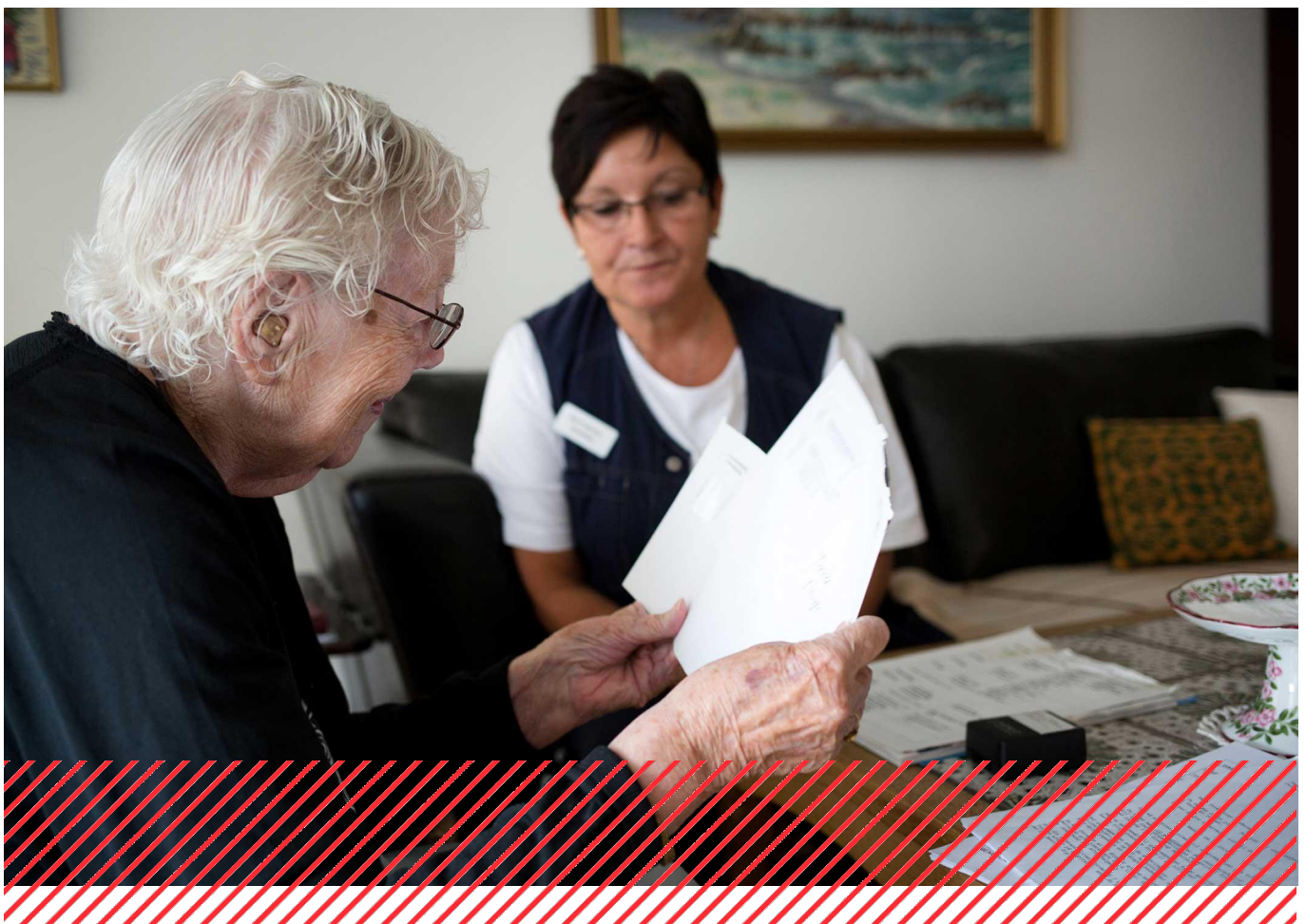


Horsens Kommunes 'Kom Godt Hjem'-indsats

Evaluering af organisering og borgertilfredshed



Martin Sandberg Buch og Lea Graff

*Horsens Kommunes 'Kom Godt Hjem'-indsats – Evaluering af
organisering og borgertilfredshed*

© VIVE og forfatterne, 2020

e-ISBN: 978-87-7119-840-9

Modelfoto: Ole Bo Jensen/VIVE

Projekt: 301113

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord og læsevejledning

Horsens Kommune har etableret en 'Kom Godt Hjem'-indsats (herefter KGH), der skal styrke overgangen fra hospital og kommunale akutpladser til eget hjem for ældre borgere med komplekse plejebehov. De overordnede målsætninger er, at KGH-indsatsens borgere oplever trykke og sammenhængende forløb, og at antallet af (gen)indlæggelser mindskes. Endvidere indgår en målsætning om, at indsatsen fremmer borgernes mestring af eget liv, mulighed for at deltage i fællesskaber og sociale aktiviteter og derved mindsker behovet for vedvarende og omfattende støtte.

Denne rapport formidler resultaterne fra VIVEs evaluering af KGH-indsatsens organisering og samarbejdsrelationer samt de inkluderede borgeres tilfredshed med og perspektiver på indsatsen. Det gennemgående fokus er på, hvorvidt indsatsen er implementeret og velfungerende, og i hvilket omfang indsatsen forbindes med de ønskede resultater.

Evalueringen skulle også have omfattet en effekt- og omkostningsanalyse med fokus på KGH-borgernes forbrug af social- og sundhedsydelse, samt i hvilket omfang indsatsen medvirker til at forebygge genindlæggelser. Siden foråret 2019 har der imidlertid ikke været adgang til de nødvendige data fra Landspatientregisteret på grund af overgangen til et nyt system for diagnosekoder. Da der i efteråret 2020 fortsat ikke er afklaring på, hvornår adgangen til data bliver genetableret, har vi desværre været nødsaget til at udelade effektevalueringen og derved også muligheden for at vurdere, hvorvidt indsatsen forebygger (gen)indlæggelser.

Den forgæves ventetid på data betyder, at evalueringens empiri blev indsamlet i efteråret 2019, samt at Horsens Kommune det seneste år har arbejdet på at adressere evalueringens opmærksomhedspunkter og anbefalinger. Dette arbejde har særligt fokus på KGH-indsatsens samarbejdsflader med hjemmesygeplejen og medicinske sengeafdelinger på Regionshospitalet Horsens, men på grund af COVID-19-udbruddet har arbejdet siden marts 2020 været sat i bero.

VIVE ønsker at takke alle, der har deltaget i evalueringen, og en særlig tak skal også lyde til KGH-indsatsens ledelse og medarbejdere, der har hjulpet med at planlægge VIVEs dataindsamling.

Evalueringen er gennemført af projektchef Martin Sandberg Buch og senioranalytiker Lea Graff. Første udkast af rapporten har været til faktatjek i Horsens Kommune, mens undertegnede har kvalitetssikret første rapportudkast. Den endelige rapport har desuden været i eksternt review hos henholdsvis en forsker og en praktiker med særlig indblik i evalueringens genstandsfelt.

Pia Kürstein Kjellberg

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed

2020

Indhold

Sammenfatning	5
1 Indledning	10
1.1 Kom Godt Hjem-indsatsens udmøntning	10
1.2 Kom Godt Hjem-indsatsens succeskriterier	11
1.3 Evalueringens formål, design og datagrundlag	11
1.4 Rapportens opbygning	13
2 Kom Godt Hjem-indsatsens organisering og de ansattes perspektiver på dens udmøntning	14
2.1 Kom Godt Hjem-teamets organisering og forankring	14
2.2 Kom Godt Hjem-sygeplejerskernes forløb med borgere og pårørende	17
2.3 Oplevede resultater og fremadrettede udviklingsbehov	19
2.4 Opsamling	19
3 Kom Godt Hjem-indsatsens eksterne samarbejdsrelationer	21
3.1 Hospitalsafdelinger og kommunale akutpladser	21
3.2 Den kommunale sygepleje	25
3.3 Kom Godt Hjem-teamets samarbejde med kommunal og privat hjemmepleje	30
3.4 Kom Godt Hjem-sygeplejerskernes samarbejde med praktiserende læger	33
3.5 Opsamling	34
4 Borgernes perspektiver på Kom Godt Hjem-indsatsen i eget hjem	36
4.1 Spørgeskemaets resultater	36
4.2 Resultater fra interview	39
4.3 Opsamling	44
5 Evalueringens fund og anbefalinger	45
5.1 Overordnede fund og opmærksomhedspunkter	45
5.2 Udskrivelseskoordinatorernes øgede tilstedeværelse på hospital	46
5.3 Borgernes mestring af eget liv og sociale relationer	47
5.4 Snitfladen mellem Kom Godt Hjem-indsatsen og hjemmesygeplejen	47
5.5 Kom Godt Hjem-teamets organisering	48
Litteratur	49
Bilag 1 Evalueringens datagrundlag og anvendte metoder	50
Bilag 2 Eksempler på Kom Godt Hjem-forløb	55
Bilag 3 Skriftlige kommentarer fra spørgeskemaet	62

Sammenfatning

'Kom Godt Hjem'-indsatsen i Horsens Kommune

Horsens Kommune har etableret en 'Kom Godt Hjem'-indsats (herefter KGH), der skal styrke overgangen fra hospital og kommunale akutpladser til eget hjem for ældre borgere med komplekse plejebehov.

KGH-Indsatsen indebærer for det første, at myndighedsafdelingens team af udskrivelseskoordinatorer er opnormeret med to medarbejdere, hvormed teamet bl.a. har fået mulighed for arbejde med fast fysisk tilstedeværelse på Regionshospitalet Horsens og de kommunale akutpladser. For det andet er der oprettet et sygeplejefagligt KGH-team med tre sygeplejersker og en teamleder, der har ansvar for at følge udvalgte borgere tæt i overgangen til eget hjem.

De overordnede målsætninger er, at KGH-indsatsen medvirker til, at borgerne oplever trygge og sammenhængende forløb, samt til at reducere antallet af (gen)indlæggelser hos de tilknyttede borgere. Endvidere indgår det som en målsætning, at indsatsen skal fremme borgernes mestring af eget liv, mulighed for at deltage i fællesskaber og sociale aktiviteter og derved forebygge vedvarende og omfattende behov for støtte.

VIVEs evaluering

VIVEs evaluering undersøger med afsæt i interview relevante fagpersoners perspektiver på KGH-indsatsens udmøntning, det borgerrettede samarbejde samt de oplevede resultater og fremadrettede opmærksomhedspunkter. Med afsæt i interview og et spørgeskema undersøger vi desuden de tilknyttede borgeres tilfredshed og oplevede resultater i forbindelse med indsatsen.

Evalueringen skulle også have omfattet en effekt- og omkostningsanalyse med fokus på KGH-borgernes forbrug af social- og sundhedsydelser, samt i hvilket omfang KGH-indsatsen medvirker til at forebygge genindlæggelser. Det har imidlertid ikke været muligt at få adgang til de nødvendige data fra Landspatientregisteret, og derved har vi været nødsaget til at udelade effektevalueringen og dermed også muligheden for at vurdere, hvorvidt indsatsen forebygger (gen)indlæggelser.

