udtrykker: *"Det har jeg overhovedet ingen, hvad skal jeg sige, kompetencer eller noget [...] til at tage stilling til"*. Agnes beskrev eksempelvis også om sin kommende hjemmehjælp: *"De [sygehuspersonalet] skulle bare planlægge min hjemmehjælp, og hvad jeg skulle have af hjælp, og ellers så var det da ikke sådan noget [der blev] diskuteret"*. Ligeledes gav alle patienterne udtryk for, at de ikke vidste, om der fandtes en plejeplan eller genoptræningsplan for dem.

Lund et al. beskriver, hvordan mange ældre patienter kan beskrives som værende relinquishers, dvs. patienter, som frasiger sig at engagere sig i eksempelvis planlægning af genoptræning eller generelt overgiver det fulde ansvar for deres sygdomsforløb til sundhedsprofessionelle. Dette er med andre ord en gruppe af patienter, som har nemt ved at acceptere de sundhedsprofessionelles planer for dem, og som har stor tillid til de beslutninger, de træffer (Lund, Tamm & Bränholm 2001).

De medvirkende patienter i undersøgelsen kan alle til en vis grad beskrives som relinquishers, idet de i høj grad lod sundhedsprofessionelle om at planlægge deres sygeforløb, udskrivesforløb, genoptræningsforløb osv., og idet de alle var trygge ved, at de sundhedsprofessionelle traf de relevante beslutninger for lige præcis deres forløb. Undersøgelsen viser samtidig, at alle de medvirkende patienter oplevede at blive inddraget på det plan, hvor det var muligt og gav mening for dem selv. Dette kom eksempelvis til udtryk, da Meta beskrev om sit udskrivestidspunkt: *"Jamen, jeg sagde da bare, at nu vil jeg gerne hjem. Så det var vi [sundhedspersonalet og Meta selv] så enige om"*. Eller Nete som sagde om sit operationsforløb, at det var et forløb, som kirurgen og hende havde "aftalt" inden. Ovenstående viser blandt andet, at patienter, som har svært ved at forholde sig til, hvorvidt de bliver inddraget i eget forløb, alligevel kan siges at opleve at være inddraget på et niveau, hvor det giver mening for dem.

6.3.3 Udskrivelsessamtaler

Tre af de medvirkende patienter blev observeret i nogle timer den dag, de skulle udskrives, omkring det tidspunkt hvor der skulle afholdes en udskrivelsessamtale. Udskrivelsessamtalerne blev afholdt af en sygeplejerske eller af en sygeplejestuderende med udgangspunkt i et sæt af spørgsmål (se bilag 3). Samtalerne blev alle afholdt på firemandsstuer, hvor andre patienter var til stede, og varede 2-3 minutter. Patienterne fik korte spørgsmål som: *"Har du fået den information, du skulle bruge, imens du har været indlagt?"* og *"Har du været tilfreds med din indlæggelse?"* Og sundhedspersonalet fik ligeledes korte svar af patienterne som: *"Ja."* Spørgsmålene virkede på observatørerne som lukkede og de fysiske rammer som begrænsende. Hvordan bliver en patient eksempelvis klar over, at de 'ved nok' eller har fået den information, de skal bruge?

Ingen af patienterne mindedes, at de havde haft en udskrivelsessamtale eller at der *"skete noget særligt"*, som Agnes udtrykker det, den dag de blev udskrevet. De beskrev alle, hvordan den information, de havde fået med sig fra sygehuset, var kommet under indlæggelsen og ikke var blevet samlet op på til slut. Patienterne anså dog ikke dette som et problem, som Kathrine beskrev: *"Du ved jo, at du skal passe på med dit ben"*. Agnes udtrykte dog skuffelse over, at en læge havde sagt, at han ville komme forbi på udskrivelsesdagen, før hun skulle hjem: *"[Han sagde], vi ses i morgen! [...] Han kom ik'!"*.

Der opstod flere misforståelser i patienternes senere forløb, som muligvis kunne have været undgået, hvis udskrivelsessamtalen havde været afholdt på en anden måde og stået mere centralt som en del af patienternes udskrivelse. Afsnit 6.8.2 handler netop om, hvordan udskrivelsessamtalerne kan bruges til at komme misforståelser og de utilsigtede hændelser heraf i forkøbet. Det efterfølgende afsnit handler om de medvirkende patienters oplevelser af at blive udskrevet til egne hjem.

6.4 Mødet med kommunen

Det er særligt, når patienter udskrives, at der opstår *bump* på vejen, da de forventninger, som patienterne har opbygget på sygehuset til eksempelvis kommunernes hjemmepleje, hjælpemidler og genoptræning, ikke altid bliver indfriet. Disse *bump* opstår typisk ud fra en misforståelse eller fejlkommunikation imellem patient og sygehuspersonale, sygehuspersonale og kommune eller kommune og patient. Dette afsnit omhandler, hvordan hoftebrudspatienterne i denne undersøgelse oplevede det at blive udskrevet til egen kommune, hvordan de oplevede at tage imod hjælp fra andre eller det at bruge hjælpemidler, og hvordan de oplevede at holde gang i deres genoptræningsforløb.

6.4.1 Hjemmepleje

To af de medvirkende i undersøgelsen – Nete og Agnes – modtog hjælp fra hjemmeplejen efter udskrivelsen fra sygehuset. For begge var det første gang, at de selv modtog regelmæssig hjælp fra hjemmeplejen, selvom Nete havde fået en smule hjælp af hjemmeplejen for år tilbage og til at passe sin mand for nylig i den sidste tid, inden han døde. De to havde derfor også forskellige udgangspunkter, som farvede deres umiddelbare oplevelser af hjemmeplejen.

På sygehuset var Agnes ambivalent i forhold til at skulle tage imod hjælp fra hjemmeplejen. Hun var ikke tryk ved at skulle hjem til "et tomt hus", men hun var heller ikke tryk ved at skulle have hjælp udefra: *"Der har aldrig været nogen indenfor mine døre!"* I sidste ende forklarede Agnes dog, at *"alle kan se"*, at hun havde brug for hjælp, og indvilgede i at tage imod hjælpen, selvom hun ikke engagerede sig særligt i, hvad hun skulle have hjælp til. Den dag, hun blev udskrevet, beskrev hun eksempelvis, at hun ikke vidste, hvornår hjemmeplejen skulle komme, og: *"Det er noget med at få hjælp til at blive vasket og få tøj på [...]. Sygeplejerskerne har bestilt det"*.

To uger efter udskrivelsen var Agnes fortsat ambivalent, når hun talte om hjemmeplejen. På den ene side udviste hun generelt mere utilfredshed med hjemmeplejen, end hun gjorde med sygehuspersonalet, men hun viste utilfredshed over hjemmeplejen på områder, hvor hun havde vist stor forståelse og tolerance for sygehuspersonalet. Dette var eksempelvis i forhold til oplevelser af stor udskiftning af personale, hvor Agnes på sygehuset godt kunne forstå den store udskiftning, men i hjemmet irriterede sig over, at der kom så mange forskellige fra hjemmeplejen.

Dette kan være et udtryk for, at nogle andre faktorer og krav er på spil, når sygepleje ydes i hjemmet frem for på sygehuset. Samtidig var Agnes overrasket over, at hun skulle betale for hjemmeplejen og følte ikke, at hun var blevet informeret ordentligt om dette inden udskrivelsen, selvom det fremgik af sygehusjournalen, at hun var blevet informeret om "brugerbetaling". På den anden side forklarede Agnes også, at hun ikke havde brug for hjælp af hjemmeplejen til at rede sin seng længere, og at hun derfor burde afmelde hjælpen, men: *"Det er da rart nok at se mennesker [...] Det er jo nogle lange dage, når man slet ikke ser nogen her"*. Selvom Agnes udtrykte en vis utilfredshed over hjemmeplejens tilstedeværelse i hjemmet, udviste hun samtidig en tryghed ved at vide, at der kom nogen.

Nete havde kendskab til det lokale hjemmeplejepersonale, inden hun blev udskrevet, da de havde hjulpet hende med at passe hendes mand i den sidste tid, inden han døde. Selv havde hun ikke modtaget hjemmehjælp i andet end et par dage for år tilbage i forbindelse med et brud på albuen. Nete gav udtryk for, at det var "en mærkelig følelse" at have nogen fra hjemmeplejen til at komme ind i sit hjem, og hun udtalte: *"Jeg skal helst ikke have det [hjælp] igen"*. Men samtidig gav hun også udtryk for, at hun var glad, fordi: *"Mange af dem, der kommer her, de var her jo til min mand"*. For Nete var det centrale i forhold til hjemmeplejen, at de var et fast holdepunkt i en svær tid i højere grad end at de var en hjælp i forbindelse med hendes hoftebrud. *"Så er de her jo bare"*, forklarede hun om, hvad hjemmeplejen lavede, når de var hos hende.

Ovenstående viser, at der er mange personlige faktorer på spil i hjemmet, som påvirker, hvordan den enkelte forholder sig til at modtage hjælp fra hjemmeplejen. Det viser også, hvordan egne forventninger eller håb om selvhjælp kan brydes, når hjemmeplejen kommer ind i hjemmet og derfor kan opleves af den enkelte som et *bump* på vejen. Dette betyder ikke, at den enkelte ikke fortsat kan være glad og tryk ved hjemmeplejen.

6.4.2 Hjælpemidler

Tre af de medvirkende patienter i undersøgelsen fik en rollator efter udskrivelse. Meta var af den overbevisning, at hun havde aftalt med sygehuset, at hun skulle have en rollator. Dette fremgår også af Metas sygehusjournal. På trods af dette var der ikke blevet afleveret en rollator hos Meta, den dag hun blev udskrevet, hun blev ikke kontaktet af kommunen

efter udskrivelse, og hun var ikke klar over, om hun selv skulle have hentet rollatoren et sted. Efter otte dage ringede Meta selv til visitationen i hendes kommune og fik arrangeret, at hun kunne få en rollator. Det centrale er her ikke, hvor fejl-kommunikationen opstod i Metas forløb, da den potentielt kunne have opstået i alle led, men det faktum at der opstod et brud i Metas forventning til, at rollatoren var bestilt og ville blive bragt til hendes hjem.

Meta og Agnes gav begge udtryk for, at rollatoren gav dem tryghed i kraft af gangstøtte, men også i kraft af genvunden selvstændighed i forhold til at være afhængig af hjælp fra andre. Meta beskriver eksempelvis:



Så vil jeg gerne have en rollator. Fordi så har jeg mere styr på, når jeg går ned ad gaden (...). Jeg bryder mig ikke om, hvis jeg falder igen. Så derfor kunne jeg tænke mig en rollator, så havde jeg da noget at støtte mig til (...). For ellers så går jeg aldrig selv. Min mand er altid med. Og det behøver han jo ikke, hvis jeg havde noget at gå... at støtte mig til (...). Man kan bare gøre, som man vil.

Trygheden og den genvundne selvstændighed ved rollatoren kom også til udtryk i forhold til, at rollatoren gør det muligt for brugeren at have ting med sig, når denne bevæger sig rundt. Agnes, som efter sit fald havde ventet i mange timer på hjælp, beskrev eksempelvis: *"Jeg går jo altid med min telefon nu [...] Så er den ved hånden, hvis der er brug for det. Det kan blive nødvendigt"*. Meta beskrev også, hvordan rollatoren gjorde det muligt for hende at gå ned og handle, bringe varer med hjem selv og hermed gjorde det muligt for hende ikke at være afhængig af, at hendes mand altid skulle købe ind.

Nete var anderledes forbeholden i forhold til brugen af en rollator. Modsat Meta og Agnes, som under deres indlæggelser flere gange gav udtryk for, at de ønskede en rollator efter udskrivelse, kommenterede Nete under sin indlæggelse: *"Nej, det skal jeg ikke [have], hvis jeg kan undgå det!"* Efter udskrivelsen kunne Nete dog ikke komme omkring uden en rollator i hjemmet. Hun kommenterede om rollatoren: *"Jeg skal (...) ikke blive ved med at have den da, det kan jeg godt sige dig! (...) Jeg vil gerne selv kunne gå"*. Hun forklarede endvidere, at hun ville afmelde sin hjemmepleje, så snart hun kunne gå uden rollatoren: *"For det må være ensbetydende med, at jeg er ved at være rask"*. Modsat Meta og Agnes som oplevede, at deres rollator gav dem en genvundet selvstændighed og mobilitet, anså Nete sin rollator som et tegn på, at hun var syg og afhængig af hjælp.

Ovenstående viser, at hjælpemidler kan være medvirkende til, at borgere i egne hjem oplever en større grad af tryghed, selvstændighed og uafhængighed, men også at de eksempelvis kan opleve en rollator som et symbol på det modsatte. For Nete var rollatoren eksempelvis et *bump* på ve-

jen, idet hendes egne forventninger og håb til selvhjælp blev brudt ved tilstedeværelsen og brugen af rollatoren.

6.4.3 Genoptræning

Hvor Kathrine frabad sig hjælp til genoptræning af kommunen, modtog Agnes og Nete begge genoptræningstilbud fra deres kommuner. Meta derimod var af den overbevisning, at hun havde aftalt med sygehuspersonalet, at hun skulle have hjælp af sin kommune til genoptræning. Da kommunen ikke kontaktede Meta efter udskrivelsen, valgte hun ikke selv at følge op på det, da hun ikke ville "tigge om noget". Hun forklarede, hvorfor hun troede, at kommunen ikke havde kontaktet hende:



Ja, men altså [navn på kommune]. Nej, det regnede jeg ikke med da. De skal jo spare (...). Ja, så det... nej, jeg havde ikke regnet med, at der kom nogen (...). Nej, det var ikke overraskende.

Meta forklarede yderligere, at hun nogle dage forinden havde læst i lokalavisen, at hendes kommune skulle til at spare på sundhedsområdet. På baggrund af dette og måske som en måde at fastslå, at hun ikke vil "tigge om noget", fastslog hun samtidig, at hun "havde ikke regnet med, at der kom nogen" fra kommunen. Til Metas udskrivelsessamtale gav sygehuspersonalet udtryk for, at informationen om hendes genoptræning var sendt til kommunen. På trods af dette fremgår det både af Metas sygehusjournal og af journalerne fra kommunen, at Meta ikke skulle have hjælp til genoptræning af kommunen.

Dette forløb er et eksempel på, at kommunikationen mellem patient/borger, sygehuspersonale og kommune er kompleks, og at informationer og forventninger skal afstemmes og føres vellykket igennem mange led, for at kommunikationen ikke slår fejl. I ovenstående afsnit blev det beskrevet, hvordan Meta selv valgte at ringe til sin hjemkommune for at følge op på tilbuddet om en rollator, men dette hændelsesforløb er et eksempel på, at Meta ikke i alle situationer vil ringe til kommunen og følge op på eksempelvis sin genoptræning.

Der var stor forskel på, hvor engagerede de fire medvirkende var i egen genoptræning. Kathrine og Meta udviste en stor evne og overskud til at inkorporere deres genoptræningsprogram fra sygehuset som en del af deres hverdag. Dette gjorde de eksempelvis ved at gøre den daglige gåtur længere og omlægge ruten, så turen kom omkring trapper. Det kunne også være ved at have genoptræningsprogrammet fra sygehuset liggende på køkkenbordet, som passede præcis i højde til de øvelser, der skulle udføres, og som motiverede dem til at udføre korte træningsrunder løbende igennem dagen, når de kom ud i køkkenet. Agnes og Nete var derimod mindre aktive i deres genoptræning, og de satte særligt deres lid til kommunernes genoptræningstilbud. Hverken Agnes eller Nete

havde eksempelvis kigget i genoptræningsprogrammet fra sygehuset, efter de blev udskrevet.

Det er svært at sige, hvad der gjorde udfaldet med så få medvirkende borgere i undersøgelsen, men de borgere, der var mest selvhjulpne, var yngre, havde en frisk ægtefælle, havde tidligere erfaringer med vellykket genoptræningsprogrammer hos sig selv eller hos andre, var generelt mere engagerede i deres sygeforløb og havde styr på datoer for konsultationer og lignende, og var generelt opsøgende på mange andre områder, når det kom til deres sundhed. Eksempelvis stoppede Kathrine med at ryge efter indlæggelse, og Meta trappede ned på antal cigaretter, hun røg per dag. De borgere, der havde sværere ved at engagere sig i deres genoptræning, var som sagt ældre end den første gruppe og var også begge alene i hjemmet.

Ovenstående viser, at hver enkelt borger har forskellige forudsætninger for at engagere sig i deres genoptræning, hvad end det er sociale, fysiologiske og/eller organisatoriske (som eksempelvis fejl-kommunikationer) omstændigheder, der sætter rammerne for, hvad der kan lade sig gøre for den enkelte. Det næste afsnit handler om, hvordan de medvirkende patienter på et mere overordnet plan oplevede organisationen internt på sygehuset og på tværs af sygehus og kommune.