Fagpersonernes perspektiver på Kom Godt Hjem-indsatsen

KGH-indsatsen fremstår i forhold til de interne arbejdsgange og det borgerrettede arbejde som en veletableret løsning, der fungerer på driftsvilkår og med et velfungerende samarbejde mellem teamet af udskrivelseskoordinatorer og teamet af KGH-sygeplejersker.

Alle fagpersoner, som har deltaget i evalueringen, anser også KGH-indsatsen for at være et relevant initiativ. Der er således bred opbakning til ønsket om en målrettet indsats over for de borgere, der generelt set udskrives fra hospital med behov for kommunale pleje- og omsorgsydelser – og især de borgere i denne gruppe, som ikke i forvejen er kendte i kommunen. Vurderingen hos de interviewpersoner, der er i berøring med KGH-indsatsens borgere, er også, at der ydes en kvalificeret indsats i KGH-regi, som gør en positiv forskel for de berørte borgere. Dermed er der også et ønske om, at KGH-indsatsen – eller i hvert fald noget, der minder om den – vil fortsætte fremover.

Borgernes perspektiver på Kom Godt Hjem-indsatsen

De borgere, som har deltaget i evalueringen, er generelt set meget tilfredse med den hjælp, de har fået gennem KGH-indsatsen. Samtidig bekræfter de billedet af en indsats, der bidrager til øget tryghed, sammenhæng og aflastning for borgere og pårørende i de første uger efter udskrivelsen og derved giver et godt afsæt for det videre forløb i eget hjem. Det fremgår således på tværs af spørgeskemaet og de gennemførte interview, at borgerne forbinder KGH-indsatsen i eget hjem med et forløb:

- hvor der er et højt informations- og serviceniveau i forhold til fx at koordinere og effektuere aftaler om yderligere udredning og behandling
- hvor der er styr på indgåede aftaler og en oplevelse af, at de i høj grad effektueres som aftalt
- hvor der er en gennemgående tovholder, som både aflaster ved at have styr på alt det praktiske og ved at have tid til samtale og psykisk støtte omkring de ting, der (især for pårørende) er svære
- der understøtter tilbagevenden til en hverdag i faste rammer – forstået som, at hjemmepleje, sygepleje, træningsindsatser osv. er indkørt og fungerer i faste rutiner, når forløbet afsluttes
- hvor der foregår en god overlevering fra den ansvarlige KGH-sygeplejerske til det øvrige kommunale personale ved afslutningen af forløbet.

De fremadrettede ønsker, der er afdækket, knytter sig dels til, om der er mulighed for en længere og eventuelt trinvis overgang fra KGH-forløb til vanlig pleje, hvilket ligger i umiddelbar forlængelse af fagpersonernes ønsker i kapitel 3.

Positive fund

Det fremstår som positive fund, at KGH-indsatsen af deltagerne i evalueringen forbindes med:

- Styrket visitation af plejkrævende borgere og bedre koordinering af udskrivelsesforløb fra hospital og kommunale akutpladser generelt set
- Styrket evne til at identificere, forberede og (særligt via KGH-indsats i eget hjem) sikre en tæt opfølgning på komplekse udskrivelser
- At KGH-indsatsen i eget hjem fremstår som et tryghedsskabende og virksomt tilbud til de berørte borgere og pårørende.

De forklaringer, der knyttes til de oplevede resultater, handler grundlæggende om, at KGH-sygeplejerskerne har god tid til at sikre helheden i forløbet for de borgere, de er tilknyttet. Der er således både tid til den praktiske og faglige koordinering, tid til – og fokus på – psykisk støtte og omsorg for borgere og pårørende samt mulighed for at opretholde et meget højt serviceniveau, der bl.a. mindsker stress og usikkerhed hos borgere og pårørende.

KGH-sygeplejerskernes mulighed for at følge og supervisere samspillet mellem hjemmeplejen og borgeren fremstår også som et vigtigt element i de forløb, hvor borgerne har kognitive udfordringer, misbrugsudfordringer eller manglende erkendelse af deres behov for hjælp og støtte. Endelig udgør fælles opstarts- og overleveringsmøder i hjemmet – med deltagelse af borgere og primære kontaktpersoner fra hjemmepleje og hjemmesygepleje – som vigtige elementer, der forbindes med sammenhæng og forudsigelighed i plejen såvel som borgernes oplevelse af forløbet.

Opmærksomhedspunkter for det fremadrettede arbejde

Evalueringen finder dog også kritiske perspektiver på den valgte organisering og de oplevede udfordringer, som bør adresseres fremadrettet. Det drejer sig særligt om:

- Mulighederne for at styrke samarbejdet og det gensidige udbytte af udskrivelseskoordinatorernes øgede tilstedeværelse på Regionshospitalet Horsens.
- Håndteringen af KGH-sygeplejerskernes mange snitflader, arbejdsdelinger og overleveringer til den øvrige hjemmesygepleje og i nogle tilfælde også hjemmeplejen.
- Behovet for at præcisere forventningerne om, hvornår og hvordan KGH-indsatsen skal fremme borgernes mestring af eget liv, mulighed for at deltage i fællesskaber og sociale aktiviteter og forebygge vedvarende og omfattende behov for støtte.
- At KGH-sygeplejerskernes organisering som et lille og udskilt team i nogle tilfælde er forbundet med flaskehalse og vanskeligheder med at udnytte KGH-sygeplejerskernes tid effektivt.

De fire opmærksomhedspunkter uddybes i de følgende afsnit.

Udskrivelseskoordinatorernes øgede tilstedeværelse på hospital

Evalueringen indikerer, at de gensidige forventninger og ønsker til det 'gode' samarbejde og formålet med udskrivelseskoordinatorernes øgede tilstedeværelse på hospitalet ikke i alle sammenhænge var godt nok afstemt på tidspunktet for de afholdte interview. Med det afsæt afdækkede interviewene også eksempler på, at samarbejdet i nogle situationer i højere grad blev oplevet som regelbaseret og fokuseret på kontrol af samarbejdsparten frem for en gensidig forståelse for samarbejdspartens muligheder og behov. Med det afsæt er der også givet eksempler på tilbagevendende udfordringer på medarbejderniveau, som frustrerer begge parter i samarbejdet.

VIVE anbefaler med dette afsæt, at de afdækkede perspektiver anvendes som udgangspunkt for en dialog om udfordringernes udbredelse og omfang samt en efterfølgende dialog om, hvilke muligheder der er for at styrke udskrivessamarbejdet fremadrettet. Dialogen kan med fordel tage afsæt i målsætninger om at:

- tydeliggøre formålet med udskrivelseskoordinatorernes tilstedeværelse og øge andelen af fælles viden og forståelse for, hvilke formelle rammer der er for samarbejdet, såvel som hvad der kan gøres for, at de formelle rammer ikke spænder ben for kommunikation og samarbejde
- undersøge, hvilke muligheder der er for at tilrettelægge dialog og vidensudveksling om indlagte borgere på en måde, som i højere grad indfrier både kommunens og de hospitalsansattes forventninger
- sikre gensidig forventningsafstemning relateret til, hvor snitfladerne mellem hospitalets og kommunens opgaver, ansvar og kompetencer går.

Horsens Kommune igangsatte allerede i efteråret 2019 en proces for at styrke udskrivnings-samarbejdet, som i høj grad flugter med de ovenstående anbefalinger, og VIVE er informeret om, at der opleves et godt gensidigt udbytte af de igangsatte initiativer.

Snitfladen mellem Kom Godt Hjem-indsatsen og hjemmesygeplejen

Den valgte organisering, hvor et lille specialiseret team midlertidigt – og kun inden for almindelig dagtid – følger udvalgte borgere tæt, forbindes med en række snitflade- og overgangsproblematikker, som løbende skal håndteres. Udfordringerne findes på tværs af de gennemførte interview, så der er ikke tvivl om, at de er reelle, men det er også tydeligt, at de italesættes med forskellig fokus og vægt. Når man ser på tværs af de gennemførte interview, er det også tydeligt, at to forhold, der handler om andet og mere end KGH-teamet, er med til at præge de givne perspektiver.

For det første har de kommunale samarbejdspartener generelt set ikke et klart billede af, hvilke borgerforløb KGH-sygeplejerskerne tager, og hvordan de arbejder. Den manglende viden kommer bl.a. til udtryk i misforståelser og forestillinger om, at KGH-sygeplejersker fx systematisk går ind og overtager ansvaret for borgere, der i forvejen er velkendte i hjemmesygeplejen. Mange efterlyser også en større synlighed og et bedre informationsniveau omkring KGH-indsatsen – fx ved at KGH-sygeplejerskerne i højere grad deltager i personalemøder o.l. i hjemmeplejen.

For det andet indikerer interviewene, at der i hjemmesygeplejen gennemgående er frustration over, at sygeplejen igennem de seneste år er splittet op i flere specialiserede funktioner, samtidig med at antallet af 'almindelige' rutesygeplejersker er skåret ned. Oplevelsen er desuden, at arbejdsvilkårene og den faglige anerkendelse er større i de nyoprettede funktioner end i den øvrige sygepleje, samtidig med at de interviewede repræsentanter fra sygeplejen oplever et øget arbejdspress.

Der er således mindst tre forhold, som interagerer, når de kommunale interviewdeltagere efterspørger en organisering, hvor KGH-indsatsen i eget hjem fremadrettet forankres i hjemmesygeplejen. Det er samtidig ikke muligt at vurdere præcist, hvor skillelinjerne mellem reelle udfordringer, manglende viden og generel modstand går, samt hvor stort omfanget af de reelle udfordringer er.

Det er derfor i sidste ende en ledelsesmæssig vurdering, hvorvidt de beskrevne fordele og udfordringer ved KGH-indsatsens organisering giver anledning til at ændre i KGH's fremtid, organisatoriske indplacering og udmøntning.

Borgernes mestring af eget liv og sociale relationer

Både de ansatte i KGH-indsatsen og deltagerne i borgerundersøgelsen oplever, at KGH-indsatsen i eget hjem i de fleste forløb giver et godt fundament, for at borgerne på sigt bliver så selvhjulpne som muligt.

Det fremgår dog også, at intentionerne om at understøtte borgernes sociale netværk, kontakter med pårørende og evne til at klare sig selv ikke er lige relevante i alle forløb. I forløb med svær sygdom, komplekse sociale, psykiatriske eller misbrugsrelaterede problemstillinger er det også vanskeligt at ændre afgørende på borgerens situation – især hvis der ses isoleret på de første 2 uger efter udskrivelsen.

For KGH-indsatsens ledelse og medarbejdere knytter de fremadrettede udviklingsbehov sig for det første til afstemning af forventningerne til, hvornår, i hvor høj grad og hvordan der kan arbejdes med at aktivere borgerens ressourcer i et længerevarende perspektiv. Med det afsæt er det VIVEs anbefaling, at rammer og forventninger til KGH-sygeplejerskernes arbejde med

at understøtte borgernes sociale netværk m.m. tydeliggøres og afstemmes i forhold til de forskellige typer af borgerforløb i KGH-teamet.

Kom Godt Hjem-teamets organisering

KGH-sygeplejerskernes forankring i myndighedsafdelingen og udmøntningen som et mindre specialiseret team giver en række fordele i relation til opsporing af de rette borgere samt mulighed for at levere en intensiv og enstregtig indsats til de borgere, der tilbydes forløb. Begge fordele fremstår som elementer, der er betydningsfulde for oplevelsen af, at KGH-indsatsen i relativt stort omfang indfrier de opstillede målsætninger.

Organiseringen betyder til gengæld også, at der let opstår flaskehalsproblemer, når der er flere relevante borgere, end teamet kan rumme, eller når planlagte forløb med kort varsel udskydes, fordi hospitalet udsætter udskrivelsen. Evalueringens datagrundlag giver ikke mulighed for at vurdere det præcise omfang af disse udfordringer, og det anbefales derfor, at Horsens Kommune arbejder videre med at afdække dette.

Anvendte metoder og datagrundlag

Evalueringen er baseret på skriftligt materiale og interview med i alt 36 ledere og fagpersoner i og omkring KGH-indsatsen. Endvidere er der interviewet borgere og pårørende fra 8 KGH-forløb og indsamlet viden via et fysisk spørgeskema, som Horsens Kommune har udleveret til 187 af de borgere, som i perioden februar 2019 til januar 2020 har modtaget en KGH-indsats i eget hjem. 80 borgere har svaret på spørgeskemaet, hvilket giver en svarprocent på 42,7.

1 Indledning

Horsens Kommune har etableret en 'Kom Godt Hjem'-indsats (herefter KGH), der skal styrke overgangen fra hospital og kommunale akutpladser til eget hjem for ældre borgere med komplekse plejebenhov. Det politiske oplæg for KGH er Horsens Kommunes budgetforlig for 2018, der beskriver baggrunden og formålet med indsatsen således:

Når man som ældre har brug for pleje og omsorg for at fungere i hverdagen, er man særligt sårbar, når man bliver syg. Hospitalerne udskriver hvert år ca. 3.000 seniorer over 75 år i Horsens Kommune, hvoraf ca. halvdelen har brug for hjælp og pleje, når de kommer hjem. Derfor ønsker forligspartierne, at alle de borgere, der har brug for det, skal ledsages hjem fra hospitalet af en sygeplejerske, som med det samme kan sørge for, at der er styr på de basale behov, og samtidig kan være med til at sikre, at den ældre trygt og hurtigt kan vende tilbage til en god og værdig hverdag. (Horsens Kommunes Budgetforlig 2018)

1.1 Kom Godt Hjem-indsatsens udmøntning

Udmøntningen af KGH-indsatsen indebærer for det første, at myndighedsafdelingens team af udskrivelseskoordinatorer er opnormeret med to medarbejdere, hvormed teamet bl.a. har fået mulighed for arbejde med fast fysisk tilstedeværelse på Regionshospitalet Horsens og de kommunale akutpladser. For det andet er der oprettet et sygeplejefagligt KGH-team med tre sygeplejersker og en teamleder, som har ansvar for at følge udvalgte borgere tæt i overgangen til eget hjem.

KGH-indsatsen i eget hjem er som udgangspunkt målrettet borgere, der ikke i forvejen er velkendte af hjemmesygepleje og hjemmepleje¹, og som har behov for udvidet støtte i overgangen fra at være indlagt på hospital eller kommunal akutplads til eget hjem. Afklaringen af, hvilke borgere der skal tilbydes KGH-indsats i eget hjem, sker under indlæggelsen, hvor kommunale udskrivelseskoordinatorer opsporer og opsøger indlagte borgere, som vurderes at være i målgruppen.

Der er ikke opstillet præcise kriterier for, hvornår en borger er i målgruppe for indsatsen, og inklusion sker på baggrund af en individuel vurdering af borgerens samlede situation. De overordnede pejlemærker for vurderingen handler om, at borgeren typisk har et større funktionsevnetab og behov for pleje samt forskellige kombinationer af nedenstående parametre:

- Medicinsk kompleksitet, der handler om, at deres sygdomsforløb kræver stor sygeplejefaglig opmærksomhed
- Psykosocial kompleksitet, der handler om, at borgeren er udfordret socialt og/eller psykisk
- Borgere, hvor forholdene umiddelbart synes enkle, men hvor borgeren og/eller dennes pårørende oplever, at situationen er meget kompleks
- Borgere, der har urealistiske forventninger til, hvor selvhjulpne de er, samt borgere, som er svære at motivere til at tage imod hjælp fra kommunen.

¹ Borgere, der i forvejen modtager daglig hjælp fra hjemmepleje og hjemmesygepleje, inkluderes i udgangspunktet ikke i KGH-opfølgning ud fra et ønske om ikke at forstyrre den kontinuitet og viden, der allerede er opbygget omkring borgeren.

For de borgere, der tildeles KGH-indsats i eget hjem, starter forløbet med en (i nogle tilfælde flere) afklaringssamtale(r) under indlæggelsen. Formålene med samtalen er at:

- inddrage borgere og pårørende i at formulere de mål og aftaler, der indgås for det videre forløb, ikke mindst i forhold til at afdække muligheder og motivation for borgerens rehabilitering
- den tildelte hjælp, eventuelle boligændringer, hjælpemidler m.m. er på plads ved udskrivelsen og så vidt muligt er afstemt med borgerens funktionsniveau
- der er foretaget en forventningsafstemning og indgået konkrete aftaler, som øger borger og pårørendes tryghed i forbindelse med udskrivelsen.

De indgåede aftaler dokumenteres på et aftaleark, som udleveres til borger og eventuelle pårørende, mens udskrivelseskoordinatorene adviserer relevante parter om de visiterede ydelser i forhold til hjemmepleje, hjælpemidler, boligændringer m.m. – på samme måde som ved øvrige udskrivelser. Samtidig planlægger KGH-sygeplejerskerne den sygepleje, der skal leveres, og informerer hjemmesygeplejen om de indgåede aftaler, samt hvilke opgaver der skal varetages af hjemmesygeplejens ansatte.

KGH-sygeplejersken besøger borgeren umiddelbart efter udskrivelsen for at sikre, at alt i hjemmet er, som det skal være. Besøget involverer typisk også et opstartsmøde i hjemmet, hvor det planlagte forløb gennemgås og afstemmes sammen med borger og dennes kontaktperson fra hjemmeplejen. Herefter følger KGH-sygeplejersken borgeren tæt, leverer sygeplejen (i dagtid) samt sikrer helhed og koordination i de indsatser (herunder også at justere ved behov), der er bevilget til borgeren. Endelig skal KGH-sygeplejerskerne efter ca. 2 uger – ved afslutningen af KGH-forløbet – sikre en tryk overgang til de videre forløb i regi af hjemmepleje, hjemmesygepleje m.m.

1.2 Kom Godt Hjem-indsatsens succeskriterier

Intentionen med KGH-teamet har været at etablere mindre team med høj faglighed og udvidede beføjelser til at se – og imødekomme – borgernes behov i de første 2 uger efter udskrivelsen til eget hjem. Forventningen er, at en sådan løsning, der bredt set imødekommer borgernes behov, vil kunne medvirke til, at borgerne oplever trygge og sammenhængende forløb, samt til at reducere antallet af (gen)indlæggelser hos de tilknyttede borgere. Endvidere indgår det som centrale målsætninger, at indsatsen fremmer borgernes mestring af eget liv, mulighed for at deltage i fællesskaber og sociale aktiviteter og forebyggelse af vedvarende og omfattende behov for støtte.

1.3 Evalueringens formål, design og datagrundlag²

Horsens Kommune har rekvireret VIVE til at evaluere KGH med afsæt i indsatsens succeskriterier. Evalueringen skal anvendes som en del af vidensgrundlaget for Horsens Kommunes beslutninger om, hvorvidt og i hvilken form KGH-indsatsen skal videreføres efter forsøgsperioden. Evalueringen undersøges med det afsæt:

- **KGH-indsatsens organisering, samarbejde og oplevede resultater:** Via interview undersøges KGH-indsatsens organisering og hvordan relevante fagpersoner og ledere

² Den fulde metodebeskrivelse fremgår af bilag 1.

oplever opgavedeling og samarbejde omkring inkluderede borgeres forløb. Undersøgelsen fokuserer også på implementeringen af teamets arbejdsgange og borgerrettede arbejde samt de resultater og forbedringsmuligheder, som fagpersonerne oplever.

- **Borgernes perspektiver på indsatsen:** Ved at kombinere spørgeskemaer og interview undersøges, hvorvidt og hvorfor borgere og pårørende oplever tryggere overgange, sammenhæng i deres hjælp og øget mestring af eget liv som følge af KGH. Denne viden anvendes dels til at validere fagpersonernes vurderinger, dels som selvstændigt input til at kvalificere de fremadrettede beslutninger om KGH.

1.3.1 Organisationsanalysens datagrundlag

KGH-teamet er en ny organisatorisk enhed, der skal fungere i grænselandet mellem hospital, almen praksis og forskellige kommunale enheder. Med dette afsæt beskriver organisationsanalysen, hvordan KGH er organiseret, hvordan hverdagens (sam)arbejde er struktureret, samt i hvilket omfang samarbejde og snitflader opleves som velfungerende på tværs af de involverede parter.

Analysen er baseret på relevant skriftligt materiale³, interview med KGH-teamets og udskrivelseskoordinatorernes ledere og samtlige 10 medarbejdere fra de 2 teams. Endvidere er der gennemført individuelle og gruppebaserede interview med i alt 13 ledere og 11 medarbejdere på tværs af KGH's primære samarbejdsparter fra det kommunale sundheds- og ældreområde, Horsens Regionshospital og almen praksis.

Forbehold for interviewundersøgelsens datagrundlag: I interviewene med KGH-indsatsens mange samarbejdsparter er det vægtet at komme bredt omkring samt at interviewe både ledere og medarbejdere. Tilgangen giver den fordel, at alle relevante parter er blevet hørt i evalueringen, samt at det har været muligt at spejle de forskellige perspektiver i hinanden. Ulempen er til gengæld, at der ikke er interviewet nok fagpersoner fra hvert enkelt område, til at der er opnået datamæthed i interviewundersøgelsen.

Samarbejdsparternes perspektiver på KGH-indsatsen skal derfor – især de steder, hvor der er forskelle på tværs af interview – tolkes med forsigtighed og ses som oplæg til videre dialog og validering af de indsamlede resultater frem for at være endelige konklusioner.