6.5 Patientperspektiv på organisation

De medvirkende i undersøgelsen reflekterede ikke umiddelbart over den organisation, som de kom igennem internt på sygehuset eller over de organisatoriske sammenhænge ved overgang fra at have været indlagt på sygehuset til at blive udskrevet og eventuelt modtage hjælpemidler, hjemmepleje eller genoptræning. I tråd med Martins beskrivelse af, at patienter ikke oplever samarbejde og sammenhænge på tværs af sektorer (Martin 2010), var interne og tværgående organisationer ikke synlige for patienterne. Som beskrevet i afsnit 6.3, udviste ingen af de medvirkende eksempelvis særlig opmærksomhed i forhold til, hvor på sygehuset de befandt sig på hvilke tidspunkter, eller hvem de havde snakket med.

Eksempelvis beskrev Kathrine blot følgende, da hun blev spurgt ind til, hvad der skete på sygehuset, da hun kom ind efter at være faldet: "Man kommer ind med båren, ik' og'? Og så får man en undersøgelse, og sådan er det!" Eller Meta: "Jeg kan bare huske, at der var en, der tog imod mig. Men hvem... om det var en dame eller en herre, det ved jeg ikke". Det samme gjorde sig gældende i forbindelse med eller efter udskrivelse, hvor de medvirkende hver især gav udtryk for uvidenhed om, hvem der havde sørget for hvad på deres vegne. Til eksempel kommenterede Agnes, da hun blev spurgt, hvorvidt sygehuspersonalet havde arrangeret, at hun kunne få hjemmehjælp: "Nej, det ved jeg ikke... Det må tage en dag at ordne!"

På trods af ovenstående var alle medvirkende dog bevidste om, at der eksisterede en form for organisation omkring dem. Nete kommenterede eksempelvis om forløbet på sygehuset: "De [sygehuspersonalet] har jo en rækkefølge, de

følger". Samtlige medvirkende lagde også vægt på, at der eksisterer en form for kommunikationshierarki i sundhedssektoren. Eksempelvis gav alle medvirkende udtryk for, at de ville kontakte egen praktiserende læge, hvis de havde nogle spørgsmål angående deres hoftebrud. Ingen af de fire ville eksempelvis gøre brug af den kontaktperson, som de havde fået på sygehuset. Agnes forklarer, hvordan hun ville ringe til egen læge, hvis hun havde nogle spørgsmål om sit hoftebrud: "Så skal det nok være igennem lægen, ellers kommer vi ikke på sygehuset (...). Det skal da der igennem først".

Ovenstående viser, at selvom de medvirkende er bevidste om, at der findes en form for organisation omkring dem, engagerer de sig ikke særligt i de(n) organisation(er). Dette er eksempelvis illustreret ved, at de medvirkende alle anså egen praktiserende læge som vejen ind i sundhedssektoren eller ind i en organisation, som de vidste var præget af en bestemt rækkefølge, men som de ellers ikke udviste en særlig indsigt eller engagement i.

6.6 Om tryghed og om utryghed

Samtlige medvirkende patienter gav udtryk for, at de var trygge i den situation, de befandt sig i på tidspunktet for interviews og observationer, hvad enten de befandt sig på sygehuset eller i hjemmet. De medvirkendes oplevelser af tryghed blev generelt sat i forbindelse med det visse i nuet, hvor oplevelser af utryghed blev sat i forbindelse med det uvisse, eksempelvis i fremtiden eller i forbindelse med andres sygeforløb.

Agnes beskrev eksempelvis under sin indlæggelse, at hun var tryk ved sygehuspersonalet og ved det at ligge på sygehuset. Da hun blev spurgt under sin indlæggelse, om hun var tryk ved at skulle udskrives nogle dage senere, svarede hun: "Nej, det vil jeg ikke sige. Men det må jeg jo... det kan jeg ikke blive ved at være... [...] Sådan lige at komme hjem i et tomt hus og ingen hjælp at have. Det er da ikke noget". Og på dagen for udskrivelsen kommenterede hun: "Jeg kan ikke se, hvordan det skal gå". Til interviewet med Agnes cirka to uger efter udskrivelse virkede hun til gengæld meget tryk ved at være hjemme igen og beskrev, at hun var overrasket over "... at det er kommet så hurtigt, som det er... med at komme op og komme på toilet om natten, og..." Disse eksempler illustrerer, hvordan Agnes under sin indlæggelse og den dag, hun blev udskrevet, udtrykker en utryghed ved fremtiden og over det at skulle hjem til det uvisse, et tomt hus og ingen hjælp. Det viser også, hvordan hun udtrykker tryghed i nuet i forhold til sin indlæggelse, og hvordan hun efter udskrivelse også udtrykker tryghed i nuet over at være hjemme igen og i forbindelse med dette også en vished om, at hun er mere selvhjulpne, end hun havde turdet håbe på.

De medvirkende gav også udtryk for utryghed i forestillede situationer om andre og i forestillinger om, hvad man selv ville gøre, hvis man stod i sådanne situationer. Meta beskriver eksempelvis om en anden patient, som var i samme sygetransport som hende selv, den dag hun blev udskrevet: "Den ene hun... ja, det var en gammel dame [...]. Hun kunne

faktisk ingenting. Hun skulle op ad sådan en rigtig høj trappe... ind til et hus. Og hende fik han [chaufføren] så ind. Og så fik fat i en rollator. Der vil jeg ikke bo, når jeg... altså hvis jeg var så dårlig".

Eller Kathrine: "Jeg har jo min mand derhjemme. Jeg siger, det er straks værre... fordi en af dem, der kom hjem i forgårs, hun bor alene. Og jeg tror endda, hun boede på tredje sal. Det er straks lidt værre".

Selvom ingen af de medvirkende patienter var i fuld narkose under deres hofteoperation, gav de alle udtryk for en utryghed ved tidligere oplevelser med fuld narkose – hos sig selv eller hos bekendte – og med det at miste bevidstheden og ikke at kunne huske, hvad man gør og siger efterfølgende. Meta beskrev eksempelvis, hvordan hun kom til bevidsthed efter at have været i fuld narkose under en tidligere operation, og "... kunne fornemme, at der var noget, som ikke skulle være, som det var" med sygehuspersonalet. Hun forklarede med egne ord: "Jeg er meget vanskelig, når jeg bliver helbedøvet ... og så har jeg muligvis fornærmet dem [sygehuspersonalet] dernede. Jeg ved det ikke, for jeg kan ikke huske det". Dette er endnu et eksempel på, hvordan det uvisse kan skabe utryghed hos den enkelte.

Alle de medvirkende fandt det derfor meget trygt at være vågne under deres operationer. Kathrine beskrev eksempelvis om sine oplevelser under operationen:



Du kan høre, hvordan de saver og banker... du [kan] både høre og mærke (...). De spurgte da også, om jeg skulle have musik i ørene... nej nej... jeg skal følge med i, hvad der foregår! (...) Man har sådan en stor dyne, som er pustet op og varm, og som ligger over en. Og den rasler, ligeså snart de rører. Nej, man kan ikke decideret høre, hvad de siger. Men man kan godt høre, hvis de griner eller gør andet (...). Og jeg kan jo ikke mærke, at det gør ondt. Jeg kan bare høre det.

Ovenstående eksempler viser, at de medvirkende generelt udviste stor tryghed i nuet og i forbindelse med de situationer, som de umiddelbart befandt sig i. Denne tryghed i nuet hang sammen med en vished om, at de hver især havde kontrol over situationen, som de var i, også selvom den indebar at overlade ansvaret for sig selv til sundhedsprofessionelle (*Jeg skal følge med i, hvad der foregår!*). Samtidig viser ovenstående eksempler også, hvordan de medvirkende udviste utryghed over det uvisse, ofte forbundet med fremtiden eller med forestillede sygeforløb for andre eller for en selv.

6.7 Tilfredshed trods bump på vejen

De foregående afsnit har været en beskrivelse af fire menneskers vej igennem det danske sundhedsvæsen fra indlæggelse og operation til udskrivelse og efterfølgende kontakt med egne kommuner.

Afsnittene har illustreret, hvordan de medvirkende har oplevet forskellige *bump* på deres vej fra brud imellem selvopfattelser og omgivelsernes forestillinger og forventninger til deres faldforebyggende indsats; til konstruktioner af *egenfortællinger* som en vej udenom bump og videnshuller; til brud imellem forventninger på udskrivesdagen og det, der rent faktisk sker; til brud imellem egne forventninger til selvhjælp og hjemmeplejens eller hjælpemidlers tilstedeværelse i egne hjem; til brud imellem forventninger om udlevering af hjælpemidler og de hjælpemidler, de medvirkende hver især modtog; til brud imellem forventninger om tilbud på genoptræning og de tilbud, de medvirkende hver især modtog, og til brud i forhold til det usisse og til utrygheden, hvor forventninger og forestillinger var svære for alle at fastsætte.

Når de medvirkende blev spurgt direkte, om de var tilfredse med enkeltdele af deres forløb og med deres forløb som helhed, gav de alle udtryk for stor tilfredshed.

Det er en udfordring i undersøgelser som denne at konkludere på patientperspektiver på forløb, hvor patienter både fremstår tilfredse og giver mundtligt udtryk for stor tilfredshed, men også oplever store *bump* eller *brud* på forventninger undervejs. Betyder dette eksempelvis, at de medvirkende – trods en umiddelbar tilkendegivelse af tilfredshed – *ikke* har været tilfredse? Eller betyder det, at de har været tilfredse på trods af bumpene på vejen? Hvordan forholder man sig som sundhedsprofessionel til sådanne spørgsmål – kan man eksempelvis tillade sig at sige, at et forløb ikke er *godt nok* på trods af de involveredes tilfredshed? Denne problematik kan sættes på spidsen med endnu et eksempel på et *bump* på vejen:



Meta: Nej, jeg fik sådan et kort med nogle papirer [fra sygehuset]. Og da jeg så kom hjem, da kiggede jeg på dem, og så sagde jeg... det er da ikke mine, sagde jeg så. Det er da Kathrines! Så havde jeg fået Kathrines med hjem, og hun havde fået mit med hjem (...). Og så ringede hun til mig... så sagde jeg, jamen så skal jeg have din adresse. Den står da nedenunder, sagde hun så. Det gjorde den bare ikke! (...). Og så ringede jeg ud på sygehuset... det kunne jeg ikke få! (...). Så skrev Kathrine et brev, og så var hendes adresse på... og så kunne jeg så sende det ud til hende.

Meta kommenterede efterfølgende på ombytningen af papirerne fra sygehuset: *"Det var da lige meget. Det løste vi bare."*

En måde at vurdere, hvorvidt et sygeforløb for en given patient har været *godt nok*, er at sammenstille det med de retningslinjer eller målsætninger, som sundhedsprofessionelle selv opstiller. Forløbsprogrammet for hoftebrudspatienter opsætter blandt andet følgende målsætninger: "Sikker mundtlig kommunikation" og "Styrkelse af patientsikkerhed". Det anbefales i den forbindelse, at alle borgere med hoftebrud kontaktes af deres respektive kommuner efter udskrivelse og

får besøg af en sundhedsprofessionel med det formål at forebygge genindlæggelser og fald i fremtiden. For de medvirkende i denne undersøgelse skete dette kun i de to tilfælde, hvor der var brug for hjemmehjælp efter udskrivelse. Et besøg hos eksempelvis Meta, som ikke modtog hjemmehjælp, kunne muligvis have støttet hende i at få en rollator tidligere og havde muligvis opfanget hendes forventninger til et tilbud om genoptræning fra kommunen.

Nedenstående afsnit omhandler, hvordan sundhedsprofessionelle kan arbejde videre med at sikre en god mundtlig kommunikation med patienter/borgere og hermed også hvordan sikkerheden omkring patienter/borgere kan styrkes.

6.8 Diskussion med udgangspunkt i patientanalysen

6.8.1 Faldforebyggelse

Den gruppe af patienter/borgere, som har deltaget i denne undersøgelse, bor alle fortsat i eget hjem og har ikke haft nævneværdig kontakt til sundhedssektoren i deres respektive kommuner. Denne gruppe af ældre borgere repræsenterer med andre ord en gruppe af ældre, der *selv* skal tage initiativ til enten at tage imod eventuelle skriftlige henvendelser fra kommunen omhandlernde faldforebyggelse eller selv tage initiativet til at diskutere faldforebyggelse med deres praktiserende læger.

De foregående afsnit om patientperspektivet på forløbsprogrammet for hoftebrudspatienter viser blandt andet, at samtlige medvirkende patienter/borgere i undersøgelsen *ikke* anser sig selv som en del af en gruppe af ældre, der *går og falder*. Dette på trods af, at samtlige medvirkende var faldet mindst én gang før det fald, der var skyld i deres nuværende hoftebrud. Dette resulterer i, at de medvirkende ikke anså deres fald som noget, der kan forebygges, og enten ikke fandt det nødvendigt at diskutere faldforebyggelse med sundhedsprofessionelle eller med pårørende eller ikke mindedes, at de eksempelvis havde diskuteret løse tæpper med sygehuspersonalet.

Undersøgelsen viser også, at de medvirkende patienter/borgere trods dette *selv* igangsatte visse faldforebyggende tiltag og dermed til en vis grad var af den overbevisning, at fald kan forebygges.

Endelig bekræfter patientinterviewene også den problemstilling, som de kommunale medarbejdere peger på i afsnit 3.6, at patienter/borgere kan være af den opfattelse, at de ikke ser sig selv som en del af en gruppe, der tager imod hjælp fra kommunen, og derfor eksempelvis ikke ønsker besøg af kommunernes faldforebyggende konsulenter.

Disse indsigter i patienternes/borgernes oplevelser af det at falde og af faldforebyggelse kan bruges som afsæt til at revurdere sundhedsprofessionelles både mundtlige og skriftlige henvendelser til ældre vedrørende faldforebyggelse. Konkrete anbefalinger vedrørende disse problemstillinger findes i afsnit 7.4.

6.8.2 Udskrivelsessamtaler

De foregående afsnit viser, at selvom patienter/borgere spørges, om de eksempelvis har været tilfredse med deres indlæggelser, eller om de har forstået den information, de har fået, så er svaret fra dem ikke nødvendigvis fyldestgørende, da patienter/borgere ikke umiddelbart beskriver mange af deres *bump* på vejen. Hvis man ikke har været tilfreds, siger man det så? Og hvordan ved man, at man har forstået den information, man har fået?

Samtidig beskriver vi, hvordan der ind imellem sker fejl-kommunikation imellem sundhedspersonale og patienter/borgere, som gør den enkeltes sygeforløb mindre hensigtsmæssigt, end det kunne have været. Undersøgelsen viser også, at forventninger og informationer skal kommunikeres tydeligt og korrekt igennem mange led, for at misforståelser kan undgås. En måde at styrke denne kommunikation er at overveje, hvordan eksempelvis sygehuspersonalet stiller spørgsmål til deres patienter inden udskrivelse.

Ved at udforme spørgsmål, som tvinger patienterne til at beskrive, *hvad* de ved, får sundhedspersonalet mulighed for at udfylde eventuelle videnshuller. Samtidig giver det per-

sonalet mulighed for at tjekke, om rollatoren er bestilt, at afstemme forventninger til eksempelvis genoptræning i kommunen osv. Dette skal sikre, at patient og sundhedspersonale har haft samme opfattelse af og forventning til, hvad patienterne har brug for, når de kommer hjem, og at der er blevet handlet på det.

Samtidig kan en udskrivelsessamtale bestående af ovenstående type spørgsmål være behjælpelig til at mindske *bumpene* på patienternes videre vej igennem sundhedsvæsenet; til at afklare uvisheder og hermed skabe større tryghed; til at komme visse *egenfortællinger* i forkøbet, og til at sikre at patienterne ikke føler, at de eksempelvis mangler noget information, fordi lægen ikke kom på udskrivelsesdagen eller lignende.

Ovenstående form for udskrivelsessamtaler kunne man forestille sig ikke blot var relevante for hoftebrudspatienter, men for de fleste patientgrupper – hvor spørgsmålene selvfølgelig kan tilpasses den specifikke patient, som man henvender sig til. Vedrørende konkrete anbefalinger henvises til afsnit 7.4. ■

7 Når man ser det hele på tværs: Konklusion og anbefalinger

I dette kapitel samles op på tværs: Hvad kan man konkludere om organisation, samarbejde og patientoplevelser i forbindelse med Forløbsprogram for patienter med hoftebrud? Hvordan konklusioner fra interviews med personale, praktiserende læger og patienter præsenteres, og rapportens resultater summeres i forhold til evalueringsspørgsmålene fra formålsbeskrivelsen.

Kapitlet rundes af med en række anbefalinger til brug i konkret praksis med det videre arbejde med forløbsprogrammet. Diskussion og perspektivering følger i næste kapitel.

7.1 Fagpersonernes oplevelser af og holdninger til forløbsprogrammet

Den overordnede tilbagemelding fra de fleste af de involverede fagpersoner er, at intentionen med forløbsprogrammet er god, og at en række af de redskaber, der arbejdes med, er gode. Samtidig udtrykker interviewpersonerne – især i primærsektoren – dog bekymring for, at for mange særprogrammer for udvalgte grupper af borgere er svære at administrere og implementere i en kompleks dagligdag.

De medarbejdere, der på kommunalt niveau beskæftiger sig med målgruppen, oplever ikke, at forløbsprogrammet har gjort den helt store forskel for, hvordan de arbejder med målgruppen. Forløbsprogrammet er med til at systematisere indsatsen, men har ikke afgørende betydning for, hvilke tilbud der er til borgerne, eller hvordan de udmøntes.

På hospitalsniveau har forløbsprogrammet haft indflydelse på den lokale organisering af arbejds gange og kommunikation, og de allerfleste oplever, at forløbsprogrammet har haft en positiv indflydelse på patienternes forløb under indlæggelse. Patienterne kommer hurtigere igennem forløbet – flere opereres tidligere end før, og der arbejdes mere systematisk med ernæringscreening og vurdering af funktionsniveau end tidligere.

I forhold til det første evalueringsspørgsmål vedrørende organisation, der handler om, hvorvidt parterne kender forløbsprogrammet og finder det relevant, er svaret således ikke entydigt. De parter, vi har truffet gennem interviews, har kendt til forløbsprogrammet – dog tyder datamaterialet på, at informationsindsatsen i forhold til de praktiserende læger med fordel kunne være prioriteret højere.

De involverede parter vurderer nytten af programmet forskelligt. Her viser undersøgelsen, at hospitalspersonalet i langt højere grad end det kommunale personale synes, at forløbsprogrammet giver mening i det daglige arbejde. En del af baggrunden for dette kan være, at forløbsprogrammet ikke er fuldt implementeret i den kommunale dagligdag – det er svært at nå helt ud i den kommunale organisation, og implementering af nye indsatser og tiltag kræver en høj grad af ledelsesopbakning, hvis de skal få gennemslagskraft.

De interviewede praktiserende læger synes af forskellige årsager, at programmet er mindre relevant, både for praksis generelt og for dem personligt. De giver blandt andet udtryk for, at man som praktiserende læge allerede har fokus på

den hele patient – herunder risiko for og forebyggelse af fald, hvorfor et program med denne særlige fokus ikke er særlig relevant for dem. Processen i forbindelse med udarbejdelse af programmet, hvor praksis alene har været repræsenteret af hospitalets praksiskonsulent, kan spille en rolle for, hvordan praksis opfatter forløbsprogrammet. Samtidig kan det have betydning, at der ifølge informanterne kun er informeret sparsomt til de praktiserende læger om projektet.

Andet og tredje evalueringsspørgsmål vedrørende organisation handler om, hvorvidt forløbsprogrammet giver parterne oplevelse af sammenhængende patientforløb, og om det bidrager til kommunikation og vidensudveksling på tværs af sektorerne.

Både kommunale medarbejdere og personale på hospitalet giver udtryk for, at forløbsprogrammet er med til at give bedre sammenhæng i patientforløbet, blandt andet fordi kommunikationen omkring patienternes udskrivelse er rykket frem i forløbet. Men både interviews og audit på patientforløb på tværs af sektorgrænser tyder på, at der stadig er behov for at arbejde med kommunikation på tværs af sektorerne. På to audits blev en række konkrete patientforløb gennemgået på tværs af sektorer. I flere tilfælde manglede enten journaler fra hjemmeplejen i forbindelse med indlæggelse eller genoptræningsplan eller ernæringsoplysninger i forbindelse med udskrivning. Samtidig tyder de mange konkrete spørgsmål fra hospitalspersonalet til hjemmeplejen på, at hospitalspersonalet generelt efterspørger mere viden om patientforløbene efter udskrivelse.

Især primærsektoren er meget opmærksom på uhenigtsmæssigheder i forbindelse med manglende muligheder for elektronisk kommunikation. Og især de kommunale medarbejdere giver udtryk for, at der stadig er langt fra regionen til den kommunale virkelighed. De kommunale medarbejdere efterlyser, at samarbejdet i højere grad end i dag tager afsæt i den kommunale dagligdag og de erfaringer, personalet her har. De praktiserende læger oplever, at forløbsprogrammet snarere er forstyrrende end understøttende for deres daglige arbejde. De oplever, at forløbsprogrammet medfører en række henvendelser fra hjemmeplejen angående patienter, der i forvejen er i tæt dialog med egen læge, og hvor man allerede har fokus på fald.

Omkring spørgsmålet vedrørende vidensdeling er tilbagemeldingerne heller ikke entydige. På den ene side giver informanterne udtryk for, at de bruger og sætter pris på de konkrete informationer, som "den anden" sektor har om borgere/patienterne. På den anden side efterlyses både bedre udnyttelse af den generelle viden og allerede eksisterende redskaber, der findes vedrørende patienter med hoftebrud fra forskning og udvikling i andre regioner, og højere grad af information omkring i hvert fald nogle af de konkrete patientforløb. En af de interviewede giver udtryk for et ønske om, at flere vil få gavn af alt det arbejde, der er lagt i forløbsprogrammet: *"Jeg håber bare, at andre [kommuner] køber de her modeller... fordi der er brugt så meget tid på det"*.

7.2 Patienterne/borgernes oplevelser

Patienterne forholder sig ikke til forløbsprogrammer. De regner med, at tingene fungerer, og hjælpen er der, når der er behov. I denne undersøgelse har formålet med at trække deres vinkel ind været at belyse, hvordan systemet opleves af brugeren – hvordan oplever patienter/borgere det at blive indlagt og komme hjem igen; hvad er med til at give tryghed, og hvordan oplever de at være inddraget i beslutninger omkring deres eget forløb?

Helt generelt giver patienterne/borgerne udtryk for at være tilfredse med den behandling, de har fået i forbindelse med indlæggelse, og de synes også overgangen til eget hjem og kommunal omsorg er gået godt.

De interviewede patienter/borgere giver også generelt udtryk for at have været trygge både under indlæggelse, og efter de er kommet hjem igen. Det er i forbindelse med brud i forløbet – der, hvor der er overgange – at usikkerhed og utryghed opstår. Hvordan mon det skal gå, når jeg nu skal hjem til et tomt hus? Hjælpe midler som rollator er med til at give tryghed og frihed, men er også med til at definere en identitet som afhængig/udsat.

Patienterne giver udtryk for at være involverede i det omfang, de har behov for – de har tillid til, at de rigtige beslutninger bliver truffet. Samtidig kan det eksempelvis være svært at få spurgt om betydningen af noget, man ikke forstår i sin journal (for eksempel forhøjet levertal). Derfor udvikler patienterne strategier for at håndtere de små usikkerheder – ting de ikke forstår. De danner egenfortællinger med forklaring på det, de ikke får spurgt personalet om. Det at tænke sig til en logisk forklaring bliver en måde at håndtere sin tvivl på. De systemer, hospitalet har bygget op omkring information og inddragelse, sikrer ikke hverken at patienterne har fuldt styr på, hvad der er sket under indlæggelse, eller at personale og patienter er enige om, hvad der venter efter udskrivelse.

Patienterne er også spurgt om faldforebyggelse: Har de tænkt over det, og har de snakket med nogen om det? Alle interviewede har haft flere fald, før de blev indlagt med brud, men ingen af dem oplever sig selv som "én der går og falder". Det at være "én der går og falder" betragtes som udtryk for affældighed og alderdom, og fald bliver derfor en smule tabubelagt. Det kan være forklaringen på, at de interviewede ikke har talt med hverken personale på hospitalet eller praktiserende læge om faldforebyggelse. Det giver særlige udfordringer i forhold til den forebyggende indsats, for hvis man ikke anser sig selv for målgruppe for faldforebyggende tiltag, er man ikke tilbøjelig til at tage imod tilbud, der specifikt retter sig mod denne problemstilling.

7.3 Samlet bud på konklusioner

De helt overordnede konklusioner vedrørende implementering, gennemslagskraft og oplevelse af forløbsprogrammet for hoftebrud er ikke overraskende:

- Både hospital og kommuner har gjort en stor indsats i forbindelse med forløbsprogrammet, men man har alle steder en række områder, hvor der er behov for yderligere indsats, hvis målene i forløbsprogrammet skal nås.
- Forebyggelse er svært, og det er svært at få borgerne i tale om forebyggelse, inden de bliver patienter.
- Implementering tager tid, og jo mere kompleks en organisation man skal implementere i, jo større er udfordringen.
- Ledelsesmæssig fokus på opgaven har betydning for, hvordan den bliver prioriteret i forhold til andre opgaver.
- Ressourcer spiller også ind – både på hospitalet og i kommunerne er der mange opgaver, som skal løftes, og der må dagligt prioriteres. Implementering af nye tiltag indgår i denne prioritering, og ind imellem må nye tiltag vige for daglig drift.
- På trods af stor vilje fra alle parter er der stadig knaster i kommunikationen mellem sektorerne, og der kan være rigtig langt fra den ene frontmedarbejder til den anden.
- Det er ikke lykkedes at nå ud til alle praktiserende læger i klyngen og sikre opbakning og forankring til projektet.
- Patienter/borgere giver generelt udtryk for tilfredshed med deres forløb, også hvis de set udefra ikke har været optimale.
- Patienter/borgere får ikke en samlet gennemgang af indlæggelsesforløb, behandling og plan for det videre forløb i forbindelse med udskrivelse fra sygehus.
- Effektiv og velfungerende elektronisk kommunikation mellem sektorerne efterlyses!

7.4 Anbefalinger

De involverede parter er kommet langt i arbejdet med forløbsprogrammet, men der er også stadig et stykke at gå, før forløbsprogrammet er fuldt implementeret. Denne rapport kan forhåbentlig være med til at pege på de udviklingsområder, der er i henholdsvis kommunerne, i praksissektoren og på hospitalet. I dette afsnit præsenteres en række konkrete anbefalinger med henblik på det videre arbejde med implementering, vedligeholdelse og udvikling af forløbsprogram for patienter med hoftebrud. Videre implikation og perspektiver følger i næste kapitel.

Erfaring fra denne og andre undersøgelser viser, at afholdelse af audits, fælles undervisning og møder på tværs af sektorerne er gode metoder til at fremme samarbejdet på tværs af sektorerne. I forbindelse med mødet mellem sektorerne er det vigtigt, at fælles tiltag planlægges i fællesskab,

og at der tages højde for, at verden ses forskelligt afhængig af det udgangspunkt, man har.

- Overvej flere fælles aktiviteter for frontmedarbejderne på tværs af sektorer og involver om muligt praksis. Overvej at lade sektorerne skiftes til at stå for tilrettelæggelsen, så ikke ét perspektiv bliver dominerende.
- Overvej om der er perspektiv i at skabe rammer for systematisk tilbagemelding fra primærsektor til hospital om, hvordan det går efter udskrivelse, eventuelt i forbindelse med konkrete forløb, man allerede inden udskrivning kan se, vil være interessante, eller i forbindelse med forløb hvor primærsektoren oplever, at noget kunne være håndteret bedre under indlæggelsen.

I forbindelse med implementering i primærsektoren udgør det en særlig udfordring, at medarbejderne her har vanskeligere ved at se værdien af forløbsprogrammet i det daglige arbejde end personalet på hospitalet. En vej frem kan måske være i videst muligt omfang at tage udgangspunkt i de daglige arbejdsgange og procedurer, som personalet i forvejen har.

- Overvej om elementer i forløbsprogrammet kan indarbejdes i de generelle arbejdsgange. Måske kan et redskab som ISBAR med fordel anvendes i forbindelse med dialog mellem fagpersoner om konkrete forløb, uanset om det handler om hoftebrud eller andre medicinske problemstillinger. Og måske kan spørgsmål vedrørende fald og kost indarbejdes i standarder for de samtaler, som de forebyggende medarbejdere bruger i forvejen.

Flere af de interviewede peger på, at der er udfordringer med de praktiserende lægers engagement i forløbsprogrammet. Hvis praksis ikke finder programmet relevant, risikerer initiativer fra hjemmeplejen at strande her, og det skaber demotivation hos personalet. Samtidig giver de interviewede patienter/borgere alle udtryk for, at de ville henvende sig til egen praktiserende læge om sundhedsmæssige problemstillinger, før de ville henvende sig til andre sundhedsprofessionelle.

- Overvej hvordan praksissektoren kan involveres tættere i arbejdet med forløbsprogrammet. Overvej om erfaringer fra praksis kan inddrages i forbindelse med revision af forløbsprogrammet, for eksempel vedrørende faldudredninger og de enkelte aktørers rolle i den forbindelse. Overvej hvordan der kan også arbejdes mere målrettet med information til de praktiserende læger.

Strukturen omkring det tværsektorielle samarbejde kan også mere generelt tilrettelægges, så den understøtter forebyggelse, opfølgning og genoptræning i forbindelse med hoftebrud. En mulighed er her at satse på opfølgende hjemmebesøg, hvor sårbare ældre tilbydes besøg i hjemmet af hjemmesygeplejer-

ske og praktiserende læge i fællesskab senest 8 dage efter udskrivelsen. Positive erfaringer med dette er dokumenteret i dels den oprindelige Glostrup undersøgelse fra 2007 (Jakobsen 2007), dels i en DSI-rapport fra 2011, der omhandler erfaringer fra implementering af opfølgende hjemmebesøg i Vest-klyngen i Region Midtjylland (Oxholm & Kjellberg 2011).

- Overvej implementering af opfølgende hjemmebesøg i Horsens-klyngen og bidrag eventuelt til det generelle koncept med særlig fokus på ernæring og faldforebyggelse.

Der eksisterer allerede i dag en række erfaringer både med det konkrete arbejde med faldudredning og med implementering af forløbsprogrammer. Flere af de interviewede peger på bedre udnyttelse af den allerede eksisterende viden om faldforebyggelse og organisering af tværsektorielt samarbejde. I Region Midtjylland har man til eksempel udarbejdet en række processer og værktøjer til støtte for implementering af forløbsprogrammer i praksis (Region Midtjylland 2011).

- Overvej hvordan eksisterende viden fra andre regioner kan inddrages i det videre arbejde med forløbsprogrammet. Og overvej at hente hjælp til implementering, for eksempel gennem de erfaringer der er opbygget i Region Midtjylland gennem arbejdet med Kronikerkompasset.

I forbindelse med begge audits har der været eksempler på meget hurtige forløb omkring demente patienter – kvinder, der er indlagt med hoftebrud den ene dag og hjemme på plejecenter igen den næste. I begge tilfælde er alle involverede enige om, at det har været gode forløb. Det kan give anledning til at overveje, hvad man kan lære af disse hurtige, men gode forløb:

- Overvej hvordan man kan lære af de gode og hurtige forløb. Kan andre patienter måske også udskrives endnu tidligere, hvis aftalerne er lavet på forhånd, og rammerne i kommunalt regi er på plads?

Analyse af mødet mellem sektorerne viser, at dokumentation er et løbende problem i hospitalssektoren, men i endnu mere udpræget grad i primærsektoren. Samtidig viser tilbagemeldingerne fra kommunerne, at genoptræningsplaner og rapporter fra terapeuterne på hospitalet opleves som fyldestgørende og meget anvendelige i forbindelse med overgang mellem sektorerne.

- Overvej hvordan de positive erfaringer med dokumentation i terapeutgruppen kan almengøres – også udover hospitalssektoren. Overvej hvad der gør, at dokumentationen her tilsyneladende er bedre integreret i hverdagen?

De interviewede patienter/borgere giver udtryk for, at de ikke opfatter sig selv som "nogen der går og falder". De opfatter altså ikke sig selv som en naturlig målgruppe for tilbud om

faldforebyggelse. Det giver anledning til at gentænke den kommunale tilgang til forebyggelse af fald.

- Overvej sprogbrug: Hvilke antagelser ligger der eksempelvis i et brev til ældre 75+ om faldforebyggelse, som mange i denne målgruppe ikke identificerer sig med?
- Overvej metode: Hvordan kan man ændre på eksempelvis kommunens henvendelse om faldforebyggelse, så den bliver mindre privat/mindre et tilbud om hjælp og i stedet mere et fritidstilbud? Kunne man forestille sig at indarbejde information om kost, faldteknik eller lignende i forskellige typer fritidstilbud, der retter sig til målgruppen? Det kunne for eksempel være fællesspisning, idræt, diskussionsklubber og udflugter.

Samtidig betyder det, at målgruppen for initiativerne ikke selv opfatter sig som en del af den gruppe, initiativerne er rettet mod, at der er risiko for, at initiativer omkring faldforebyggelse aldrig kommer i gang:

- Overvej hvor initiativet i forhold til faldforebyggelse skal ligge: Hvordan flytter man initiativet til at diskutere faldforebyggelse fra patienten/borgeren til et andet sted i sundhedsvæsenet? Kunne man forestille sig, at de praktiserende læger i højere grad kunne tage initiativet til at diskutere faldforebyggelse med deres patienter i forbindelse med almindelig, løbende kontakt?