1.3.2 Borgerundersøgelsens datagrundlag

VIVE har udviklet et fysisk spørgeskema, der i perioden februar 2019 til januar 2020 løbende er udleveret til de borgere, der har modtaget KGH-indsats i eget hjem. I alt 80 ud af 187 mulige borgere har svaret på spørgeskemaet⁴. Spørgeskemaet er udleveret af KGH-teamets sygeplejersker ca. 14 dage efter afsluttet forløb, og i en del tilfælde er spørgeskemaet udfyldt af pårørende eller med vejledning fra en kommunal medarbejder, når borgeren ikke selvstændigt har kunnet gennemføre undersøgelsen. Horsens Kommune har desuden indtastet spørgeskemareultatene i en samlet opgørelse, som VIVE har anvendt som afsæt for præsentation og analyse af de indsamlede data.

Borgere og pårørendes perspektiver på KGH-indsatsen er også belyst via 8 kvalitative interview, der er gennemført i borgernes hjem. Interviewaftalerne er indgået af KGH-teamets sygeplejersker på vegne af VIVE, og borgerne er udvalgt ud fra et ønske om at opnå spredning i køn,

³ For eksempel i form af dagsprogrammer, informationsmateriale, case-beskrivelser og forløbsplaner, der beskriver KGH-teamets drift og daglige organisering.

⁴ Den primære årsag til den relativt lave svarprocent er, at mange af KGH-indsatsens borgere er kognitivt svækkede borgere, som enten ikke har pårørende, eller hvor det ikke er lykkedes at få pårørende til at udfylde skemaet. Endvidere er der en del borgere, som er afdøde, blevet genindlagt eller overflyttet til ny bolig.

civilstatus, samt hvilke sundhedsrelaterede og sociale problemstillinger der har været afsæt for forløbet.

Forbehold for borgerundersøgelsens datagrundlag: De kognitivt svageste og mest udsatte borgere, som fx lider af psykisk sygdom, misbrugsproblemer og mangler pårørende/socialt netværk, har i begrænset omfang svaret på spørgeskemaet, og de er ikke repræsenteret i de kvalitative interview. Borgerundersøgelsen kan derfor ikke anvendes til at drage konklusioner om disse borgeres perspektiver og oplevede udbytte af KGH-indsatsen.

1.4 Rapportens opbygning

Kapitel 2 præsenterer KGH-indsatsens organisering, de interne samarbejdsflader mellem teamet af udskrivelseskoordinatorer og teamet af KGH-sygeplejersker samt strukturerne for KGH-sygeplejerskernes borgerrettede arbejde.

Kapitel 3 formidler de perspektiver på KGH-indsatsens organisering og eksterne samarbejdsrelationer, der er afdækket via interview med KGH-indsatsens medarbejdere og repræsentanter fra de primære samarbejdsparter.

Kapitel 4 omhandler borgernes tilfredshed og perspektiver på KGH-indsatsen, mens kapitel 5 opstiller evalueringens konklusioner og anbefalinger.

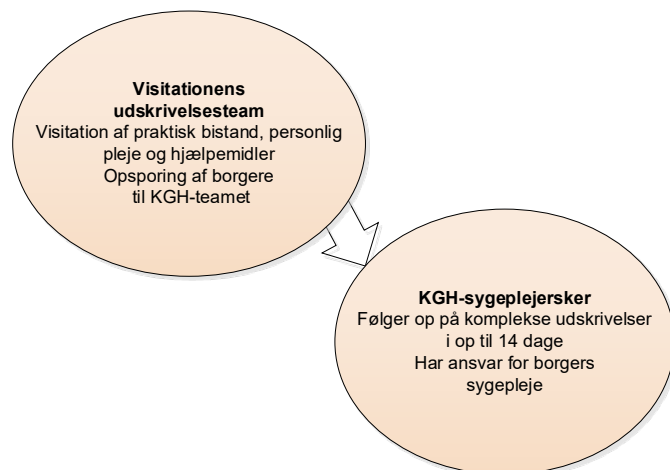
2 Kom Godt Hjem-indsatsens organisering og de ansattes perspektiver på dens udmøntning

Dette kapitel beskriver først KGH-indsatsens organisering og begrundelserne for denne. Herefter beskrives samspillet mellem KGH-teamets sygeplejersker og teamet af udskrivelseskoordinatorer, samt hvordan hverdagen og det borgerrettede arbejde for de 3 KGH-sygeplejersker ser ud. Endelig sammenfattes medarbejdere og ledelses perspektiver på oplevede resultater og fremadrettede udviklingsbehov.

2.1 Kom Godt Hjem-teamets organisering og forankring

KGH-teamets teamleder blev ansat i starten af 2018, og vedkommende brugte de første måneder på at forberede indsatsens udmøntning og ansætte de første medarbejdere. På ansættelsestidspunktet var det besluttet, at teamlederen skulle referere til en todelt ledelse på tværs af myndighedsafdelingen og kommunens ældreområde. Intentionen var, at den tværgående ledelse skulle hjælpe til at bygge bro mellem KGH-indsatsen og de udførende enheder på ældreområdet.

I praksis viste det sig dog, at der var en række udfordringer og uklare beslutningsveje vedrørende KGH-teamets økonomi, ansættelsesvilkår, lokaler, udstyr og ledelse, hvorfor det blev besluttet at forankre indsatsen entydigt i Myndighedsafdelingen. Teamet af KGH-sygeplejersker er således placeret fysisk på Horsens Kommunes Rådhus sammen med Myndighedsafdelingens team af udskrivelseskoordinatorer, der (som illustreret i figuren) står for at opspore de borgere, der skal tilknyttes KGH-teamets sygeplejersker. Formålet er at understøtte en tæt koordinering af de to teams opgaver, og dette er også afspejlet i, at de to teams ledere deler kontor⁵.



Teamet af udskrivelseskoordinatorer er i forbindelse med KGH-indsatsen opnormeret fra 4 til 6 medarbejdere. Det er sket ud fra et ønske om at styrke visitationen af patienter, der udskrives fra hospital, og de ekstra ressourcer har bl.a. muliggjort, at udskrivelseskoordinatorerne 2-3 gange om ugen har fast tilstedeværelse på henholdsvis de stationære sengeafdelinger på Regionshospitalet Horsens og Horsens Kommunes kommunale akutpladser.

De to teams opgaver og samarbejde uddybes nedenfor.

⁵ Udskrivelseskoordinator er = visitator med ansvar for visitation af praktisk bistand, personlig pleje, hjælpemidler, rehabilitering og boligforanstaltninger ved udskrivelse fra hospital eller midlertidig kommunale plads til eget hjem.

2.1.1 Udskrivelseskoordinatorerne

De 6 udskrivelseskoordinatorer har til opgave at bevilge ydelser og koordinere alle udskrivelser fra sygehus og kommunens midlertidige pladser, hvor borgerne har behov for støtte fra kommunen i regi af serviceloven. Visitationen omfatter således praktisk bistand/rehabilitering, personlig pleje, bolig, boligændringer, hjælpemidler, madservice m.m. Udskrivelseskoordinatorerne visiterer ikke til hjemmesygepleje, da den kommunale sygepleje er selvvisiterende.

Formålet med udskrivelseskoordinatorernes faste tilstedeværelse på hospitalsafdelinger og kommunale akutpladser er at styrke udskrivelserne generelt samt at identificere de mest komplekse borgere via en tættere kontakt med borgere og pårørende og dermed sikre, at disse får en god udskrivelse. Som illustreret i nedenstående citat forbindes opnormeringen og muligheden for at tilknytte KGH-sygeplejersker med nye og bedre forudsætninger for at løse denne opgave:

Selve opgaven er den samme; borgerne har altid skullet godt hjem, og vi har været på sygehuset ved behov. Det nye er, at vi har mulighed for at sætte KGH-sygeplejersker på, samt at vi er mere på sygehuset, hvor vi ser flere borgere og dermed fanger flere end før. (Udskrivelseskoordinator)

Udskrivelseskoordinatorerne oplever samtidig at de nu kan gå mere i dybden og dermed får bedre mulighed for at tilrettelægge gode udskrivelser – både for de komplekse og de mindre komplekse borgerforløb.

Det daglige samarbejde mellem koordinatorene og KGH-sygeplejerskerne er understøttet af en detaljeret arbejdsgangsbeskrivelse, som er udviklet og justeret løbende hen over indsatsens første år. For at sikre systematik i, hvilke borgere der tilknyttes KGH-teamet (og derved en optimal udnyttelse af teamets begrænsede ressourcer), er der også udviklet et skema, som udskrivelseskoordinatorerne anvender til at vurdere borgernes funktionsniveau og plejebehov, når de henviser til KGH-sygeplejerskerne.

Skemaet udfyldes i dialog med borgeren og sendes til KGH-sygeplejerskerne. Det er herefter KGH-sygeplejerskerne, der (i dialog med udskrivelseskoordinator) beslutter, hvilke borgere der skal tilbydes en KGH-indsats i eget hjem og herunder prioriterer, hvilke borgere der har de største behov, når der er flere relevante forløb end kapacitet i KGH-teamet. For de borgere, der tilbydes forløb, afholdes en afklaringssamtale med fokus på borger og pårørendes ønsker og behov samt på at orientere mundtligt og skriftligt om det kommende forløb og de indgåede aftaler.

2.1.2 Kom Godt Hjem-sygeplejerskerne

De 3 sygeplejersker, der er ansat i KGH teamet, er erfarne og har tidligere ansættelser i henholdsvis hjemmesygepleje og/eller på hospital samt kompetencer inden for akut sygepleje, der modsvarer kravene for at blive ansat som kommunal akutsygeplejerske i Horsens Kommune.

Som beskrevet ovenfor starter KGH-sygeplejerskernes borgerrelaterede arbejde, når udskrivelseskoordinatorerne henviser en borger fra hospital eller kommunal akutplads til vurdering i KGH-teamet. Det er primært udskrivelseskoordinatorerne, der informerer de inkluderede borgere og aftaler rammerne for det efterfølgende KGH-forløb, men i de mest komplekse og lange indlæggelsesforløb deltager KGH-sygeplejersken typisk også i en eller flere samtaler forud for udskrivelsen.

KGH-sygeplejersken fungerer de første uger efter indlæggelsen som en fast kontaktperson for borgeren med ansvar for at koordinere de samlede indsatser, fx hjemmepleje og hjemmesygepleje, fremskaffelse af hjælpemidler og bistå med kontakt til fx sygehus og praktiserende læge.

Indsatsen kører parallelt med de øvrige indsatser i hjemmet, fx hjemmepleje og madservice, men KGH-sygeplejersken varetager i dagtiden de sygeplejefaglige opgaver i hjemmet i den periode, hvor de er tilknyttet borgeren⁶. Derfor er det også KGH-sygeplejersken, der i forbindelse med udskrivelsen og KGH-forløbet visiterer borgeren til de nødvendige sygeplejeydelser og aftaler arbejdsdelingen med hjemmesygeplejen.