Erfaringerne med at følge patienterne under udskrivningssamtaler samt efterfølgende diskussion med personale på hospitalet viser, at udskrivningssamtaler, som de gennemføres i dag, i højere grad gennemføres, fordi det er en del af de formelle procedurer omkring udskrivelse, end for at samle op på og sikre en fælles forståelse af patientens situation. Det giver anledning til overvejelser både vedrørende udskrivningssamtalernes sigte og vedrørende deres form:

- Overvej udskrivningssamtalens funktion: Skal den omhandle indlæggelsen på sygehuset, hvad der skal ske, når patienten bliver udskrevet eller begge dele? For hvis skyld holdes samtalen, og hvad skal den bidrage med?
- Overvej spørgeteknik: Ville det være konstruktivt at bruge en udskrivningssamtale til at spørge: *"Hvornår kommer hjemmeplejen hjem til dig?"*, *"Hvad skal de hjælpe dig med?"*, *"Hvem skal du aftale det med?"*, *"Hvilken medicin skal du tage, når du kommer hjem?"*, *"Hvor skal du hente det?"*, *"Hvem henter det til dig?"*, *"Hvilken træning skal du lave, når du kommer hjem?"*, *"Hvor skal du træne hende?"*, *"Hvilke hjælpemidler skal du have?"* osv. Ville det i tråd med dette også være konstruktivt at undgå spørgsmål som: *"Ved du hvad for noget medicin, du skal tage?"* og lignende, som ikke tvinger patienten til at beskrive hvilken medicin, men blot fordrer et "ja" eller et "nej". Den sam-

me spørgeteknik kunne man bruge i forhold til, hvad der er sket og på den måde søge at sikre, at patienterne har forstået, hvad der er foregået på sygehuset særligt i forbindelse med hændelser, der ikke forløb som forventet.

Forløbsprogrammet kommer vidt omkring og involverer mange aktører. Alligevel er en aktør tilsyneladende glemt: Patienter med hoftebrud bringes i alt overvejende grad ind med ambulance. Så måske man i næste runde af arbejdet med forløbsprogram for patienter med hoftebrud skal involvere det præhospitale niveau?

- Overvej om man, i det omfang man allerede på skadestedet eller i ambulancen har mistanke om, at der er tale om en patient med hoftebrud, skal kommunikere med hospitalet om det. Måske kan man præhospitalt tage prøver og i øvrigt forberede patienten til hurtig proces gennem akutafdelingen, eventuelt via udnyttelse af telemedicin?

En sidste konkret anbefaling i forbindelse med det videre arbejde med forløbsprogrammet handler om forventninger. Der er i projektet lagt op til, at der også skal måles på effekt af indsatsen – hospital og kommuner samler datamateriale for årene 2011 og 2012 med henblik på at sammenligne med årene før iværksættelse af forløbsprogrammet. Dette arbejde er vigtigt og kan være med til at fastholde fokus på projektet. Men – og det er i dette tilfælde et stort men – en forventning om effekt af en indsats forudsætter både, at indsatsen er fuldt og helt implementeret, og at alt andet i videst muligt omfang holdes lige.

Især de kommunale medarbejdere oplever, at det har været svært at få implementeret indsatsen vedrørende de forebyggende tiltag i bund. Derfor er det formodentlig begrænset, i hvor høj grad det vil være muligt at måle en direkte effekt af de forebyggende indsatser i den periode, der er lagt op til at måle i. Samtidig sker der en lang række ændringer i hospitalsstruktur og intern organisering på hospitalsniveau, sideløbende med at kommunerne løbende arbejder med at ændre deres sundhedstilbud. Dette kan medvirke til, at det bliver vanskeligt at fastlægge årsagsvirkningsforhold mellem forløbsprogrammet og antal indlæggelser af patienter med hoftebrud.

- Overvej hvilke effekter det er realistisk at forvente vedrørende forløbsprogrammet på baggrund af den nuværende grad af implementering. Overvej at forlænge måleperioden. Overvej eventuelt i de første effektmålinger at lægge vægt specifikt på resultater, der er effekt af selve hospitalsforløbet. Og overvej hvordan de ting, der måles på, kan bruges i det daglige arbejde med at følge op på implementering af forløbsprogrammet. ■

8 Diskussion og perspektivering

Forløbsprogram for Hoftebrud i Horsens-klyngen er et ambitiøst bud på at løse en vanskelig og påtrængende opgave, der presser sig på overalt i det danske sundhedsvæsen. Tæt samarbejde mellem sektorerne og fælles indsats i forhold til forebyggelse, behandling og genoptræning efterspørges af både politikere, praktikere og borgere/patienter/brugere.

De udfordringer, som Horsens-klyngen møder i forbindelse med implementering af programmet, er også klassiske. De problemstillinger, denne rapport peger på, er generelle for det danske sundhedsvæsen. Det er ikke alene omkring Horsens, man har komplekse organisationer med mange og skiftende medarbejdere, kommunikationsudfordringer på tværs af sektorer eller behov for nye elektroniske løsninger i forbindelse med overlevering af data mellem de forskellige parter. Derfor er der heller ikke enkle anvisninger på, hvordan opgaven gribes an. Konkrete anbefalinger kan være med til at få tingene til at glide bedre i det daglige, men ikke løse de overordnede, strukturelle udfordringer.

Formålet med forløbsprogrammet er godt – det er vanskeligt at være uenig i, at forebyggelse af fald er en god idé. Der er også forløbsprogrammer på en række andre områder, og også disse programmer har relevante formål. Hvert program er, når man ser på det som enkeltstående indsats, udtryk for gode intentioner og konstruktive tiltag i forhold til en bestemt patientgruppe. Så der er ikke grund til at problematisere fokus på indsatsen over for bestemte patientgrupper og deres forløb på tværs af sektorerne i sundhedsvæsenet.

Men for de medarbejdere, der står i det yderste led – dem, der til daglig har kontakt med borgere og patienter – er det en særskilt udfordring at huske på "særaftaler" og særlige procedurer, der kun i nogle tilfælde tages i brug. Arbejdet med at identificere udfordringer og konkrete, konstruktive tiltag for at løse problemerne for udvalgte patientgrupper kan med fordel organiseres i specifikke programmer. Men effektiv implementering forudsætter, at "det særlige" i videst muligt omfang gøres til en del af daglig rutine – den procedure, man følger for alle. Indarbejdelse i de daglige procedurer og rutiner er også med til at understøtte organisatorisk læring. Initiativer bliver ikke så afhængige af ildsjæle, som man risikerer ved enkeltstående projekter.

Forløbsprogrammerne er eksempler på det stigende og stadig tættere samarbejde der er og fortsat vil være behov for mellem sektorerne på sundhedsområdet. Erfaringerne fra dette projekt peger på et behov for i højere grad end i dag at tage udgangspunkt i kommunal praksis og tankegang i forbindelse med det tværgående samarbejde.

Medarbejderne i denne undersøgelse peger på forskellige veje at gå, og landet rundt arbejdes der med forskellige modeller for integration og samarbejde. Der er modeller, hvor hospital og kommune sammen ansætter forløbskoordinatører, eksempler på kommunale medarbejdere, der har deres daglige gang på hospitalet, og gode erfaringer med udgående teams. Kommunale medarbejdere i denne undersøgelse peger på muligheden for fælles, tværsektorielle udskrivnings-

afdelinger. Stadig udforskning af mulighederne for tværsektorielt samarbejde er essentielt og understøtter i sig selv samarbejdsrelationerne mellem sektorer.

Udfordringerne med at få hurtig, sikker og tidstro kommunikation i mellem de forskellige aktører er ikke alene en udfordring i Horsens-klyngen. Det er heller ikke bare en dansk problemstilling. Et positivt skridt på nationalt plan er samarbejdet omkring det fælles medicinkort. Og også i vores nabolande kan der være inspiration at hente. Eksempelvis arbejder man i Sverige med udvikling af sammenhæng i journalsystemerne på tværs af hospitaler og sektorer – her kan en række aktører i sundhedsvæsenet med patienternes samtykke se i hinandens journaler (se for eksempel bilag 4). Barriererne for bedre elektronisk kommunikation på tværs af sektorgrænserne herhjemme er nok især politiske, økonomiske, organisatoriske og etiske – teknisk set kan det meste formodentlig lade sig gøre. Så mon ikke det også på sigt lykkes at få de danske systemer til at tale sammen på tværs til fælles gavn og glæde for alle parter – herunder ikke mindst patienterne?

De udfordringer, denne undersøgelse identificerer vedrørende kommunikation til og inddragelse af de praktiserende læger, er ikke unik. De praktiserende læger er en helt uundværlig del af samarbejdet i sundhedssektoren. Den praktiserende læge er med først, midt og sidst i forløbet omkring den enkelte patient og kender patienten og de problemstillinger, der er omkring ham eller hende, også udover den konkrete sammenhæng, der samarbejdes i. Og de praktiserende læger vil heldigvis generelt også gerne samarbejde med både hjemmepleje og hospital. Men den overordnede organisering af praksisområdet gør det svært at sikre inddragelse og lave aftaler, der forpligter alle, og vanskeligt at nå ud til hver enkelt praktiserende læge med nye initiativer og tiltag.

Mangel på praktiserende læger har nogle steder i landet ført til etablering af regionale klinikker, hvor regionen afholder udgifterne til drift af klinikken, og der indgås alternative aftaler med lægerne om afregning. Det bliver interessant at følge disse forsøg, også med henblik på om organisationsformen får betydning for samarbejdet med de øvrige aktører i sundhedsvæsenet. I mellemtiden kan man gøre sig overvejelser om, hvordan man inden for de eksisterende rammer bedst muligt arbejder med inddragelse af praksissektoren. De praktiserende læger i denne undersøgelse peger på, at de gerne vil inddrages tidligt i forskellige samarbejdsprocesser, men at den måde, tværsektorielt udviklingsarbejde typisk tilrettelægges på, ikke tilgodeser deres deltagelse. Store arbejdsgrupper og lange møder skræmmer de praktiserende læger væk. De vil gerne inddrages, men primært i korte sessioner og kun vedrørende de dele af processen, hvor de selv har en aktiv rolle.

Mon ikke det for resten gælder de fleste? ■

9 Undersøgellesdesign og metoder

Denne evaluering falder i to dele. Første del indebærer en analyse af organisationen omkring arbejdet med forløbsprogrammet med fokus på erfaringer blandt personale i kommunerne og på hospitalet og hos de praktiserende læger. Anden del af evalueringen handler om patienternes perspektiv: hvordan opleves det, når man som ældre falder og brækker sin hofte og skal indlægges, opereres og derefter genoptrænes og måske have hjælp til de daglige funktioner? I dette afsnit beskrives metode og fremgangsmåde i forbindelse med dataindsamling og analyse for begge dele af evalueringen.

9.1 Metodevalg i forbindelse med organisationsanalysen

Den del af evalueringen, der handler om organisationsperspektivet, er i det væsentligste gennemført via fokusgruppeinterviews med repræsentanter for det personale, der til daglig arbejder med forløbsprogrammet på hospitalet og i de involverede kommuner. Derudover er der gennemført telefoninterviews med to praktiserende læger for at supplere fokusgruppeinterviewene. Endelig har projektleder og projektassistent fra DSI deltaget som observatører ved gennemførelse af to fælles audits mellem kommuner og hospital.

Der er gennemført i alt fire fokusgruppeinterviews, tre med kommunale medarbejdere fra Horsens, Hedensted og Ikast-Brande kommuner og et med personale fra hospitalet. Interviewene er gennemført med støtte i en interviewguide, der havde til sigte at sikre, at interviewene kom rundt om følgende emner:

- Parternes kendskab til og vurdering af forløbsprogrammet – er programmet og delelementerne kendt, og giver det mening i dagligdagen.
- Parternes oplevelse af sammenhæng i forløbene.
- Kommunikation og vidensudveksling med særlig fokus på relevant information på rette tid og sted.

I praksis var rammen om hvert enkelt interview en gennemgang af borger/patientforløbet med udgangspunkt i de tilstedeværende medarbejdere og deres rolle i forbindelse med forløbet og forløbsprogrammet. Alle interview blev båndet, og der blev under interviewene skrevet referat. Referaterne er efterfølgende kvalificerede (blandt andet i forhold til citater) med støtte i båndoptagelserne, men der er ikke foretaget transskription af interviewene. Interviewene er foretaget af projektleder Anne Brøcker fra DSI, og referatet er taget af en projektassistent. Efterfølgende analyse og bearbejdning af data er foretaget af projektleder Anne Brøcker.

Referaterne er derefter gennemgået for at identificere de temaer, der har fyldt mest i forbindelse med interviewene. For kommunernes vedkommende er interviewene for alle tre kommuner gennemgået hver for sig og hovedbudskaberne fra hver enkelt kommune trukket ud. Herefter er hovedbudskaberne sammenlignet på tværs af kommunerne, og der er identificeret en række fælles temaer. På hospitalet er kun gennemført et enkelt interview. Også dette er analyseret med

henblik på identifikation af hovedbudskaber og temaer. Interviewguides ses i bilag 4 og 5.

Det var oprindeligt planlagt at gennemføre fokusgruppeinterview i alle fire medvirkende kommuner. Da en af kommunerne (Odder Kommune) først har startet implementering af forløbsprogrammet i 2011, har projektets styregruppe, der består af repræsentanter for hospitalet og de medvirkende kommuner, besluttet at prioritere færdiggørelse af evalueringen frem for at afvente implementering i Odder. Erfaringer fra Odder Kommune indgår derfor efter aftale med styregruppen ikke i evalueringen. De tre øvrige kommuner er alle blevet bedt om at finde en række deltagere til fokusgruppeinterview. Der er i forbindelse med udvælgelsen til fokusgruppeinterviews lagt vægt på, at de udpegede personalerepræsentanter havde praktisk erfaring med arbejde/samarbejde omkring patienter med hoftebrud. Kommunerne blev hver især bedt om at finde en repræsentant for hver af følgende personalegrupper til deltagelse i interviewene:

- Visitator
- Trænende terapeut
- Hjemmesygeplejerske
- Sosu-hjælper
- Korttidsafsnit hvor relevant
- Repræsentant for eventuelle forebyggende indsatser
- Praktiserende læge.

I praksis er det svært at samle så mange, og det lykkedes da heller ikke at få alle faggrupper repræsenteret i alle interviews. Nedenfor er vist, hvordan de forskellige faggrupper var repræsenteret i de tre kommuner:

Faggruppe	Kommune 1	Kommune 2	Kommune 3
Praksiskonsulent	x		
Visitator	x	x	x
Hjemmesygeplejerske		x	x
Fysioterapeut	x		x
Ergoterapeut			x
Forebyggende sygepl.	x		x
Sosu-hjælper		x	

Da de praktiserende læger kun var repræsenteret i et enkelt af fokusgruppeinterviewene, blev der efterfølgende afholdt telefoninterview med praksiskonsulenten i den ene af de to resterende kommuner og med praksiskonsulenten vedrørende kirurgi fra Regionshospital Horsens, der samtidig er praktiserende læge, i den sidste af de tre medvirkende kommuner.

Resultaterne er præsenteret som generelle tilbagemeldinger fra kommunerne og praksis som helhed. Der er ikke præsenteret delresultater for den enkelte kommune. Dette valg er foretaget af to grunde. For det første er fokus for evalueringen parternes oplevelse af sammenhæng, kommunikation og vidensdeling på tværs af sektorerne generelt. Dette

belyses bedst ved at anskue kommunernes synspunkter på tværs. For det andet er der tale om forholdsvis få informanter i hver kommune, og en gennemgang af interviewene med meget lokal fokus vil kunne betyde, at den enkelte følte sig "hængt ud" i forhold til kritik af samarbejde både lokalt og i forhold til hospitalet.

Også Regionshospitalet Horsens blev bedt om at finde et antal medarbejdere, der kunne deltage i interview. Vi ville gerne tale med:

Fra Orto-geriatrisk afsnit:

- Geriater
- Terapeut
- Sygeplejerske
- Ortopædkirurg (evt. mellemvagt).

Fra øvrige afsnit (afsnittet vælger selv den mest relevante faggruppe):

- En fra Akutafdeling
- En fra Røntgen
- En fra Opvågning.

Heller ikke på hospitalet kunne tingene helt gå op, men det lykkedes at få de fleste faggrupper og afdelinger repræsenteret. Interviewets deltagere fremgår af nedenstående tabel.

Også fra hospitalet er resultaterne i vid udstrækning sammenskrevet, så de repræsenterer det samlede billede snarere end den enkelte medarbejders eller afdelings synspunkt.

9.2 Metodevalg i forbindelse med belysning af patientperspektivet

For at undersøge patientperspektivet på forløbsprogrammet for hoftebrudspatienter har vi interviewet i alt fire patienter under deres indlæggelse, og efter de var kommet hjem igen. Derudover har vi deltaget som observatører under tre af de fire patienters udskrivningssamtale. Interviewguides ses i bilag 6 og 7, og observationsguide er vist i bilag 8.

I det oprindelige undersøgelsesdesign var planen at inkludere otte patienter i undersøgelsen. I praksis lykkedes det kun at finde og få tilsagn om deltagelse fra fire patienter. Opgaven med at finde patienter til interview var delegeret til

hospitalet. I første omgang var aftalen, at hospitalet i løbet af marts 2011 skulle søge at finde patienter til medvirken. Da det i løbet af marts måned kun var lykkedes at finde fire patienter, der ville medvirke, blev perioden udvidet til også at omfatte april, uden det dog lykkedes at få inkluderet flere patienter. Udvælgelsen af patienterne var aftalt til at foregå efter det princip, at personalet på afdelingen fra starten af marts måned vurderede hver enkelt af de nyindlagte patienter med hoftebrud med henblik på, om patienterne på baggrund af deres helbredstilstand og psykiske overskud kunne spørges om deltagelse i undersøgelsen. Herefter stod hospitalet for den første kontakt med patienterne med henblik på eventuel medvirken i undersøgelsen.

Udvælgelse af patienterne på denne måde medfører naturligvis en skæv repræsentation, idet vi på den måde kom til at tale med patienter, der i højere grad end flertallet havde helbredsmæssigt overskud. Vi har imidlertid vurderet, at dette bias var en rimelig pris at betale for at undgå at forstyrre svækkede patienter i en udsat position. Samtidig er det vores vurdering, at en forudsætning for at få udbytte af interviewene var, at de patienter vi talte med, havde et vist overskud.

Patienterne er interviewet første gang under indlæggelse, men efter operation. Disse interviews er foretaget i et lokale på hospitalet, der var stillet til rådighed til formålet. Patienterne er derefter interviewet i deres hjem efter udskrivelsen og er foretaget cirka 14 dage efter. Dette tidspunkt er valgt, fordi alle hoftebrudspatienter ifølge forløbsprogrammet skal have besøg fra kommunen senest 10 dage efter udskrivelse.

Interviewene er foretaget af projektassistent, stud.mag. Mille Kjærgaard Thorsen efter en spørgeguide og er efterfølgende transskriberet.

Derudover har DSI's projektmedarbejdere deltaget som observatører under udskrivningssamtaler for tre af de fire patienter. Projektleder Marie Brandhøj Wiuff deltog som observatør under to af udskrivningssamtalerne, og Mille Kjærgaard Thorsen deltog under det tredje.

Mille Kjærgaard Thorsen har forestået analysen af data-materialet under ansvar af projektleder Anne Brøcker og med løbende sparring fra Marie Brandhøj Wiuff. ■

Faggruppe	Akut afd.	Røntgenafd.	Opvågning	Orto-Geri afsnit	Ortopædkir. afd.
Sygeplejerske	x	x	x	x	
Terapeut				x	
Ortopædkirurg					x



Litteratur

Jackson, M. 2002, *The politics of storytelling: violence, transgression, and intersubjectivity*, Museum Tusculanum, Kbh.

Jackson, M. 1996, *Things as they are: new directions in phenomenological anthropology*, Indiana University Press, Bloomington.

Jakobsen, H.N. 2007, *Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus: en medicinsk teknologivurdering*, Sundhedsstyrelsen, Kbh.

Korsbek, L. 2009, *Faldforebyggelse i kommunerne. En hurtig medicinsk teknologivurdering*. Forsknings- og MTV-afdelingen, Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus. Odense.

Lund, M.L., Tamm, M. & Bränholm, 2001, *Patients' perceptions of their participation in rehabilitation planning and professionals' view of their strategies to encourage it*, Occupational Therapy International, vol. 8 no. 3, pp. 151–167, 2001

Max Martin, H. 2010, *Er der styr på mig? Sammenhængende patientforløb fra patientens perspektiv*. Dansk Sundhedsinstitut, København. (DSI rapport, 2010.01)

Oxholm, A.S. & Kjellberg, J. 2011, *Erfaringer fra opfølgende hjemmebesøg: Omkostningsanalyse med særlig fokus på de kommunaløkonomiske omkostninger: Delrapport fra Vestklyngen i Region Midtjylland*. Dansk Sundhedsinstitut, København. (DSI-rapport)

Region Midtjylland, *Dokumentsamling vedrørende kronikerkompasset*. Available: <https://www.sundhed.dk/Artikel.aspx?id=71075.596>; [2011, 22/06].

Sundhedsstyrelsen 2008, *Forløbsprogrammer for kronisk sygdom*, Version: 1.0 ed, Sundhedsstyrelsen, Kbh.

Sundhedsstyrelsen 2007, *Sygehusstatistik 2004*. Sundhedsstyrelsen, Kbh. (Sundhedsstatistikken, 2007:1)

Thorgård, K. 2009, *Epistemologi, evidensbaseret og patientperspektiver*, Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund, no. 10, pp. 99-116. ■

Bilag 1

Bilag 1.1 fra Forløbsprogram for patienter med hoftebrud

Forløbsprogrammet beskriver den kommunale primære forebyggende indsats for at minimere fald og hoftebrud i hjemmet og på plejehjem.

Programmet er udarbejdet ud fra Rammebeskrivelse for dokumentstyring i e-Dok på sundhedsområdet i Region Midtjylland. Kvalitet og sundhedsdata. Viborg 2007.

Metadata

Titel	Primær forebyggelse af fald og hoftebrud
Tekstforfatter	Arbejdsgruppen for revidering af Forløbsprogrammet for Patienter med Hoftebrud
Faglig ansvarlig Kvalitetsansvarlig Ledelsesansvarlig	Lone Hauritz Henriette Honoré Inge Henriksen
Standard og indikator	DDKM Sygdomsspecifikke 3.6.1 Hoftebrud frakturer
Revisionsdato	August 2012
Resumé	Retningslinjen giver vejledning omkring den kommunale forebyggende indsats for at mindske risikoen for fald og hoftebrud i borgerens hjem. Den beskriver den generelle vejledning til faldforebyggelse.
Anvendelsesområde	Anvendes i Horsens Klyngen af Horsens, Hedensted, Odder og Ikast-Brande kommune
Agree vurderet	Nej
Nøgleord	Primær faldforebyggelse
Informationstype	Retningslinje
Formål	At forebygge fald og hoftebrud hos 75+årige. At klarlægge det generelle indhold i den faldforebyggende vejledning, som de forebyggende ældremedarbejdere giver i de forebyggende hjemmebesøg til de 75+årige.
Patientgruppe/patientforløb/ anden målgruppe	75+årige, der modtager forebyggende hjemmebesøg.
Definition af begreber	BMD/bone mineral density Knoglernes mineraltæthed, som er en markør for knoglernes brudstyrke. Fald En utilsigtet hændelse, der resulterer i, at en person kommer til at ligge på jorden/gulvet/et andet lavere niveau ¹ . Faldforebyggende vejledning Den information, som de forebyggende ældremedarbejdere giver de ældre i de forebyggende hjemmebesøg om, hvordan de kan forebygge fald i hjemmet. Forebyggende hjemmebesøg De kommunale forebyggende hjemmebesøg til 75+årige, som tilbydes 2 x årligt ² og varetages af de forebyggende ældremedarbejdere. Hoftebrud Frakturer i den proksimale del af femur. ¹ Osteoporose Osteoporose er defineret som en tilstand, hvor knoglemasse og knoglestyrke er nedsat i en sådan grad, at knoglebrud kan opstå ved beskeden belastninger. Tilstanden betragtes som en sygdom med eller uden kliniske symptomer. Osteoporose opfattes som en risikomarkør for frakturer. ³ Primær faldforebyggelse Generel sundhedsformidling om de faktorer, som har betydning for fald og de indsatser, som kan gøres for at forhindre disse fald. Forebyggende ældremedarbejder: Er defineret som de medarbejdere i kommunen, som laver forebyggende hjemmebesøg hos 75+årige.
Fremgangsmåde	Fremgangsmåden er delt op i 2 afsnit. Det første afsnit omhandler hovedemnerne i den faldforebyggende vejledning, mens det sidste afsnit omhandler identifikationen af 75+ årige med risiko for fald.

Hovedemner i den faldforebyggende vejledning er følgende:

1. Kost og væske

Energibehovet falder med alderen som følge af en ændret krops sammensætning og nedsat fysisk aktivitetsniveau. Da behovet for vitaminer og mineraler ikke mindskes med alderen, må anbefalingerne for næringsstoffer opfyldes gennem en mindre fødeindtagelse. Det stiller krav om en høj næringsstofæthed i maden.

Raske ældres behov tilgodeses gennem den samme kost som anbefales til yngre = normal kost med 55-60 % kulhydrat, 30 % fedt og 10-15 % protein. Men risikoen for fejlnæring og/eller undernæring er stor, hvis appetitten nedsættes ved fx sygdom, depression, sengeleje eller fysisk handicap. Under disse omstændigheder bør ældres kost følge principperne i kost til småtspisende = 32-35 % kulhydrat, 50 % fedt og 15-18 % protein.⁴

Vedr. væske:

Vand er det vigtigste næringsstof, eftersom man ikke kan klare sig uden væske mere end nogle dage. Normalt får en voksen person ca. 3 liter pr. dag via mad og drikke. Overskud af væske udsendes gennem nyrerne – dog langsommere med alderen. Hvis væsketilførslen er for lille, mindskes kroppens vandindhold, også i cellerne. Hvis kropsvæskerne har et for højt saltindhold, stimuleres tørstecentret i hjernen, hvilket fører til, at man mærker tørsten, og nyrerne udskiller mindre vand. Ældre mærker mindre til tørst, samtidig med at nyrerne mindre formår at spare på vand. Det kan lede til indtørring (dehydrering), når sygdom øger vandforbruget eller tilgangen på vand er begrænset. Det indebærer, at når en ældre bliver syg, kan der opstå et alvorligt væskeproblem. Det er let at overse indtørring hos ældre, da det ikke mærkes før efter lang tid.⁵

Tegn på indtørring:

- 1) Manglende tørstfølelse og tørre slimhinder.
- 2) Varm og tør hud med nedsat elasticitet.
- 3) Forhøjet kropstemperatur.
- 4) Koncentreret og små mængder urin.
- 5) Forstoppelse.
- 6) Kvalme og opkastning.
- 7) Mental påvirkning.
- 8) Vægttab

2. Fysisk aktivitet og motion, gang og balance, svimmelhed

Den nyeste viden om fysisk aktivitet og motion siger, at der mindst skal trænes muskelstyrke 2 x ugentlig, mindst trænes kondition 2 x ugentlig og minimum fysisk aktivitet 30 minutter dagligt i mindst 10 uger for at komme op på et niveau, som så skal vedligeholdes resten af livet.⁶

Der er solid evidens for, at regelmæssig fysisk aktivitet hos voksne, der også omfatter ældre, reducerer risikoen for en række sygdomme som fx hypertension, kardiovaskulære sygdomme, apopleksi, type 2-diabetes, osteoporose, overvægt, coloncancer, brystcancer, angst og depression.⁶

Svimmelhed kan skyldes dysfunktion i balancesystemet, cirkulatoriske problemer, som evt. er medikamentelt betinget, psykisk sygdom eller almen sygdom såsom anæmi, dehydrering, feber mm.³. Det kan være en fordel at bede borgeren beskrive tilstanden uden at bruge ordet svimmelhed. Man kan spørge om sløret syn i forbindelse med bevægelse, udløsende faktorer eller varighed.

Spørge til motionsvaner. Oplever borgeren daglige gang- og/eller balance-problemer? Undersøge:

- 1) Gang med vending.
- 2) Rejse og sætte sig uden støtte af arme.
- 3) Gang på trapper.
- 4) Hvordan bevæge sig udendørs.
- 5) Oppe om natten?
- 6) Lider af svimmelhed?
- 7) Vurder om det er akut opstået svimmelhed, kronisk svimmelhed, eller følelse af balanceproblemer.

Svimmelhed kan dække over mange forskellige symptomer.

- 1) Akut opstået svimmelhed ses hyppigst ved vestibularis neurit, anfald af Mb. Menière, perilymfatisk fistel, vasculære insulter i cerebellum eller hjernestamme. Kan også ses ved Benign paroxysmal positions vertigo (BPPV).
- 2) Kronisk svimmelhed ses ved centrale og ensidige perifere vestibulære dysfunktioner.
- 3) Følelse af balanceusikkerhed.
- 4) Positionsudløst svimmelhed ses ved centrale affektioner og BPPV.
- 5) Svimmelhed som følge af cirkulatoriske problemer, evt. medikamentelt betinget såsom ortostatisk tension, dårlig autoregulation, rytmeforstyrrelser.
- 6) Svimmelhed som følge af psykisk sygdom, fx fobisk svimmelhed ved angsttilstand.
- 7) Svimmelhed på baggrund af medikamenter. Hyppigst ved antikonvulsiva, parkinsonmidler, antidepressiva.
- 8) Svimmelhed ved almen sygdom. Fx ved anæmi, hyponatriæmi dehydratio, feber mm.

3. Påklædning

Fodtøjet har betydning for risikoen for at falde. Således er færden på bare fødder, i strømpesokker eller i slippers forbundet med et forøget risiko for at falde.⁷

- 1) Brug af fornuftigt fodtøj.
- 2) Anvender hoftebeskyttere.

4. Risikoforhold i bolig

Vurdering af boligen mhp. risikoforhold:

- 1) Lysforhold/Godt lys.
- 2) Løse ledninger.
- 3) Fjernelse af små løse tæpper.
- 4) Boligens indretning.
- 5) Glatte gulve
- 6) Badesituation.
- 7) Dørtrin.
- 8) Let adgang til telefon.
- 9) Brug af trappestige.
- 10) Hjælpemidler.^{8,9}

5. Syn og briller

Med alderen bliver øjets linse fastere i konsistensen, hvilket medfører reduceret evne til at forandre form. Når akkomodationsevnen aftager, kan man ikke indstille øjnene skarpt på genstande, som befinder sig inden for 30 cm's afstand. Øjets linse omdannes hos ældre til et slags lysfilter, hvor hovedsagelig det blå-grønne farveområde filtreres fra, hvilket medfører, at de ældres synsoplevelser bliver mere gul-rød farvede. Nethinden reagerer langsommere på lyspåvirkninger og medfører reduceret synsskarphed. Tilpasning af lysfølsomhed i nethinden til svagere lys bliver mindre, hvilket har konsekvenser for bilkørsel i mørke.

Vigtigste årsager til synstab i alderdommen:

- 1) Grå stær (stigende hyppighed med alderen).
- 2) Grøn stær (5-10 % af over 80-årige). Ved grøn stær i familien bør man profykaktisk undersøges for trykforøgelse. OBS: ved behandling med antikolinerge midler.
- 3) Senil makula-degeneration (degenerative forandringer i nethindens lag, ernæringsforstyrrelser i nethinden og karøgning). Der er ingen behandlingsmuligheder.^{11, 10}

6. Hørelse

Den hyppigste årsag til hørenedsættelse med alderen er degenerative skader i sansecellerne (presbycusis), som rammer halvdelen af alle over 65 år. Hørecelle-degenerationen rammer især de høje toner (græshoppernes sang). Høretab kan også skyldes forandringer i øregang, trommehinder eller øreknogler i mellemøret. Skader på hørenerven eller mere centralt (de lydopfattende dele af hjerne) skyldes ofte blodpropper.^{11, 13}

7. Medicinforbrug, herunder sovemedicin

Medicintypen er lige så vigtig som antallet af præparater. Præparater der påvirker hjerterytmen, blodtryk eller kognitiv funktion er relateret til øget faldrisiko.

Borgeren opstartet nyt medicin?

Særlig opmærksom på følgende:

- 1) Påvirkning af CNS og kognitiv funktion (psykofarmaka, antiepileptika, parkinsonmidler).
- 2) Påvirkning af vestibulærfunktionen (stoffer med antikolinerg virkning, antihistaminer).
- 3) Præparater som giver risiko for ortostatisk hypotension (antihypertensiva, antiangiose præparater, neuroleptika, antidepressiva, parkinsonmidler).
- 4) Påvirkning af hjerterytmen (digoxin, calciumantagonister/ betabokkere, antidepressiva). 3 s.30.

8. Alkoholforbrug

Sundhedsstyrelsens anbefalinger.^{11, 12}

9. Somatiske sygdomme

Symptomer fra relevante organsystemer:

- 1) CNS: svimmelhed, synsproblemer, neuropati.
- 2) Kardopulmonalt: dyspnø, hjertebanken, prækordialsmerter.
- 3) Bevægeapparatet: mobilitet, smerter, bevægelsesindskrænkning.

10. Knogleskørhed

Forebyggelse af knogleskørhed omfatter primært ændringer af sundhedsvaner og livsstil.

- Sund kost, mælkeprodukter, grøntsager:

Kostens sammensætning har betydning for knoglemineraliseringen, dels i vækstperioden og dels for størrelsen af det aldersrelaterede knogletab, som er mest udtalt hos kvinder efter overgangsalderen. Hovedparten af calcium kommer fra mejeriprodukter, mens vitamin D især kommer fra fede fisk. Hovedparten af befolkningen får tilstrækkelige mængder calcium, mens mange ældre får utilstrækkelige mængder af vitamin D.¹³

Anbefalingen er ½ liter mælk og 25 g ost dagligt, hvilket dækker calciumbehovet hos de fleste. Mælk og ost bør være med lavt fedtindhold for ikke at fremme overvægt, hjerte-karsygdomme og diabetes. Ældre, der undgår mejeriprodukter i kosten, bør tage calciumtilskud.