Ved udskrivelsen besøger KGH-sygeplejersken borgeren på udskrivelsesdagen (ifølge de interviewede medarbejdere 75 % af gangene) eller dagen efter. Det prioriteres desuden, at der i alle forløb afholdes et opstartsmøde i hjemmet sammen med borger, hjemmepleje og eventuelt hjemmesygeplejen. Hvis der er behov for ændring i borgerens indsatser, koordinerer KGH-sygeplejersken dette med udskrivelseskoordinatorer eller hjemmesygeplejen.

Udskrivelseskoordinatorerne visiterer de nødvendige hjælpemidler under indlæggelsen, men under selve KGH-forløbet har KGH-sygeplejerskerne ligeledes let adgang til hjælpemidler. Dels ved at de selv kan visitere til visse hjælpemidler, dels ved at de har mulighed for selv at hente relevante hjælpemidler på kommunens hjælpemiddeldepot, så hjælpemidlerne bliver umiddelbart tilgængelige i borgerens hjem.

KGH-indsatsen er så 'håndholdt' og intensiv, at hver sygeplejerske i teamet kun har 2-3 borgere i forløb på samme tid, hvilket adskiller sig markant fra hjemmesygeplejen generelt. Adspurgt, hvad de forskellige rammer for opgaveløsningen betyder, forklarer KGH-sygeplejerskerne:

Vi tager os af alle de løse tråde, der kan være ved en udskrivelse. Vi arbejder tæt med alle relevante samarbejdspartnere omkring borgeren, vi tager alle kontakterne til for eksempel sygehus og terapeuter. Vi ser borgeren tæt i starten – det er det samme ansigt, borgeren møder. Derfor kan vi holde hånd i hanke med opgaverne.
(KGH-sygeplejerske)

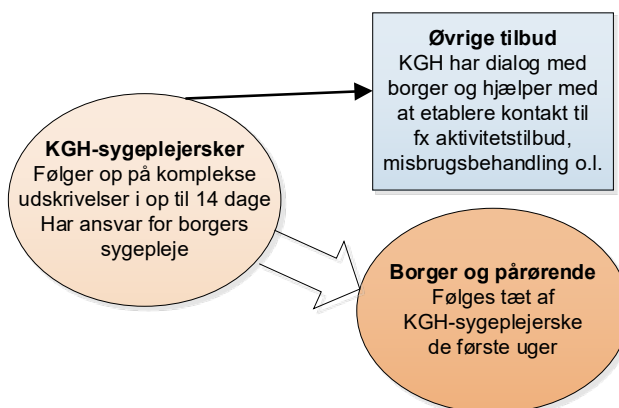
Vi kommer i længere tid af gangen hos borgeren, og vi kommer over en periode. Derfor kan vi rent faktisk se, om for eksempel den psykiatriske medicin virker. Det kan være svært at vurdere borgeren, hvis man ikke kommer der ret fast.
(KGH-sygeplejerske)

Når forløbet skal til at slutte, videregiver sygeplejersken de nødvendige oplysninger til hjemmesygepleje, hjemmepleje og øvrige relevante parter. Det indebærer i mange tilfælde et overleveringsmøde i hjemmet sammen med borger, hjemmepleje og i enkelte tilfælde hjemmesygeplejen.

⁶ Der kan dog være enkelte borgere, som modtager særlige instrumentelle sygeplejefaglige indsatser, eller borgere, der har så stort behov for hyppige besøg, at det er nødvendigt at udlægge nogle opgaver til det kommunale akutteam eller hjemmesygeplejen.

2.2 Kom Godt Hjem-sygeplejerskernes forløb med borgere og pårørende

Efter udskrivelsen følger KGH-sygeplejersken borgeren og eventuelle samlevende pårørende tæt under de daglige besøg i hjemmet. Dette både i forhold til oplysning om, hvad der foregår i det enkelte forløb, indhentning af viden om, hvordan fx en dement var tidligere i livet, samt i daglige samtaler med fx ægtefæller og samlevende. De interviewede medarbejdere betoner også, at det i mange tilfælde ligeså meget er de pårørende, som nyder godt af et KGH-forløb, da KGH-sygeplejersken i et andet omfang end den vanlige hjælp har mulighed for at lytte deres udfordringer og aflaste dem ved at tage ansvar for de indsatser, der skal på plads omkring borgeren. KGH-forløbene kan overordnet opdeles i fire forskellige typer som angivet i tabel 2.1.



Tabel 2.1 De overordnede typer af forløb ved Kom Godt Hjem-indsats i eget hjem

	Enkelt sygdomsbillede/forløb	Kompliceret sygdom/forløb
Borger/pårørende har ressourcer til aktivt at samarbejde om pleje og behandling	Fx en i udgangspunktet selvhjulpne borger, der udskrives efter hoftefraktur	Fx svært syge borgere, der udskrives til terminal pleje, eller borgere med svære fysiske traumer
Borger/pårørende har begrænsede ressourcer til at tage aktivt ansvar for pleje og behandling	Fx borgere med mangelfuld egenomsorg, der er svære at motivere i forhold til at modtage hjælp fra kommunen	Fx borgere med svær sygdom, komplekse plejebestanden kombineret med demens, psykiske lidelser og misbrugsrelaterede udfordringer

Kilde: Udarbejdet af VIVE på baggrund af de gennemførte interview med fagpersoner og borgere samt skriftligt materiale fra Horsens Kommune.

Der er ikke lavet præcise opgørelser af, hvordan de forskellige typer af forløb fordeler sig, men medarbejderne i KGH-funktionen vurderer, at de fleste forløb er komplekse, og at langt de fleste ressourcer anvendes på disse. Samtidig er oplevelsen, at det især er i de komplekse forløb med mange aktører, at KGH-indsatsen gør en positiv forskel på grund af de frie rammer for arbejdstilrettelæggelsen – dels i forhold til at skabe overblik og koordinere de faglige indsatser, dels i forhold til udvidet støtte og involvering af borger og pårørende⁷.

2.2.1 Målsætningen om at borgerne så hurtigt som muligt kommer tilbage til et aktivt og værdigt hverdagsliv

En af de væsentlige målsætninger for KGH-indsatsen er ønsket om, at de omfattede borgere i højere grad understøttes i overgangen til et aktivt og værdigt hverdagsliv. I det ligger for første en forventning om, at der i KGH forløbende arbejdes aktivt med rehabilitering og træning ud fra borgernes forudsætninger og ønsker. For det andet er der en forventning om, at KGH har et særligt fokus på borgerinvolvering og på, at KGH skal medvirke til at aktivere borgerens

⁷ Rapportens bilag 2 indeholder eksempler komplekse borgercases, der illustrerer de opgaver og forløb, som KGH-indsatsen bruger de fleste ressourcer på.

ressourcer og etablere et fundament for et godt hverdagsliv efter KGH-forløbet – dette eksempelvis ved at hjælpe med at etablere kontakt til bl.a. frivillige tilbud, dagcentre, misbrugsbehandlingssteder eller socialpædagogisk støtte.

KGH-indsatsens medarbejdere og ledere oplever på den ene side, at opnormeringen af udskrivelsesteamet på generelt niveau giver bedre mulighed for at have et tydeligt fokus på træning og rehabilitering efter udskrivelsen, fx ved at KGH-sygeplejersken deltager i målsamtalen med borger og en terapeut, hvis borgeren skal have et hverdagsrehabiliteringsforløb. Et andet aspekt knytter sig til den inddragelse, der sker i samtalen med udskrivelseskoordinatorene, når borgere og pårørende involveres i planlægning af deres udskrivelse – og efter forløbet til denne. Oplevelsen er, at dette giver et mere systematisk og eksplicit fokus på rehabilitering, samt at den tætte opfølgning via KGH i eget hjem understøtter, at indgåede aftaler hurtigere og mere virkningsfuldt effektueres efter udskrivelsen.

På den anden side opleves det som en udfordring, at de fleste borgere, der modtager KGH-indsats i eget hjem, er meget syge og/eller har lang forudgående historik med sociale eller misbrugsrelaterede udfordringer eller et manglende netværk. Dette er faktorer, som det er svært at gøre noget ved på 2 uger. Komplexiteten i borgerforløbene og de plejeopgaver og sundhedsindsatser, der skal koordineres, har således en tendens til at overskygge de mere langsigtede perspektiver for den enkelte. De interviewede KGH-medarbejdere forsøger dog at arbejde med disse aspekter af borgernes liv og skabe et udgangspunkt for, at der efterfølgende kan arbejdes videre med at understøtte borgernes egne ressourcer.

Det kræver derfor en løbende opmærksomhed fra ledelse og medarbejdere at opretholde motivationen til denne del af opgaven, så der fortsat er fokus på at identificere og handle på de muligheder, der trods alt viser sig. Det afspejler sig også i, at KGH-sygeplejerskerne, når det vurderes relevant, informerer mundtligt og skriftligt om dagcentre, frivillige tilbud m.m. ligesom det i enkelte tilfælde er lykkedes at etablere kontakt til det lokale misbrugscenter eller til dagcentre. Som en af de interviewede KGH-sygeplejersker forklarer:

Sådan noget med sociale aktiviteter? Ikke de første 14 dage. De er for syge og magter det ikke. Det sociale skubbes, for de skal bruge deres ressourcer til andre ting. I den periode, vi er der, der er vi ikke så meget inde over det. Men vi vender det gerne med dem, tager brochurer med osv. Så det er ikke, fordi vi ikke tænker i de baner, men det bliver ikke nødvendigvis iværksat de første 14 dage. For eksempel en støttekontaktperson, det kan jo tage måneder at iværksætte. Men vi kan sætte det lidt i gang, finde tilbud i nærområdet, tage de rette kontakter. (KGH-sygeplejerske)

Ovenstående ændrer dog ikke på, at KGH-indsatsens medarbejdere er usikre på, i hvor høj grad de forventes at kunne hjælpe de udsatte borgere, samt at de har svært ved at se, hvordan de på afgørende vis skal kunne gøre en forskel inden for de 14 dage, som KGH-forløbet varer. Derfor efterspørges også, at der fremadrettet kommer en større klarhed, om i hvor høj grad funktionen forventes at kunne få de komplekse og udsatte borgere tilbage i et aktivt og værdigt hverdagsliv, hvad der ligger i formuleringen et aktivt og værdigt hverdagsliv, samt hvilke yderligere metoder og kompetencer der kan anvendes til at realisere målet.

2.3 Oplevede resultater og fremadrettede udviklingsbehov

De ansatte i KGH-indsatsen vurderer, at indsatsen er implementeret i så høj grad, at den fra foråret 2019 og frem stort set har fungeret på driftsvilkår, samt at der er etableret et tæt og velfungerende samarbejde mellem udskrivelseskoordinatorer og KGH-sygeplejersker. Oplevelsen er desuden, at indsatsen indfrier de fleste af de borgerrelaterede mål.