- Tilskud af Calcium og vitamin D:

Vitamin D er nødvendigt for calciumoptagelsen fra tarmen og calcium-om-sætningen i kroppen, specielt i knoglerne. En nedsat tilførsel af vitamin D kan øge knogletabet. Vitamin D tilføres med kosten og dannes i huden ved solesponering, sidstnævnte dog i begrænset omfang ved mørklødede. Ældre har et særligt behov for vitamin D, da hudens aldring og aftagende nyrefunktion let resulterer i mangel på aktivt vitamin D. Flere undersøgelser har vist, at ældre og mørklødede hyppigt har D-vitaminmangel.^{14, 15}

Der anbefales:

- 1) Calcium 800-1000 mg og D-vitaminsupplement 10 mikrogram (400 IE) Vitamin D/ dag.
- 2) Alle danskere tilbringer mindst ½ time udendørs om sommeren, således at ansigt og hænder eksponeres for sollys.
- 3) D-vitaminindholdet i kosten bør øges ved indtagelse af 200-300 g fisk/uge (fede + magre).
- 4) Ældre > 65 år, tilslørede og mørklødede kvinder/piger i puberteten samt mennesker, der ikke kommer udendørs, bør anbefales D-vitamin tilskud 10 mikrogram (400 IE) dagligt. Til plejehjemsbeboere anbefales 20 mikrogram (800 IE) dagligt.

- Motion og fysisk aktivitet:

Knoglemassen nedsættes hurtigt ved immobilisation og svær fysisk inaktivitet, foruden at muskelmassen reduceres, hvorved faldrisikoen øges. Fysisk aktive personer har højere BMD end inaktive personer,¹⁶ og studier tyder på, at i det udvoksede skelet vedligeholder fysisk aktivitet BMD.¹⁷ Fysisk aktivitet suppleret med vægttræning, som involverer alle muskelgrupper, kan i et vist omfang begrænse knogletabet og nedsætte risikoen for brud.¹² Men det diskuteres, om denne effekt kan opveje det hormonmangelbetingede tab.^{18, 19} Der anbefales mindst ½ times fysisk aktivitet daglig eller 4 timer pr. uge. Gerne vægtbærende motion som gåture, stavgang, gymnastik.

- Tobaksrygning:

Rygning fremmer tabet af knoglemassen hos postmenopausale kvinder og ældre mænd og øger risikoen for brud.^{20, 21} Stoffet i tobakken synes direkte at påvirke knoglecellerne. Rygere er ofte slankere end ikke-rygere, og kvinder, der ryger, går ofte tidligere i overgangsalderen. Dette kan være indirekte årsag til det øgede knoglemassetab.²²

Der anbefales rygestop og evt. tilbud om rygestopkursus.

- Alkoholindtag:

Overdrevent alkoholforbrug er ledsaget af nedsat knoglemasse og øget risiko for frakturer og kan skyldes et samspil mellem insufficient ernæring, D-vitaminmangel, malabsorption, lav legemsvægt og dårlig balance.^{23, 24} Der anbefales reducere i alkoholforbruget, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger^{9, 10} og evt. tilbud om antabusbehandling.

- Hoftebeskyttere:

Det tyder på, at hoftebeskyttere har en effekt hos plejehjemsbeboere. Det anbefales, at anbefaling af hoftebeskyttere sker ud fra en individuel vurdering, hvor kriteriet er faldtendens hos særligt udsatte grupper (faldtendens kombineret med knogleskørhed, tidligere hoftebrud og nedsat funktionsevne, gentagne fald pga. almen svækkelse og bivirkninger af nødvendig medicin).

- Raske i risiko:

Postmenopauselle kvinder med en eller flere af følgende risikofaktorer:

- 1) Arvelig disposition i lige linie for knogleskørhed.
- 2) Lav kropsvægt (BMI < 19 kg/m²).
- 3) Abnormt tidlig menopause (< 45 år).

Kvinder, som ønsker HRT pga. perimenopauselle symptomer, vil være beskyttet af denne behandling og ikke behov for scanning før ca. 1 år efter ophør med HRT.

Mænd fra 50-60 års alderen, der har en eller flere af følgende risikofaktorer, er der evt. undersøgelsesindikation hos:

- 1) Arvelig disposition i lige linie for knogleskørhed.
- 2) Lav kropsvægt (BMI < 19 kg/m²).
- 3) Nedsat produktion af mandligt kønshormon.

Forholdene for mænd er dog langt mindre veldokumenterede end for kvinder.

Patienter med sygdomme, som disponerer til knogleskørhed

- 1) Malabsorption (herunder tidligere gastrectomi)
- 2) Primær hyperparathyreoidisme
- 3) Hyperthyreoidisme
- 4) Mb. Crohn
- 5) Kronisk leverlidelse
- 6) Langvarig immobilisation
- 7) Mb. Cushing
- 8) Rheumatoid arthritis

	9) Voksne patienter, som starter prednisonbehandling, hvis prednison dosis forventes at være > 5 mg/dag i gennemsnit over 3 mdr. eller mere 10) Patienter > 50 år med lavenergibrud i hofte, ankel, skulder eller håndled. Ved mistanke om osteoporose sker henvisning til praktiserende læge mhp. udredning og behandling. Under de forebyggende hjemmebesøg kan de forebyggende ældre medarbejdere henvise de 75+årige til de kommunale og private tilbud, som støtter egenomsorgen i forebyggelse af fald.
	Identifikation af 75+ årige med risiko for fald, i de forebyggende hjemmebesøg: I de forebyggende hjemmebesøg til de 75+ årige vil de forebyggende ældre medarbejdere få mistanke om borgere med forøget risiko for fald. Identifikationen foregår via fire spørgsmål: 1) Havde borgeren bevidsthedstab i forbindelse med faldet? 2) Oplever/har borgeren daglige gang- eller balanceproblemer? 3) Har borgeren oplevet mere end 1 fald inden for det sidste år? 4) Lider borgeren af svimmelhed? Svares der ja til mindst et af spørgsmålene, iværksættes den sekundære forebyggelse (jf. bilag 1.2)
Dokumentation	De forebyggende ældre medarbejderes dokumentation om faldforebyggende vejledning dokumenteres i det elektroniske dokumentationsredskab.
Ansvarsfordeling	Ansvar for den faldforebyggende vejledning er de forebyggende ældre medarbejdere. De har ligeledes ansvaret for at identificere øget faldrisiko for de 75+ årige som de kommer til.

Referencer

- 1 Sundhedsstyrelsen. Faldpatienter i den kliniske hverdag – rådgivning fra Sundhedsstyrelsen. 2006 s. 59.
- 2 Velfærdsministeriet. Lov nr. 117 af 20.12. 1995 og lovændring nr. 27.04. 2005 om de forebyggende hjemmebesøg til ældre mv.
- 3 Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd, Dansk Sygehus Institut. Konsensusrapport. Knogleskørhed. Rapport fra en konsensuskonference 9.-11. januar 1995, København. København: Dansk Sygehus Institut, 1995.
- 4 Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og fiskeri. Fødevaredirektoratet. Offentlig måltidsservice til ældre – et inspirationsmateriale til kommuner og amter om ældre og ernæring. 2003. (Direktoratet har udarbejdet forskellige pjecer om ældre og kost , også et kostskema til ældre.)
- 5 Jansson W, Almberg B. Geriatri. Liber. 2003.
- 6 Sundhedsstyrelsen. Fysisk aktivitet og ældre juli 2008
- 7 Faldpatienter i den kliniske hverdag 2006 s.64
- 8 Fyns Amt. Leveråd. Træning og anden indsats til faldtruede ældre og forebyggelse af ældres fald.2001.
- 9 Relsted R, Andersen A. Hverdagsliv og bolig – raske ældres dagligdag. Ergoterapeutskolen i Århus. 1998.
- 10 Ældre Forum. Ældre og syns- og hørenedsættelser. 2000.
- 11 Hermansen K, Schmidt E, Tjønnelund A, Tolstrup A S. Alkohol og livsstilssygdomme - rapport fra Motions- og Ernæringsrådet. Ernæringsrådet og Sundhedsstyrelsen. 2007.
- 12 Sundhedsstyrelsen. Få mere at vide om alkohol - Fakta om alkohol. Pjece. 2006.
- 13 Fleicher Michaelsen K, Astrup A, Mosekilde Le, Richelsen B, Schroll M, Helmer Sørensen O. Ernæringsbetydning for forebyggelse af knogleskørhed. Rapport fra Ernæringsrådet. Lægeforeningens Forlag.
- 14 Lips et al. Endocrine reviews 2001, ref. Nr. 6,7,8 i sst 2005 s. 14, Mosekilde et al. UFL 2005.
- 15 Glerup H. Investigations on the role af vitamin D in muscle function 1999. PhD
- 16 Eiken PA. Fysisk aktivitet og knoglemineralindholdet hos postmenopausale kvinder. Ugeskr Læger 1995; 157: 5086-91.
- 17 Snow-Harter C, Bouxsein ML, Lewis BT, Carter DR, Marcus R. Effects of Resistance and Endurance Exercise on Bone Mineral Status of Young Women: A Randomized Exercise Intervention Trial. Journal of Bone and Mineral Research 1992; 7: 761-9.
- 18 Schwarz P, Bülow JB, Kjær M. Knoglemetabolisme og fysisk træning. Ugeskr Læger 1999; 161: 2522-41.
- 19 Mosekilde Li. Motion og osteoporose. Månedsskr Prakt Lægegern 1998; 76: 1123-31
- 20 Law MR, Hackshaw AK. A meta-asnalysis of cigarette smoking, bone mineral density and risk of hip fracture: recognition of a major effect. BJM 1997; 315: 841-6.
- 21 Grainge MJ, Coupland CAC, Cliffe SJ, Chilvers CED, Hosking DJ. Cigarette Smoking, Alcohol and Caffeine Consumption, and Bone Mineral Density in Postmenopausal Women. Osteoporosis Int 1998; 8: 355-63.
- 22 Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd, Dansk Sygehus Institut. Konsensusrapport. Knogleskørhed. Rapport fra en konsensuskonference 9.-11. januar 1995, København. København: Dansk Sygehus Institut, 1995.
- 23 Kulak CAM, Bilezikian JP. Osteoporosis: Preventive Strategies. Int J Fertil 1998; 43: 56-64.
- 24 Papapoulos S. Osteoporosis Internatinal 2005.

Bilag 2

Sammenskrivning af auditskemaer

Metadata	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4
Anvendes samtaleguiden til at indhente oplysninger fra primær sektor ved den første kontakt?	Opbringning foretaget to døgn efter indlæggelsen. Der foreligger Bartel-scoring og status på patient. Samtaleguidens indhold opfyldt og beskrevet i Udskrivelsesarket.	Første kontakt er dagen efter operationen. Der er ikke dokumentation for, om samtaleguiden er fulgt, eller hvad der er informeret om. Der har været kontakt tre gange fra sygehus til primær sektor der indeholder status og oplysninger om, at udskrivelsen udsættes.	Indlagt 1/4 - kontakt med visitator 6/4 (førstkommende hverdag). Der er hentet oplysninger fra patient + pårørende. Det bør noteres i indlæggelsesamtalen, hvem der er indhentet oplysninger fra.	Nej, der er bare en melding om, at patienten kommer hjem igen. Det er ikke dokumenteret, om samtaleguiden er blevet brugt.
Er samtaleguidens indhold dækkende for behovet ved den første kontakt?	Hospital bør oplyse primærsektor om, at patienten er en del af hofteforløbet.	Ingen oplysninger.	Det er fyldestgørende.	Kan ikke besvares.
Hvilke oplysninger er sendt fra hjemmeplejen til sygehuset ved indlæggelsen?	Mangler funktionsbeskrivelse og sygeplejerapport.	Ingen oplysninger.	Vides ikke.	Oplysning om at patienten er dement. Har dosispakket medicin med.
Er oplysningerne dækkende for behovet?	Oplysninger fås fra patient og datter. Funktionsbeskrivelse og sygeplejerapport har ikke været nødvendigt.	Ingen oplysninger.	Vides ikke.	Kan ikke besvares.
Hvis hjemmebesøg er udført, hvad har indholdet i hjemmebesøget været?	Ikke relevant.	Hjemmebesøg to dage efter udskrivelsen til vurdering af fjernelse af dørtrin og mobilisering.	Der har været hjemmebesøg af ergoterapeut den 14/4 med henblik på hjælpemidler. Fysioterapeut har vurderet boligforhold den 12/4 og vejledt familie i forhold til løse tæpper.	Ikke udført.
Svarer den Bartel-scoring, der udarbejdes på hospitalet, til de observationer, hjemmeplejen har gjort sig efter udskrivelsen?	Terapeuterne i kommunen benytter ikke Bartel-scoring. Det er dækkende at benytte ICF og genoptræningsplanen.	Patienten har tryksår under fødderne og sclerodermi. Scoringen passer, da hun kommer hjem, men patienten bliver dårligere efter udskrivelsen på grund af ovenstående. Patienten har lavet træning med henblik på balance, men funktionsniveauet er ikke bedret.	Kommunen bruger ikke Bartel-scoring.	Ingen Bartel-scoring.
Er oplysningerne givet ved udskrivelsen fyldestgørende i henhold til Samtaleguide 2?	Oplysningerne er fyldestgørende (detaljeret beskrevet i kommunens journal). Mangler dokumentation i sygehus-journalen.	Oplysningerne er meget konkret dokumenteret og ser fyldestgørende ud.	Lang og fyldeg information fra sygehuset. Ingen mangler.	Ja.
Bliver ICF-rapportens oplysninger anvendt i hjemmeplejen?	Ja.	Det er ikke muligt at se statusrapporten i journalen, da den ligger i samtalebogen hos borgeren. Skal scannes ind i journalen.	De bruger den til at lave hjemmeplejens papirer (døgnrytmeplan) på basis af.	Ikke ICF, men sygeplejerapport.
Er områderne ernæring, smerter og mobilisering fyldestgørende og forståeligt beskrevet i rapporten?	Godt beskrevet. Mangler en BMI-udregning.	Ikke beskrevet ernæringsproblem. Det er konkluderet i sygeplejerejournalen, at patienten har et problem. Smerteproblematik er beskrevet.	Mobilisering er beskrevet. Ernæring og smerter er ikke beskrevet. Vægt er skrevet.	Smerter og mobilisering ok, men ikke ernæring.
Er genoptræningsplanen dækkende?	Rigtig god genoptræningsplan – bedre end kommunen er vant til at modtage (andre steder fra).	Får ros.	GOP er grundigt udfyldt. Diagnose under suppl. oplysninger er godt, da koden ikke kendes.	Har ikke fået en GOP.
Er planen for osteoporosebehandling tydelig og fyldestgørende?	Osteoporose-behandlingen er ikke tydeligt beskrevet. Han får Unikalk.	Patienten er sat i behandling med Unikalk. Dokumentation er skrevet lidt rodet.	Planen er tydelig.	Der er ikke nogen.

Metadata	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4
Hvad er begrundelsen for indlæggelsestiden?	Udskrivelsen udsættes en dag på grund af komplikationer med lungestase og smerter, hvilket betyder mobiliseringsproblemer (rollator).	Patienten har mange konkurrerende lidelser, som er kroniske. Det er vigtigt at e.l. følger patienten efter indlæggelsen. Patienten skal have plejeseng, fordi hun skal SIK'es.	Konkurrerende lidelser + boligforhold. Planen holder. Blev sendt på aflastning, da hun kom hjem.	Der mangler dokumentation for, hvorfor patienten er udskrevet allerede efter et døgn. Sandsynligvis på grund af demens. Der er dokumentation for mobilisering.
Hvilken information har patienten fået ved udskrivelsen?	I lægejournalen er ikke beskrevet, hvad patienten er informeret om. Derudover mangler informeret samtykke i forbindelse med udsendelse af epikrise til e.l. I sygeplejejournalen er beskrevet, hvad patienten er informeret om i udskrivnings-samtalen.	Der er ikke lavet udskrivnings-samtale.	Datteren er der talt meget med. Patienten har Alzheimers, så dette kan være årsagen til den manglende info.	Udskrivelsessamtalen ikke udført på grund af demens.
Har patienten været velforberedt i forhold til udskrivelsen?	Der har været lavet udskrivningssamtale – patienten er fortrøstningsfuld.	Patienten føler sig usikker på at komme tilbage til eget hjem.	Mangler patientens egen vurdering. Det er vanskeligt at forberede patienten.	Vides ikke.
Er der sket en forebyggende indsats i alle sektorer?	Geriatrerne har lavet medicingennemgang som et forebyggende tiltag. Røg og tobak tages der ikke hånd om på sygehuset (patienten er ryger). I hjemmet startedes med træning inden faldet. Fik neurologisk tilsyn. Der er fokus på forebyggelse – også på plejehjem, selvom forebyggerne ikke kommer der. Med hensyn til ernæring har patienten været undervægtig – der er ikke gjort en særlig indsats. Efter indlæggelsen har patienten tabt sig. Der er fokus på ernæring og mulighed for diætist. Der er lavet plejeplan for ernæring. Der er ikke nogen kost-væske registrering. Der er daglig fysioterapeut, som laver et træningsprogram med ham på 10-15 minutter. Der ligger kostskema og ernæringsvurdering og -intervention i forløbsprogrammet (bilag 1.8-1.10). Konklusion: Flot forløb med godt og tæt samarbejde. Primær sektor skal arbejde videre med ernæring. Sygehuset skal være mere præcis i forhold til at angive ernæringsbehov i ICF. Ved udskrivelse til plejehjem er det vigtigt at være opmærksom på at der ikke er hjælpemidler til rådighed på forhånd.	Inden faldet er der sket forebyggende træning. Der sker medicinafstemning under indlæggelsen. Med hensyn til ernæring er der ikke gjort noget hverken under eller efter indlæggelse. Der er ikke lavet fokusrapport med henblik på fald. Der har sandsynligvis været faldforebyggende samtale. Kommunen har en udfordring i forhold til at lave opfølgningsbesøg. Der gives tryghedsbesøg, da patienten er utryg ved at komme hjem. Konklusion: Hvis patienten er utryg, kan det være en idé at tage en samtale med patient eller pårørende fra kommunen. Der er ikke lavet egentlig faldudredning på hende. E.l. kunne med fordel kontaktes med henblik på dette og omkring medicinsk behandling.	Forebyggelsen sker først lige inden situationen spidser til og det går galt. Efter indlæggelsen er der sat forskellige tiltag iværk. Det er ikke dokumenteret, at der har været særskilt fokus på ernæring. Osteoporosebehandling startet på sygehuset. Med hensyn til forhøjet blodtryk er det vurderet, men der er ikke iværksat tiltag.	Faldforebyggende tiltag i det tidsrum patienten er hjemme første gang (inden OP). Bevilges rollator efter udskrivelsen til plejehjemmet. Har alarmmåtte ved sengen. Konklusion: Dokumentationen på plejehjem foreligger i papirform – ikke elektronisk. På sygehuset har vi udfordringer også i de korte forløb med hensyn til dokumentation.

Bilag 3

Spørgsmål til udskrivelsessamtaler på Regionshospital Horsens

Spørgsmålene er samlet i dette dokument af Dansk Sundhedsinstitut, men skrevet af, som de fremgår af standardsygeplejepapirerne på hospitalet.

1. Forventninger

Fortæl hvordan din indlæggelse har været
Er du tilfreds med din indlæggelse?

2. Hvordan har du oplevet indlæggelsen?

Kommunikation/information

Behandling/pleje

Kontaktperson/visitkort

3. Oplever du at være afklaret omkring din udskrivelse?

Sygdommens konsekvenser for fremtiden

Brug af medicin – har du deponeret medicin eller andet i afdelingen?

4. Oplever du, at der er noget vi kan gøre bedre?

Bilag 4

Patientinformation fra Karolinska Universitetssjukhuset



Bättre helhet.

Sammanhållen journalföring införs nu successivt över hela Sverige. Ja, hos flera landsting, kommuner och privata vårdgivare är det redan verklighet.

Du själv behöver inte göra någonting. Inte nu. Men nästa gång du har kontakt med vården, kan läkaren eller annan vårdpersonal fråga dig om ditt samtycke till att ta del av dina journaluppgifter.

Du har rätt att stå utanför sammanhållen journalföring. Då ansvarar du själv för att informera om vad vårdpersonalen behöver veta för att kunna ge dig god och säker vård.

På webbplatsen 1177.se/sammanhallen-journalforing finns all information samlad. Besök den för att få svar på de frågor du kanske har. Här kan du också se när din vårdgivare planerar att börja använda sammanhållen journalföring.



Allt hänger ihop.

Hur du mår är summan av många faktorer. Ju mer vi inom vården känner till om dig, desto snabbare och bättre vård kan vi ge. Det är därför vi har journaler.

I journalerna finns hela din vårdhistoria samlad. Men journalerna finns inte samlade i vården. Vård som du fått hos en vårdgivare syns inte per automatik hos en annan.

Tack vare Patientdatalagen är det möjligt för flera vårdgivare att läsa uppgifter i dina journaler. Så att den du möter kan få tillgång till alla relevanta uppgifter om dig. Oberoende av vilket landsting, kommun eller privat vårdgivare du söker vård hos.

Det kallas sammanhållen journalföring. Syftet är att vi enklare ska kunna se hela din vårdhistoria. Så att du snabbt kan få god och säker vård.





På dina villkor.

Med sammanhållen journalföring kan den som vårdar dig se vilken vård du fått tidigare. Direkt. Och om du till exempel är överkänslig mot något, eller äter en medicin som inte bör kombineras med andra mediciner.

Det är bara vårdpersonal som har en patientrelation med dig som får ta del av uppgifterna i dina journaler. Och han eller hon måste först fråga dig och få ditt samtycke.

Vill du visa delar men inte allt? Du har rätt att i din journal spärra uppgifter som du inte vill ska vara tillgängliga för andra vårdgivare. Vilka uppgifter det ska gälla och hur länge avgör du. Och du kan begära att en spärr tas bort när som helst.

Du bestämmer.



14 frågor om sammanhållen journalföring

Vem kan se mina uppgifter?

Säkert identifierad vårdpersonal som behöver uppgifterna för att ge dig god och säker vård kan ta del av den sammanhållna journalen. Vårdpersonalen måste ha en patientrelation med dig och ha ditt samtycke.

Hur kontrolleras att min integritet skyddas?

Säkert identifierad vårdpersonal kan läsa dina journaluppgifter. Dom måste ha en patientrelation med dig och ditt samtycke. I efterhand går det att spåra, via loggar, vem som läst. Du har rätt att få ta del av dessa loggar. Varje vårdgivare gör systematisk uppföljning av loggar.

Kan jag spärra uppgifter?

Ja, du avgör själv om dina journaluppgifter helt eller delvis ska spärras för sammanhållen journalföring. Du avgör också om och när en spärr ska tas bort.

Vad händer om jag spärrar?

Det framgår i sammanhållen journalföring att spärrade uppgifter finns. Du avgör själv om du vill delge de spärrade uppgifterna till vårdpersonalen.

Vad händer om jag blir medvetlös?

Då kan vårdpersonalen begära nödöppning av den sammanhållna journalen och ta del av dina uppgifter. Dock inte spärrade uppgifter hos annan vårdgivare. Nödöppning följs upp regelbundet av vårdgivaren.

Jag vill inte vara med i sammanhållen journalföring!

Du har rätt att stå utanför sammanhållen journalföring. När du meddelar din vårdgivare detta kan inte andra vårdgivare ta del av dina uppgifter.

Finns min journal på nätet?

Nej, alla journaluppgifter lagras i vårdgivarnas lokala journalsystem.

En patient - en journal?

Nej. Sammanhållen journalföring innebär att flera vårdgivare kan få tillgång till varandras uppgifter om du som patient ger ditt samtycke.

Hur är det med IT-säkerheten?

I Patientdatalagen och tillhörande föreskrifter finns särskilda bestämmelser om behörighetstildelning och åtkomstkontroll. Datainspektionen är tillsynsmyndighet.

Kan jag spärra mitt barns uppgifter?

Nej, du kan inte spärra uppgifter om dina barn. I takt med barnets stigande ålder och mognad får barnet själv spärra uppgifter.

Kan någon annan ge samtycke i stället för mig?

Nej, bara du som patient kan ge ditt samtycke.

Om jag är utomlands?

Sammanhållen journalföring gäller bara inom Sverige.

Finns uppgifter om mina läkemedel?

Ja, läkemedelsinformation ingår i sammanhållen journalföring.

Varför införs sammanhållen journalföring?

Lagstiftaren vill stärka patientens integritet, säkerhet och trygghet. Vårdpersonalen får enklare, säkrare och snabbare en heltäckande bild av din vårdhistorik – och kan snabbare ge dig god och säker vård.

Liten ordlista

Logg	När vårdpersonal läser din journal registreras det och kan kontrolleras i efterhand. Du har rätt att ta del av vilka som läst dina journaluppgifter.
Nödöppning	Vårdpersonalens möjlighet att ta del av dina journaluppgifter då du inte kan ge ditt samtycke. Nödöppning följs regelbundet upp av vårdgivaren.
Patientdatalagen	Lag från 2008 med samlade regler för hur personuppgifter inom hälso- och sjukvården ska behandlas. Lagen reglerar bland annat sekretess, sammanhållen journalföring, vem som har rätt att ta del av patientuppgifter och patientens rätt att spärra uppgifter.
Patientrelation	När vårdpersonal har en kontakt med dig för vård och behandling.
Sammanhållen journalföring	Möjlighet för vårdgivare att läsa journaluppgifter från annan vårdgivare.
Samtycke	När du säger ja och därmed ger ditt medgivande till att vårdpersonal får ta del av din sammanhållna journal.
Spärr	Möjlighet för dig att spärra uppgifter som du inte vill ska finnas tillgängliga för andra vårdgivare.
Vårdgivare	Landsting och kommun samt annan juridisk person eller privat vårdgivare som bedriver hälso- och sjukvård.
Vårdpersonal	Person anställd av vårdgivaren för att utföra vård och behandling.

Vill du veta mer? Kontakta oss!

Karolinska Universitetssjukhuset tillämpar sammanhållen journalföring med andra vårdgivare vilket innebär att andra vårdgivare får ta del av dina journaluppgifter om uppgifterna kan antas ha betydelse för din vård och behandling och att du samtycker till det.

Om du inte vill att dina uppgifter skall vara tillgängliga för andra vårdgivare kan du tala om det för vårdpersonalen. Det innebär att uppgifterna spärras för andra vårdgivare. Men då måste du själv berätta för vårdpersonalen hos en annan vårdgivare vad de behöver veta för att ge dig en bra vård.

Fler vägar att få information:

1177.se/sammanhallen-journalforing

datainspektionen.se/lagar-och-regler/patientdatalagen

regeringen.se/sb/d/10671


KAROLINSKA
Universitetssjukhuset

Bilag 5

Interviewguide: Fokusgrupper, kommuner

Præsentation:

Vi kommer fra DSI (Dansk Sundhedsinstitut), som laver forskning, evaluering og rådgivning indenfor sundhedsvæsenet.

Regionshospitalet Horsens har sammen med kommunerne arbejdet med at skabe sammenhængende patientforløb for patienter med hoftebrud. I den forbindelse er DSI blevet bedt om at være med til at evaluere forløbsprogrammet. Derfor har vi både på hospitalet og i de kommuner, der er med i samarbejdet, samlet en række medarbejdere, der har erfaring med at arbejde med forløbsprogrammet. Formålet er at få mere at vide om, hvad der set fra Jeres stol fungerer godt og mindre godt i forbindelse med forløbsprogrammet. Vi vil have fokus på samarbejde, overgange og kommunikation. Resultatet af interviewene bliver skrevet sammen og præsenteret i generel form – I vil altså ikke blive nævnt med navn i rapporten – jeres udtalelser vil blive anonymiseret.

Allerførst vil jeg gerne, hvis vi lige kan tage en præsentationsrunde, hvor I fortæller, hvad I hedder, og hvilken stilling I har. For at få et overblik over hele processen og de roller, I hver især har, kunne jeg godt tænke mig, at vi sammen prøver at beskrive hele forløbet – eller forløbene. Hver af deltagerne fortæller om deres rolle.

1. Vi starter med den forebyggende indsats

- 75+ årige, som modtager forebyggende hjemmebesøg, og som identificeres i risiko for fald ved de årlige forebyggende hjemmebesøg
- 65+ årige, som vurderes i risiko for fald eller er faldet i eget hjem.

Er der nogen af Jer, som arbejder med forebyggelse i disse grupper? Vil I fortælle, hvad der sker for disse patienter, og hvad Jeres rolle er?

Fortæl om faldudredning:

- Hvem gør hvad?
- Hvem arbejder du/I sammen med? Hvad fungerer godt i samarbejdet? Hvad kunne gøres anderledes?
- Hvordan kommunikerer I om faldforebyggelse (bruges faldobservationsskemaet)?
- Spiller forløbsprogrammet en rolle for din måde at arbejde med faldforebyggelse på? Eksempel?
- Spørg evt. konkret ind til Faldobservationsskemaet: Bruges det af hjemmeplejen? Af praktiserende læge? Hvad fungerer godt? Hvad kunne forbedres? Bliver hjemmeplejen kontaktet af praktiserende læge i forbindelse med årsager til fald og planlægning og koordinering af intervention i forhold til faldforebyggelse?

Relevante dokumenter:

"Identificering af +65-årige risikogrupper for fald, der får ydelser i primærsektor" (bilag 1.3)

"Faldobservationsskema til hjemmesygeplejersken" (bilag 1.4)

"Primær forebyggelse af fald og hoftebrud" (bilag 1.1) og

"Sekundær forebyggelse af fald og hoftebrud" (bilag 1.2)

Instrukserne for praktiserende læger vedr. faldudredning (bilag 1.5, 1.6 og 1.7).

Fortæl om ernæringsvurdering:

- Hvem gør hvad?
- Hvem samarbejder du med?
- Hvilken rolle spiller forløbsprogrammet?
- Var der noget, du kunne ønske anderledes?

Relevante dokumenter:

Retningslinje for ernæringsintervention, herunder ernæringsvurdering og ernæringsterapi i kommunerne

Instruks for kostskema i kommunerne (bilag 1.8 og 1.9).

2. Fokus på patienter, som indlægges

Selve indlæggelsen:

- Er der nogen af jer, som har en rolle i forbindelse med selve indlæggelsen?
- Hvad gør I?
- Hvem samarbejder I med?
- Hvordan overleveres informationer?
- Spiller forløbsprogrammet en rolle? I givet fald hvilken?
- Var der noget, du kunne ønske anderledes?

Kommunikation med hospitalet under indlæggelsen:

- Hvad sker der i "Jeres ende", når en patient bliver indlagt?
- Hvem er involveret?
- Hvad er Jeres rolle?
- Hvilken information får I, når patienten bliver indlagt og under indlæggelsen?
- Hvem får I besked fra?
- Er der noget information, I savner?
- Kommunikerer I med hospitalet om patientens hjemlige forhold i forbindelse med indlæggelse?
- Kender I ISBAR, og er det et relevant redskab?
- Spiller forløbsprogrammet en rolle?

Relevante dokumenter:

"Instruks for Samtaleguide I og II" (bilag 2.4)

"Kommunikation om patientbehandling" (bilag 1.13).

Samarbejde/kommunikation omkring udskrivelse:

- Hvem er involveret i forbindelse med udskrivelse?
- Hvordan er samarbejdet, og hvilken information får I – og hvordan får I den?
- Har du erfaring med deltagelse i udskrivningskonferencer? Hvordan fungerer det?
- Er der kommunikation eller information, I savner i forbindelse med samarbejdet om udskrivelse?

- Har du kommentarer til tidsforløb eller måde, der kommunikeres på?
- Spiller forløbsprogrammet en rolle? I givet fald hvilken?
- Er der noget, I synes kunne gøres bedre i forbindelse med udskrivelse?

Relevante dokumenter:

Kriterier for udskrivelse og udskrivelseskonference for patienter med hoftebrud (bilag 2.3).

3. Fokus på forløbet efter udskrivelse

- Hvad sker som det første efter udskrivning?
- Hvem er involveret?
- Hvad er din rolle?
- Spiller forløbsprogrammet en rolle? I givet fald hvilken?

Relevante dokumenter:

"Praktiserende lægers intervention efter faldudredning uden brud og kommuner og praktiserende lægers opgaver..." (bilag 1.7).

4. Opsamling på tværs

- Hvad er fra Jeres perspektiv med til at skabe sammenhæng i et forløb på tværs af sygehus og kommune?
- Spiller forløbsprogrammet en rolle? I givet fald hvilken?
- Er der noget, som er med til at gøre sammenhæng i forløbet svært? I givet fald hvad?
- Har I generelt kommentarer til samarbejde og forløbsprogram i forbindelse med patienter med hoftebrud?
- Er der noget i forløbsprogrammet, som giver særlige udfordringer?
- Er der noget, som I synes kunne gøres bedre?
- Hvordan er I oprindeligt informeret om forløbsprogrammet? Hvad var godt i den sammenhæng?
- Har I forslag til noget, der kunne gøres bedre?

Relevante dokumenter:

"Retningslinjer for samarbejde mellem hospital og primær sektor – ved indlæggelser, under indlæggelse og efter udskrivning" (bilag 2.2).

Bilag 6

Interviewguide: Fokusgrupper, Regionshospitalet Horsens

Præsentation:

Vi kommer fra DSI (Dansk Sundhedsinstitut), som laver forskning, evaluering og rådgivning indenfor sundhedsvæsenet.