Det er således medarbejdernes erfaring, at KGH-indsatsen understøtter ønsket om øget tryghed for borgere og pårørende, når de bliver mødt af en udskrivelseskoordinator og eventuelt KGH-sygeplejerske på hospitalet, samt når samtalerne understøttes af aftaleskemaer, kontaktoplysninger o.l., som indikerer, at der er 'styr på tingene':

Det giver en tryghed for borgeren, men det giver også tryghed for os, når vi ved, at en af vores KGH-sygeplejersker kommer. Det fungerer bare, det ved jeg. De borgere, som bliver tilknyttet KGH, har et godt afsæt for at skabe en sammenhængende og tryk overgang til eget hjem. (Udskrivelseskoordinator)

Oplevelsen er også, at opnormeringen af udskrivelseskoordinationen muliggør et tydeligere fokus på at afdække borgernes ønsker og motivation til rehabilitering som et element, det i højere grad lykkes at inkorporere i de efterfølgende kommunale forløb. Den løbende dialog mellem udskrivelseskoordinatorer og hospitalspersonale ses også som en kilde til bedre plejeforløbsplaner og bedre vurdering af, hvilke ydelser der skal bevilges og udføres efter udskrivelsen. I forlængelse heraf der er også en oplevelse af, at KGH-indsatsen er med til at forebygge indlæggelser.

Samtidig har samarbejdet om KGH afledte virkninger på medarbejderniveau i form af øget arbejdsglæde og oplevelsen af at kunne levere en mere forløbsorienteret indsats i forbindelse med udskrivelsen:

Det giver en faglig tilfredsstillelse at kunne følge lidt op på borgerne i KGH-forløb for udskrivelseskoordinatorerne, at man lige kan spørge, hvordan det går. Det øger fagligheden at finde ud af, at ens indsatser var gode eller kunne være anderledes. Man får en bedre forståelse for helheden i borgerforløbet, som man kan bruge i efterfølgende forløb. (Udskrivelseskoordinator)

De fremadrettede udviklingsbehov knytter sig for det første til målsætningen om, at KGH skal aktivere borgernes egne ressourcer og øge deres mestring af eget liv på længere sigt. Her vurderes både, at der er behov for forventningsafstemning i forholdt til, hvad der realistisk set kan forventes af indsatsen, og et fortsat fokus på, hvordan opgaven med de mere langsigtede perspektiver bedst muligt kan gribes an.

Derudover ses et fortsat behov for at konsolidere KGH-indsatsens mange eksterne samarbejdsrelationer og snitflader, hvilket vi ser på i næste kapitel.

2.4 Opsamling

De direkte involverede fagpersoner og ledere oplever, at den nuværende organisering af KGH-indsatsen er velfungerende. Det fremgår endvidere, at indsatsen fra foråret 2019 og frem har fungeret på driftsvilkår, samt at der er etableret et velfungerende og systematisk samarbejde mellem teamet af udskrivelseskoordinatorer og teamet af KGH-sygeplejersker om, hvilke borgere der tilbydes KGH-indsats i eget hjem.

KGH-indsatsen opleves at understøtte de opstillede mål om øget borgerinvolvering, rehabilitering samt trygge og veltilrettelagte udskrivelser. For det første ved at udskrivelseskoordinatorenes faste tilstedeværelse på hospitalet giver et godt afsæt for at koordinere udskrivningerne generelt set og de komplekse i særdeleshed. For det andet via KGH-sygeplejerskernes mulighed for at følge udvalgte borgere tæt i de 2 første uger efter udskrivelsen.

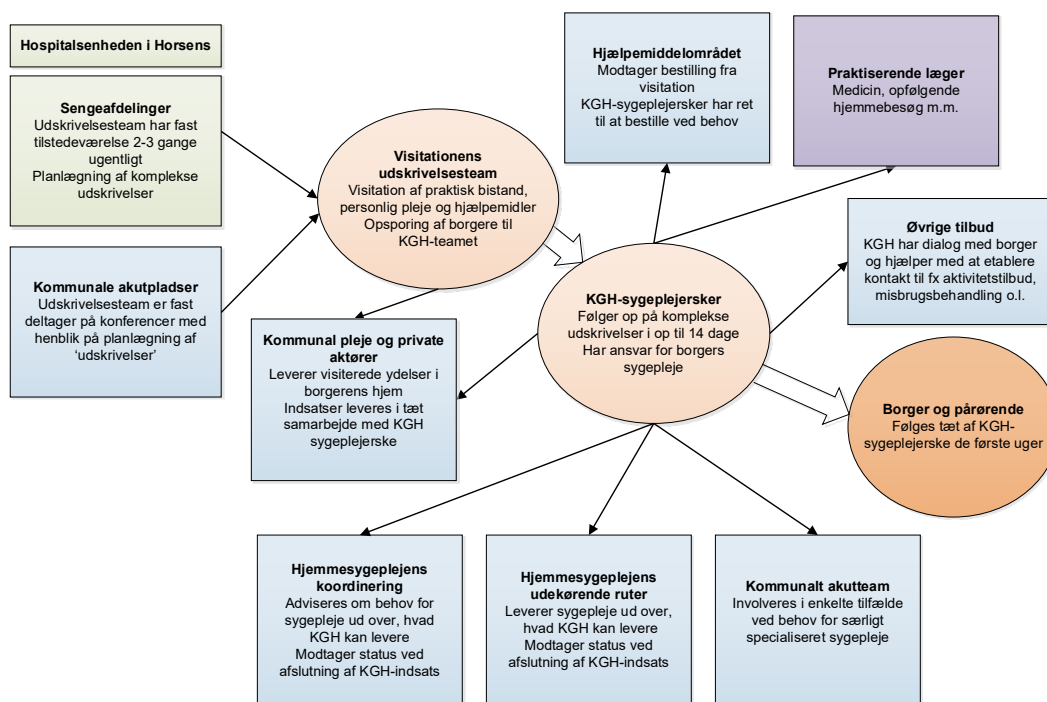
For KGH-indsatsens ledelse og medarbejdere knytter de fremadrettede udviklingsbehov sig for det første til afstemning af forventningerne til, i hvor høj grad og hvordan der kan arbejdes med at aktivere borgernes ressourcer i et længerevarende perspektiv. For det andet er der en række opmærksomhedspunkter til den fortsatte udvikling og konsolidering af KGH-indsatsens eksterne samarbejdsrelationer, som vi vender blikket imod i næste kapitel.

3 Kom Godt Hjem-indsatsens eksterne samarbejdsrelationer

Dette kapitel sammenfatter de perspektiver, der via interview er indsamlet om KGH-indsatsens snitflader og samarbejde med andre enheder. Gennemgangen er struktureret med afsæt i figur 3.1, der illustrerer KGH-indsatsens organisering og primære samarbejdsflader. Boblerne i midten repræsenterer den interne organisering og KGH-sygeplejerskernes borgerrettede arbejde, som blev gennemgået i foregående kapitel, mens de omkringliggende firkanter repræsenterer indsatsens eksterne snitflader og samarbejdsrelationer.

Hver af de primære snitflader har sit eget hovedafsnit, som først præsenterer perspektiver og opmærksomhedspunkter fra KGH-indsatsens ledelse og medarbejdere, hvorefter perspektiverne fra den aktuelle samarbejdspart følger.

Figur 3.1 Kom Godt Hjem-indsatsens snitflader og samarbejdsrelationer



Kilde: VIVE

3.1 Hospitalsafdelinger og kommunale akutpladser

3.1.1 Kom Godt Hjem-teamets perspektiver på samarbejdet

Næsten alle KGH-teamets borgere modtages fra enten de stationære sengeafdelinger på Regionshospitalet Horsens eller de 17 akutpladser, som kommunen råder over. Udskrivelseskoordinatorernes faste tilstedeværelse blev i udgangspunktet forberedt i dialog med ledelse og medarbejdere på henholdsvis geriatrisk og medicinsk sengeafdeling samt ledelse og medarbejdere på de kommunale akutpladser. Fokus var dels på at aftale rammer og arbejdsgange for den fysiske tilstedeværelse, dels for at introducere indsatsen til de relevante medarbejdere og ledere.

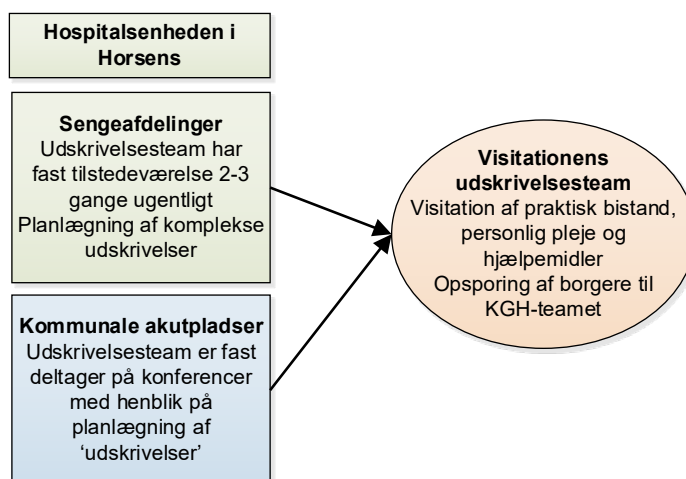
Møderne blev desuden brugt til at informere om udskrivelseskoordinatorenes rolle, og hvordan man tænkte, at samarbejdet kunne forløbe, samt den nye mulighed for at tilbyde udvalgte borgere KGH-indsats i eget hjem. Efterfølgende har udskrivelseskoordinatorene selv præsenteret sig og udvidet deres tilstedeværelse til omfatte hospitalets hjerte-, lunge- og kirurgiske afdelinger.

Arbejdsgangene på hospitalets sengeafdelinger: Udskrivelseskoordinatorenes faste mødetidspunkter er meldt ud til afdelingerne, så hospitalspersonalet ved, hvornår udskrivningskoordinatorene er til stede. Koordinatorerne har desuden faste arbejdspladser stillet til rådighed, når de er tilstede på hospitalets afdelinger.

Fordi der er afdelingsspecifikke forskelle på antallet og kompleksiteten af de typiske patientforløb, er der forskel på graden af tilstedeværelse. Tilstedeværelsen er således størst på den medicinske og geriatrike afdeling, hvor tre udskrivelseskoordinatorene deler opgaven og har fast tilstedeværelse 3 gange om ugen. På hjerte- og lungemedicinsk samt ortopædkirurgisk afdeling kommer koordinatorene 2 dage om ugen.

De kommunale interviewdeltagere lægger vægt på, at afsættet for deres arbejde med komplekse udskrivninger – og derved opsporingen af borgere til KGH-indsatsen – er de plejeforløbsplaner, hospitalet udarbejder for borgere med behov for ydelser fra kommunen. Der skal således være fremsendt en plejeforløbsplan til kommunen, inden udskrivelseskoordinatorene går i dialog med borger og hospitalspersonale om planlægningen af den forestående udskrivelse.

De kommunale interviewdeltagere er opmærksomme på, at andre kommuner i hospitalets optageområde i højere grad indgår i dialog med hospitalet, inden der foreligger en plejeforløbsplan, men Horsens Kommune har bevidst



fravalgt dette, dels ud fra et ønske om, at de juridiske rammer for udveksling af oplysninger og kontakten til de indlagte borgere skal være opfyldt, dels ud fra et ønske om ikke at bevæge sig ind på områder – fx vurdering af borgeres funktionsniveau og deltagelse i målsamtaler – der er hospitalets ansvar.