Regionshospitalet Horsens har sammen med kommunerne arbejdet med at skabe sammenhængende patientforløb for patienter med hoftebrud. I den forbindelse er DSI blevet bedt om at være med til at evaluere forløbsprogrammet. Derfor har vi både på hospitalet og i de kommuner, der er med i samarbejdet, samlet en række medarbejdere, der har erfaring med at arbejde med forløbsprogrammet. Formålet er at få mere at vide om, hvad der set fra Jeres stol fungerer godt og mindre godt i forbindelse med forløbsprogrammet. Vi vil have fokus på samarbejde, overgange og kommunikation. Resultatet af interviewene bliver skrevet sammen og præsenteret i generel form – I vil altså ikke blive nævnt med navn i rapporten – jeres udtalelser vil blive anonymiseret.

Allerførst vil jeg gerne, hvis vi lige kan tage en præsentationsrunde, hvor I fortæller, hvad I hedder, og hvilken stilling I har? For at få et overblik over hele processen og de roller, I hver især har, kunne jeg godt tænke mig, at vi sammen prøver at beskrive hele forløbet – eller forløbene:

Hver af deltagerne fortæller om deres rolle.

1. Vi starter med indlæggelse/ankomst til FAME

+65 årige, der har haft et aktuelt fald mod hoften, og hvor der er mistanke om hoftebrud:

- Sker der noget særligt allerede i forbindelse med anmeldelse af patienten på vej på hospitalet?
- Hvad sker der når patienten kommer til FAME?
- Bruger I ISBAR til kommunikation internt i afdelingen (f. eks. ved tilkald af forvagt)?
- Har I kontakt med kommunen i denne fase? Og eventuelt hvordan?
- Hvordan informeres patienterne om planerne?
- Spiller Forløbsprogrammet en rolle for den måde, I arbejder med modtagelse af patienter, der mistænkes for hoftebrud?

Supplerende spørgsmål:

EPJ-problemark "Hoftebrud".

Relevante dokumenter:

Modtagelse og diagnosticering af patienter, der kommer i FAME, og hvor der er mistanke om hoftebrud.

2. Mistanke om brud: Patienten til Røntgen

- Hvordan får I besked om, at der kommer en patient med mistanke om hoftebrud?
- Betyder det, at der er tale om en patient med hoftebrud, noget for prioritering af patienten?

Hvad er næste skridt:

- Hvis mistanke om brud afkræftes?
- Hvis mistanke om brud bekræftes?
- Hvordan kommunikerer I med afdelingerne om hoftebrudspatienterne (ISBAR? EPJ-Problemark?).
- Spiller Forløbsprogrammet en rolle for den måde, I arbejder med patienter, der mistænkes for hoftebrud?

Supplerende spørgsmål:

EPJ-problemark "Hoftebrud".

Relevante dokumenter:

Røntgentafdelingens opgave i forbindelse med diagnosticering af patienter med begrundet mistanke om hoftebrud.

3. Når brud er afkræftet

- Hvad sker der, når en patient kommer tilbage til FAME, efter mistanke om brud er afkræftet?
- Faldudredning?
- Kommunikation med kommunen?
- Spiller forløbsprogrammet en rolle? I givet fald hvilken?

Relevante dokumenter:

"Instruks for Samtaleguide I og II" (bilag 2.4)

"Kommunikation om patientbehandling" (bilag 1.13).

4. Sengeafdeling før OP

- Hvad sker der i sengeafdelingen inden operation?
- Hvordan informeres patienterne?
- Er der kommunikation med kommunen på dette tidspunkt?
- Spiller Forløbsprogrammet en rolle i denne del af forløbet?

Supplerende spørgsmål:

Indlæggelsesjournaler (mål: max en time).

5. OP Inklusiv opvågning

- Hvordan planlægges tider til OP af hoftebrud?
- Hvad sker der, når patienten kommer på OP?
- Hvad sker der på Opvågning?
- Er der noget, som er særligt for denne gruppe patienter?
- Hvordan kommunikeres med Sengeafdelingen?
- Spiller Forløbsprogrammet en særlig rolle i denne del af forløbet?

Supplerende spørgsmål:

Tid fra indlæggelse til operation (mål max 24 timer) – følger I op på det?

6. Sengeafdeling efter OP

Hvad sker der, når patienterne kommer ned til Jer efter operation? (faldudredning, ernæringsudredning, mobilisering, genoptræningsplan, delir)

- Hvordan og hvornår kommunikerer I med kommunen?
- Hvordan informerer I patienterne om de planer der er lagt?
- Erfaring med udskrivningskonferencer?
- Spiller Forløbsprogrammet en særlig rolle i denne del af forløbet?

7. Opsamling på tværs

Hvad er fra Jeres perspektiv med til at skabe sammenhæng i et forløb på tværs i hospitalet og mellem hospital og kommune?

- Spiller forløbsprogrammet en rolle? I givet fald hvilken?
- Er der noget, som er med til at gøre sammenhæng i forløbet svært? I givet fald hvad?
- Har I generelt kommentarer til samarbejde og forløbsprogram i forbindelse med patienter med hoftebrud?
- Er der noget, som er særlig godt ved forløbsprogrammet?
- Er der noget i forløbsprogrammet, som giver særlige udfordringer?
- Har I forslag til noget, der kunne gøres bedre?

Relevante dokumenter:

"Retningslinjer for samarbejde mellem Hospital og primær sektor – ved indlæggelser, under indlæggelse og efter udskrivning" (bilag 2.2).

Bilag 7

Interviewguide: Første interview – under indlæggelse

Præsentation af DSI, mig selv, projektet og interviewet.

Kort om DSI

a. Forskning og rådgivning inden for sundhedsvæsenet.

Kort om projektet

b. Formålet – at undersøge hvordan indsatsen overfor patienter med hoftebrud fungerer, både forebyggende, på hospitalet og efter udskrivelse

c. DSI's rolle i projektet – undersøge patienters oplevelser af indlæggelse og udskrivelse

d. Min egen rolle og baggrund.

Praktisk

e. Mit forløb med patienten – første interview under indlæggelse, andet interview i eget hjem efter udskrivelse samt observatør til udskrivelsessamtalen. Interviewet i dag – information om længde

f. Formålet med at følge patienten – at forbedre det samlede forløb for patienter med hoftebrud (fra forebyggende til fald til indlæggelse til udskrivelse til hjem)

g. Oplysning om tavshedspligt og anonymisering – informer patienten om, at interviewet ikke har noget med behandlingen at gøre og ikke har indflydelse herpå

h. Udlever skriftlig notits om projekt og samtykkeerklæring.

Kort om interviewformen

i. Spørgsmål/svar: ingen rigtige eller forkerte svar – patientens egne oplevelser

j. Informer om, at interviewet bliver optaget (samtykke)

k. Spørgsmål inden vi starter?

Patientens baggrund – fortæl om dig selv

a. Alder, civilstatus, profession, børn

b. Hvor er du fra? Hvor bor du i dag?

Om patientens nuværende sygeforløb – fortæl hvad der skete

a. Hvordan kom du til skade?

b. Hvad gjorde du da det skete? Var du alene, sammen med andre? Hvad gjorde de?

c. Ringede du selv efter hjælp/andre efter hjælp?

d. Hvordan kom du ind på hospitalet?

Indlæggelsesforløbet op til nu

a. Fortæl lidt om, hvad skete der, da du kom ind på hospitalet?
- Hvor på sygehuset du har været, før du kom her på afdelingen?

- Hvad skete der de gange du skulle flyttes – var der nogen der fortalte dig hvorfor, hvorhen, etc.? Forstod du, hvad der skete, og hvorfor du skulle de forskellige steder hen?

- Oplevede du, at du måtte vente, eller blev du hentet som aftalt? Kan du huske, hvem der modtog dig de forskellige steder? Var der en sengeplads klar til dig?

b. Hvem fortalte dig, at du skulle opereres? Hvad fortalte han/hun om selve operationen? Hvordan husker du dét at få at vide, at du skulle opereres? Hvad var eventuelt særligt svært ved den besked? Hvilke tanker/bekymringer havde du?

c. Når du ser tilbage på dit forløb, hvad har så været din bedste oplevelse indtil nu? Hvorfor? Beskriv oplevelsen.

d. Tilsvarende, hvad har så været den værste oplevelse? Hvorfor? Beskriv oplevelsen.

Genoptræning

e. Har du fået noget at vide om genoptræning af din gangfunktion?

- Her på sygehuset

- Når du kommer hjem.

f. Er der noget genoptræning, du er gået i gang med?

g. Hvad tænker du om det?

Overblik

a. Oplever du, at personalet (både læger/sygeplejersker/terapeuter) ved, hvem du er, og kender til din historie?

b. Er der nogen, du føler kender bedre til dig og dit behandlingsforløb end andre? Hvorfor? Giv eksempler.

c. Er der noget personale, du har mere tillid til end andre? Hvorfor? Giv eksempler.

d. Har det været tidspunkter, hvor du ikke har vidst, hvad der skulle ske med dig? Er der noget, du har været usikker på?

e. Har du fået noget at vide om, hvad der sker resten af den tid, du skal være indlagt?

Kommunikation og inddragelse

a. Synes du, at du har fået og får den information, du har brug for?

b. Er den information, du får, nem eller svær at forstå? Beskriv evt. det, hvis der er noget, der har været svært. Hvorfor var det svært? (Indirekte: ordvalget eller selve beskeden/samtalen der har været svær at rumme?) Er noget af personalet nemmere at snakke med/forstå end andre?

c. Hvad har du gjort, hvis du har været usikker på den information, du har fået (både hvis den helt konkret har været svær at forstå, og hvis den har været svær at rumme psykisk)?

d. Føler du, at du kan stille spørgsmål, bede om information og sige, hvordan du har det?

e. Føler du, at du bliver inddraget i, hvad der skal ske med dig her på sygehuset?

- Hvad vil du gerne inddrages i/være med til at beslutte?

- Hvad vil du helst ikke inddrages i/være med til at beslutte?

Tryghed

a. Har du følt dig tryk, mens du har været på hospitalet? Hvad har fået dig til at føle dig tryk? Prøv at beskriv et eksempel.

b. Har du på noget tidspunkt følt dig utryk? Hvad har fået dig til at føle dig utryk? Prøv at beskriv et konkret eksempel.

Det forebyggende

- a. Har du talt med personalet om faldforebyggelse? (Herunder kostændringer, etc.?)
- b. Har du været faldet før?
- c. Har du tidligere været bange for at falde? Snakkede du med nogen om det? Hjalp det?

Relationer

- a. Har du nogen pårørende, som har støttet dig, mens du har været på sygehuset?
- Har du haft familie/bekendte med til samtaler med læger/sygeplejersker/terapeuter? Hvordan har det været?

Overordnet evaluering/indtryk

- a. Er der noget, du ville ønske var blevet gjort anderledes?

Eventuelt

- a. Har du spørgsmål til mig? Eller noget du gerne vil fortælle, som du synes, at jeg ikke har fået spurgt om?
- b. Tak for din tid!
- c. Aftale om videre forløb!

Bilag 8

Interviewguide: Andet interview – efter udskrivelse

- a. Kort om interviewet i dag, længde, samme vilkår som sidst, etc.
- b. Formålet: at høre om dine oplevelser med udskrivningen og om det at komme hjem igen.

Indledende

- a. Fortæl noget mere om, hvordan det var at komme hjem igen. Var du tryk ved det?
- b. Hvad har fået dig til at føle dig tryk?
- c. Har du på et tidspunkt følt dig utryk ved at komme hjem igen? Hvad har fået dig til at føle dig utryk?
- d. (Evt.) Har pårørende været trykke/utrykke ved, at du kom hjem? Siger de det, eller er det noget du kan mærke?
- e. Hvad har været det bedste ved at komme hjem? Hvorfor? Beskriv!
- f. Hvad har været det værste ved at komme hjem? Hvorfor? Beskriv!
- g. Er der en eller flere personer (personale eller andre patienter) på hospitalet, som gjorde noget særligt for dig i forbindelse med din indlæggelse? Hvad gjorde han/hun? Og hvad gjorde han/hun anderledes end andet personale?
- h. Er der en eller flere personer i hjemmeplejen/sundhedsvæsenet, som har gjort noget særligt for dig, efter du er kommet hjem? Fortæl lidt om det. Hvad gjorde han/hun anderledes end andre?

Udskrivelse

- a. Fortæl om din udskrivelsessamtale
- b. Hvem husker du deltog?
- c. Hvad husker du, at personalet fortalte dig om?
- d. Kan du huske, hvad du selv spurgte om? Hvad spurgte dine pårørende om?

Mere specifikke spørgsmål ifht. egne observationer fra samtalen

- e. Snakkede I noget om dine ønsker og behov i forbindelse med at skulle hjem igen?
- f. Hvordan havde du det med at skulle udskrives? Var du klar til det?
- g. Ved du om der blev lagt en plan for, hvad der skulle ske, når du kom hjem fra hospitalet? (Opfølgning/genoptræning). Ved du, om planen er blevet fulgt?
- h. Føler du, at du blev taget med i beslutningerne om, hvad der skulle ske efter du kom hjem?

Kontakt med hospitalet

- a. Har du haft kontakt til hospitalet efter du kom hjem?

Kontakt med kommunen

- a. Fik du hjælp fra kommunen før du blev indlagt? (Hjemmepleje/sygepleje). Evt. beskriv den hjælp (til hvad, hvor ofte, etc.)
- b. Har du haft besøg af hjemmeplejen, sygeplejen eller en terapeut, efter du kom hjem? Hvad snakkede I om?

- c. Har du fået mere hjælp, efter du har været indlagt? Beskriv den hjælp. Hvordan har det fungeret?
- d. Hvordan har det været at skulle tage imod mere hjælp/ikke få mere hjælp?
- e. Hvordan er hjemmepleje/sygepleje/terapeuter at snakke med? Hvad snakker I særligt om?
- f. Var hjemmeplejen/sygeplejen/terapeuten klar over, hvad der var sket med dig, da de kom på besøg efter udskrivelse?
- g. Synes du, at du har fået og får den information, du har brug for fra hjemmeplejen etc.? Er den nem at forstå? Nemmere eller sværere end informationen på sygehuset?
- h. Blev du overrasket over nogle af de informationer, hjemmeplejen etc. gav dig, efter du kom hjem? Hvad for eksempel?

Genoptræning/visitationen

- a. Fortæl om din genoptræning (hvem kommer, hvad gør I, hvor længe ad gangen etc.)
- b. Ved du noget om, hvor lang tid du skal fortsætte med genoptræningen? Tænker du meget over det? Hvem snakker du med om det? (Terapeuten, andre?)
- c. Var du forberedt på, at træningen lå udenfor hjemmet/lå i hjemmet?
- d. Hvis udenfor hjemmet: hvordan kommer du til træning? Spørg evt. mere ind til det (er det besværligt, påvirker det din træning etc.)
- e. Har du i forbindelse med din hjemkomst haft besøg af en visitator (en fra kommunen)? Har du haft besøg af en visitator (en fra kommunen) før? Hvad laver han/hun, når de er her? Hvordan oplever du deres besøg? Beskriv det.
- f. Har du før takket nej til besøg fra kommunen? Hvorfor?

Kontakt med egen læge

- a. Har du haft kontakt med din egen læge, efter du er kommet hjem?
- b. Var lægen klar over, hvad der var sket med dig?
- c. Synes du, at du har fået og får den information, du har brug for fra din egen læge?
- d. Har den information været nem eller svær at forstå? Giv eksempler.
- e. Har du tidligere snakket med din læge om faldrisiko?

Pårørende

- a. Har nogle af dine pårørende hjulpet dig, efter du er kommet hjem? Hvad har de hjulpet dig med?

Hjemme igen/tryk

- a. Har du snakket med nogen om, hvad du selv kan gøre for at forebygge at falde igen?
- b. Har du snakket med nogen om din kost? Hvad har de eventuelt sagt? Hvad tænker du selv om din kost? Har det indflydelse på risikoen for at falde igen?
- c. Ved du, hvem du skal spørge, hvis du kommer i tvivl om noget i forbindelse med dit genoptræningsforløb eller med det at komme hjem igen?

d. Ved du, hvad der skal ske indenfor den næste måned (mht. lægebesøg, genoptræning, etc.) – er du tryk ved det?

Generelt om inddragelse/tillid

a. Er der nogle fagpersoner (læge, hjemmehjælper, hjemmesygeplejerske, terapeut), du har mere tillid til end andre? Hvorfor? Beskriv hvad der er medvirkende til at skabe den tillid.

b. Er du overrasket over, hvordan tingene er forløbet, efter du kom hjem? Føler du, at du har været velforberedt, eller at du måske kunne have været bedre forberedt? Er der noget, du har savnet?

c. Er der noget, du ville ønske, havde været gjort anderledes?

Afsluttende

a. Er der noget, vi ikke er kommet ind på, men som du synes er vigtigt at nævne i forbindelse med det forløb, du har været igennem?

b. Tak for din tid!

Bilag 9

Observationsguide – udskrivningssamtaler

Fokuspunkter	Observationsguide – udskrivningssamtaler
Hvem er til stede?	
Hvad får patienten at vide om, hvad der nu skal ske?	
Hvad spørger henholdsvis patient/pårørende og fagpersoner om?	
Hvordan foregår kommunikationen? Er det mest fagpersonerne, der taler, eller er patienten også aktiv?	
Virker patienten tryk ved at skulle hjem? Beskriv.	