Med det afsæt får koordinatorene en liste med dagens nye plejeforløbsplaner af sekretæren eller afdelingens koordinator, når de møder ind på den enkelte hospitalets afdeling. Det fremgår af listen, hvem på afdelingen der er ansvarlig for de enkelte borgere, og koordinatorene starter typisk med at kontakte den ansvarlige, ligesom de også kontakter afdelingens koordinator for at indhente yderligere oplysninger om borgeren, som kan kvalificere planlægningen af udskrivelsen. Endvidere indhenter koordinatorene relevante oplysninger om borgerens funktionsniveau, hjælpemidler, boligsituation o.l. fra det kommunale omsorgssystem og eventuelle telefonsamtaler med borgerens kontaktsygeplejerske i hjemmeplejen.

Udvekslingen af viden om de konkrete borgere fremstår velfungerende for udskrivelseskoordinatorene, i det hospitalet har mulighed for at få viden om fx borgerens normale funktionsniveau og forholdene i borgerens hjem, mens udskrivelseskoordinatorene får viden om borgerens

tilstand og aktuelle funktionsniveau. Som illustreret i nedenstående citat anvendes den indhentede viden både til at kvalificere hospitalets plejeforløbsplan og til at kvalificere tildelingen af kommunale ydelser.

Vi kan gøre nogle andre ting, fordi vi har den direkte kontakt ind i sygehuset. Vi får bedre feedback og et bedre indblik i borgers situation. Vi slår op i kommunens oplysninger og har også mulighed for at ringe til fx den hjemmesygeplejerske, der er vant til at komme i hjemmet, og kan have det som afsæt for dialogen med hospitalspersonalet. Det giver et bedre afsæt for deres arbejde med plejeforløbsplaner.
(Udskrivelseskoordinator)

I de mest komplicerede forløb⁸ har udskrivelseskoordinatorerne typisk en eller flere samtaler med den indlagte borger og eventuelle pårørende på sygehuset inden udskrivelsen, hvor det fastlægges, hvilken hjælp borgeren skal have ved udskrivelse. De komplicerede – og ikke velkendte borgere – tilbydes desuden tilknytning til KGH-teamet, i det omfang der er kapacitet til det.

Samarbejdet med de kommunale akutpladser: Udskrivelseskoordinatorerne har en fast tilstedeværelse på de kommunale akutpladser, hvor de to gange om ugen deltager i de tavlemøder, hvor indlagte borgere gennemgås med henblik på at gøre status for deres forløb. Møderne anvendes dels til at planlægge udskrivelse fra akutpladserne, dels til at identificere og planlægge KGH-forløb for de mest komplekse borgere, og arbejdsgangene er grundlæggende de samme som på hospitalet.

Der er dog to væsentlige fordele, som følger af at udskrivningen fra akutplads udgør en intern 'sektorovergang': For det første kan udskrivelseskoordinatorer og KGH-sygeplejersker følge med i alle oplysninger om borgerens forløb via det kommunale EOJ-system, og for det andet er der større fleksibilitet og mulighed for at 'handle' med tidspunktet for udskrivelse, så borgeren fx ikke udskrives lige op til en weekend.

Oplevede resultater og fremadrettede opmærksomhedspunkter: De kommunale interviewdeltagere fortæller, at der er taget godt i mod udskrivelseskoordinatorer og KGH-sygeplejersker på hospitalsafdelingerne. Oplevelsen er også, at den øgede tilstedeværelse har skabt bedre relationer til medarbejderne på de respektive afdelinger – om end der stadig er plads til forbedringer på den lange bane. De prioriterer derfor, at det er de samme udskrivelseskoordinatorer, der er til stede på afdelingerne, og forventer, at der fremadrettet skal være en fortsat dialog om, hvordan samarbejdet kan udvikles.

Udskrivelseskoordinatorerne fortæller også, at de via dialogen om plejeforløbsplanerne har mulighed for at:

- vejlede hospitalet om, hvilke borgere der med fordel kan udskrives til akutplads, og hvilke der kan udskrives til eget hjem
- kvalificere funktionsevnevurdering og træningsplaner med afsæt i viden om borgerens vanlige funktionsniveau og de fysiske rammer, som vedkommende kommer hjem til
- mulighed for at rette fejl og gøre opmærksom på, når plejeforløbsplanen er mangelfuld eller urealistisk. Det sker fx, hvis der mangler funktionsevnevurdering, eller hvis udskrivelseskoordinatoren vurderer, at det forventede tidspunkt for udskrivelse er for optimistisk – fx hvis borgerens infektionstal er meget høje.

⁸ Hvornår et forløb er komplekst, vurderes typisk ud fra en kombination af forhold relateret til borgerens sociale situation, boligforhold, omfanget af borgerens funktionstab og plejebehov, eventuelle misbrugsproblemer, samt hvorvidt borgeren i forvejen er kendt af ældrepleje og sygepleje.

Det er endvidere deres oplevelse, at det er nemt at finde de relevante fagpersoner på sygehuset, og at der er en gensidig oplevelse af, at samarbejdet er relevant og givtigt. Dette gælder særligt i forhold til de hospitalsafdelinger, der har ansat terapeuter med ansvar for funktionsvurdering af indlagte borgere, hvilket ifølge de interviewede medarbejdere fra KGH muliggør en tværfaglig sparring om funktionsevnevurderingen.

Samarbejdet byder dog også på visse udfordringer. Dette især i forhold til, når sygehuset varsler udskrivelse i god tid for at være på den sikre side i forhold til de gældende færdigmeldingsfrister. Dette medfører ifølge de interviewede KGH-medarbejdere, at udskrivelser i nogle tilfælde udskydes adskillige gange. Hvis det drejer sig om en borger, der er tildelt et KGH-forløb, giver det vente- eller spildtid hos KGH, der så vidt muligt holder den ledige plads, indtil borgeren endelig udskrives. I nogle tilfælde bliver teamet derefter nødt til at give pladsen til en anden borger.

Resultaterne i relation til samarbejdet med de kommunale akutpladser matcher overordnet set erfaringerne i hospitalsregi. Oplevelsen er således, at KGH-indsatsen muliggør en glidende udveksling af viden, som sammen med den fysiske tilstedeværelse har styrket udskrivelserne fra akutplads til eget hjem. Samarbejdet med akutpladserne beskrives derfor som meget vel-fungerende, og der er ikke givet eksempler på fremadrettede forbedringsmuligheder.

3.1.2 Hospitalsperspektiver på samarbejdet⁹

De hospitalsansatte interviewdeltagere ser overordnet KGH-indsatsen som et relevant og tiltrængt initiativ. Det skyldes – i forhold til udskrivelseskoordinationen – positive erfaringer fra samarbejdet med andre fremskudte kommunale funktioner i hospitalets optageområde og et oplevet behov for at styrke kommunikationen om fx borgernes habituelle funktionsniveau og kommunale ydelser forud for udarbejdelsen af deres plejeforløbsplan. Muligheden for KGH-indsats i eget hjem anses også som et særdeles relevant tilbud, der som illustreret i nedenstående citater også i praksis indfrier interviewdeltagerne initiale forventninger:

De er rigtig gode til at lave det opsøgende arbejde. Når de er blevet tilknyttet en borger, ringer de: "Hvad så, hvad er det vi står med her?". De prøver meget at skabe dialogen [...] der er en god ping-pong om de ofte ret komplekse borgere [...] jeg har ikke noget negativt om dem. (Hospitalsansat)

Interviewdeltagerne understreger i forlængelse af ovenstående, at de er meget trygge ved at udskrive borgere til KGH-indsats i eget hjem, da de oplever, at der både er fokus på og tid til at understøtte en god overgang til eget hjem.

Det fremgår dog også, at udbyttet af udskrivelseskoordinatorernes øgede tilstedeværelse ikke matcher de hospitalsansattes forventninger. Det forklares med, at udskrivelseskoordinatorerne primært laver administrativt arbejde, når de er på hospitalet, samt en oplevelse af, at samarbejdet i for høj grad foregår på udskrivelseskoordinatorernes præmisser. De hospitalsansatte har i den forbindelse svært ved at forstå, hvorfor udskrivelseskoordinatorerne, i modsætning til de øvrige kommuner fra optageområdet, ikke har mulighed for at hjælpe med at kvalificere

⁹ De kritiske perspektiver på hospitalets samarbejde med udskrivelseskoordinatorerne i dette afsnit ligger i umiddelbar forlængelse af de opmærksomhedspunkter og udfordringer, der også er fremhævet i de kommunale interview. Det indikerer på den ene side, at der er tale om reelle problemstillinger; på den anden side repræsenterer interviewet med de 3 hospitalsansatte kun 2 af de 6 hospitalsafdelinger, som udskrivelseskoordinatorerne samarbejder med. Det kræver derfor et bredere funderet vidensgrundlag at vurdere, hvorvidt de afdækkede perspektiver er dækkende for hospitalsafdelingernes generelle oplevelse af udskrivessamarbejdet.

plejeforløbsplanen, inden den sendes til kommunen, samt hvorfor koordinatorene ikke ønsker at deltage i de målsamtaler, som hospitalspersonalet holder med borgerne.

På mere generelt niveau har de hospitalsansatte også en oplevelse af, at udskrivelsessamarbejdet med Horsens Kommune inden for det seneste år er blevet mere regelfokuseret og mindre præget af gensidig tillid og respekt for hospitalets vurderinger. Denne oplevelse eksemplificeres bl.a. med, at kommunen i nogle tilfælde har nægtet at hjemtage borgere med henvisning til, at borgeren har for høje infektionstal, samt tilfælde med yngre sygeplejersker på afdelingen, som ikke længere tør at tage ansvaret for udskrivelser, fordi de er bange for at få skældud af de kommunale medarbejdere¹⁰.

Endelig efterlyses større forståelse for, at de hospitalsansatte gør sig umage for at sætte så realistiske udskrivelsesdatoer som muligt, men at der altid vil være en vis usikkerhed forbundet med, hvordan patienten responderer på behandlingen, hvorfor der ofte opstår behov for at udskyde udskrivelsesdatoer med kort varsel.

Interviewdeltagerne konkluderer med det afsæt, at parterne endnu ikke har fundet et fælles mål med udskrivelseskoordinatorernes tilstedeværelse på hospitalet, samt at der er et behov for en generel dialog om, hvordan udskrivelsessamarbejdet fremadrettet kan styrkes.

3.1.3 Perspektiver fra de kommunale akutpladser

Interviewdeltagerne fra de kommunale akutpladser deler udskrivelseskoordinatorer og KGH-sygeplejerskers oplevelse af samarbejdet og de resultater, der kommer ud af det. Medarbejdere og ledelse på de kommunale akutpladser er således meget glade for udskrivelseskoordinatorernes faste tilstedeværelse på pladserne samt muligheden for at tilknytte KGH-sygeplejersker til de mest komplekse borgere:

Vi har gode erfaringer med KGH; især for borgere med psykosociale problemstillinger er det en kilde til tryghed, når vi udskrives. De kan fysisk følge med dem hjem, tage på apoteket, handle med dem osv., så de er gode til den gruppe borgere, og det er godt, at de kommer fysisk ind på vores afdeling, inden en borger udskrives, og laver en aftale. (Medarbejder, akutpladserne)

Interviewdeltagerne lægger samtidig vægt på, at de erfarne medarbejdere i KGH-indsatsen bidrager positivt med sparring omkring de borgere, som er indlagt på akutpladserne. Samarbejdet ønskes derfor fortsat, og der er ikke afdækket ønsker om fremadrettede ændringer.

3.2 Den kommunale sygepleje

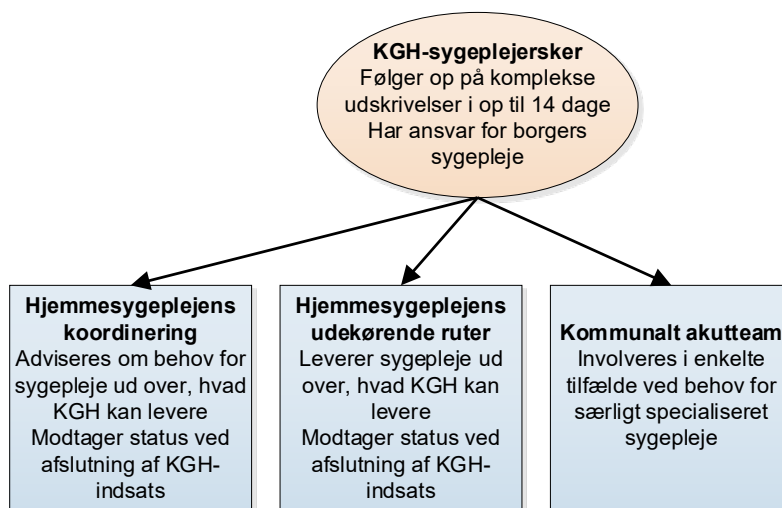
Som illustreret i nedenstående figur samarbejder KGH-sygeplejerskerne ofte med både med hjemmesygeplejens koordinering, de udekørende hjemmesygeplejersker samt med akutsygeplejen undervejs i de enkelte borgerforløb. Det skyldes, at KGH-sygeplejerskerne kun kommer

¹⁰ Horsens Kommune oplyser, at ansættelsen af erfarne sygeplejersker med hospitalserfaring i udskrivelsesteamet kan betyde, at der stilles flere spørgsmål og affødes spørgsmål, der handler om, hvorvidt en borger er tilstrækkelig færdigbehandlet – og i forlængelse heraf, hvorvidt udskrivelse er hensigtsmæssig i forhold til at sikre effekten af den igangsatte behandling. Dette vurderes at være en relevant del af den faglige dialog om udskrivelsen, men fra efteråret 2019 og frem har der internt i udskrivelsesteamet været et øget fokus på, at udskrivelseskoordinatorerne skal være meget bevidste i deres kommunikation. Emnet har flere gange været i fokus på interne møder i udskrivelsesteamet såvel på samarbejds-møder med hospitalsafdelingernes personale og ledelse. Møderne er bl.a. anvendt som afsæt for dialog om, hvordan udskrivelseskoordinatorer og hospitalsansatte kan hjælpe hinanden med plejeforløbsplaner, når afdelingerne har oprettet dem og eventuelt har konkrete spørgsmål. Derudover har udskrivelseskoordinatorerne i vinteren 2020 deltaget i personalemøder på 5 hospitalsafdelinger for at informere om kommunens opbygning, visitationens opgaver, besvare spørgsmål og afstemme forventninger. De foreløbige erfaringer er, at møderne understøtter en fælles forståelse af udskrivelsesprocessen såvel som udvikling af gode relationer i det daglige samarbejde.

hverdage i dagstid, dækker den kommunale hjemmesygepleje og de sygeplejefaglige opgaver, der ligger derudover, dvs. aften, nat og weekend. Derved er der ofte tale om delte forløb, hvor hjemmesygeplejen kommer i hjemmet sideløbende med, men ikke på samme tid, som KGH.

Ved afslutning af KGH-forløbet er det den enkelte KGH-sygeplejerskes ansvar at overlevere forløbet til hjemmesygeplejen.

Da KGH blev iværksat, var teamet på 'besøgsrunder' i sygeplejegrupperne, hvor de præsenterede KGH ved gruppemøder. KGH har også haft inviteret hjemmesygeplejen til intrømøder i eget regi, men indtil videre har sygeplejen ikke haft mulighed for at deltage. KGH-teamet lagde især i starten et stort arbejde i at få tydeliggjort, at de var på et forløb for



at sikre, at der ikke blev arbejdet dobbelt, dvs. at hjemmesygeplejen ikke varetog opgaver, som egentlig skulle varetages af KGH-sygeplejersken.

Samarbejdet under indlæggelse: Målgruppen for KGH er borgere, som ikke i forvejen er velkendte i hjemmesygeplejen, fordi det forudsættes, at sygeplejens forudgående kendskab til borgeren oftest giver det bedste udgangspunkt for det videre forløb. KGH-sygeplejerskerne lægger derfor vægt på, at det kun undtagelsesvis og efter dialog borgerens kontaktsygeplejerske sker, at KGH-teamet starter forløb for kendte borgere.

Når en indlagt borger tildeles et KGH-forløb, visiterer KGH-sygeplejersken de nødvendige sygeplejeydelser inkl. dem, som KGH-teamet ikke selv har mulighed for at udføre, fx fordi disse ligger uden for almindelig dagtid. KGH-sygeplejersken sender den samlede vurdering til hjemmesygeplejens koordinering samt til det aktuelle hjemmesygeplejedistrikt med angivelse af, hvilke ydelser der skal leveres af henholdsvis KGH og hjemmesygeplejens rutesygeplejersker. I enkelte tilfælde er det også nødvendigt at involvere det kommunale team af akutsygeplejersker, hvis borgeren har behov for særligt specialiseret sygepleje, der ikke kan leveres af hjemmesygeplejen.

Kommunikationen mellem KGH-teamet og de øvrige sygeplejeenheder sker på dette tidspunkt primært elektronisk, men med telefonisk kontakt ved behov.

Samarbejdet under KGH-forløb: Som hovedregel varetager KGH-sygeplejersken alle sygeplejefaglige opgaver under forløbet i dagtiden, men i nogle tilfælde er det også nødvendigt, at hjemmesygeplejen varetager opgaver i dagtiden. Det sker fx, hvis borgeren skal have taget gentagne blodsuktermålinger, ved hyppigt behov for sondemad eller i enkelte tilfælde på grund af travlhed i KGH-teamet.

Uden for dagtid samt i weekender og på helligdage varetages sygeplejen af rutesygeplejen eller i enkelte tilfælde af akutteamet, og det tilsigtes, at hele opgaven placeres i enten den ene eller den anden enhed for at mindske antallet af funktioner og personer, der kommer i borgerens hjem.

Samarbejdet ved ophør af KGH-forløb: Når et KGH-forløb afsluttes, overleveres de sygeplejefaglige opgaver til hjemmesygeplejen. Overlevering til hjemmesygeplejen har høj prioritet for KGH-teamet, og den sker dels via det elektroniske omsorgssystem (som sendes til både sygeplejens koordinering og rutesygeplejen), telefonisk samt ved, at der i de komplekse forløb gerne arrangeres en personlig overlevering til hjemmesygeplejen i borgerens hjem.

3.2.1 Kom Godt Hjem-teamets perspektiver på snitfladen til den øvrige sygepleje

Det er KGH-teamets oplevelse, at samarbejdet med hjemmesygeplejen, dens koordinering og det kommunale akutteam overordnet er velfungerende. Men der er også en bevidsthed om, at det er kompliceret at koordinere information og opgavedeling i de mange indbyrdes snitflader omkring de komplekse borgerforløb.

KGH-teamet har derfor overleveringen til hjemmesygeplejen både under og efter KGH-indsatsen som et vigtigt og vedvarende fokusområde, men der opstår stadig situationer, hvor det for fx de enkelte medarbejdere i hjemmesygeplejen kan være svært at gennemskue den præcise arbejdsdeling i borgerens behandlingsplan. Dette forstærkes af, at det kan være svært at danne sig et overblik over oplysninger i den elektroniske omsorgsjournal:

Jeg kan godt forstå, de har svært ved det. Det er virkelig et svært system at danne sig et overblik i. Det er svært at danne sig et hurtigt overblik. Sygeplejen bliver nødt til at handle på det, de ser, og så har de måske ikke lige set en 3 dage gammel avis om, at vi er på. Så må de bare handle. Det er i hvert fald også noget, der kan udvikles på: Hvordan gør vi os og vores dokumentation mere synlig? Beskederne bliver væk i mængden af beskeder i det dokumentationssystem, som vi har. (KGH-sygeplejerske)

KGH-teamet gør derfor meget ud af den skriftlige dokumentation til hjemmesygeplejen og bruger eksempelvis at henvise til deres egen KGH-formular, som indeholder mere sammenhængende oplysninger om borgerens forløb end de sædvanlige skemaer, der indgår i det elektroniske omsorgssystem. Samtidig forsøger KGH-teamet også at tage hensyn til travlheden i hjemmesygeplejen ved kun at holde afslutningsmøder om de komplekse borgere, mens øvrige borgere overleveres via et skriftligt referat af KGH-forløbet samt KGH-sygeplejerskens oplæg til den videre behandlingsplan. En af de interviewede KGH-sygeplejersker nævner i den sammenhæng, at hun ikke har oplevet, at der har været behov for personlig overlevering ved de mindre komplekse forløb, men at det måske bør prioriteres, såfremt der opleves et behov for det i hjemmesygeplejen.

Det er KGH-teamets oplevelse, at hjemmesygeplejen er god til at give tilbagemeldinger til teamet, fx sende en avis om, hvad der er foregået hos en borger i weekenden, og hvad de vil foreslå, der eventuelt gøres hos en borger. Men teamet ser samtidig et udviklingspotentiale i disse overgange mellem KGH-forløb og hjemmesygeplejen, der efterfølgende tager over:

De overgange, fra når vi slipper til hjemmesygepleje, det er faktisk lidt en gråzone. Vi prøver at overlevere så godt som muligt, men vi får ikke nogen tilbagemeldinger på, om det er godt, det vi gør? Det er måske noget, vi på sigt bør arbejde med. (KGH-sygeplejerske)

Vi tænker nogen gange: "Gad vide, hvordan det går?". Vi burde måske se på, hvad der sker efter vores forløb, og hvordan vi får givet dem godt videre. Også for at se, hvad sygeplejen egentlig synes om de ting, vi iværksætter. Også i forhold til, hvornår vi skal slippe. Der kunne vi sikkert gøre en masse ting bedre. (KGH-sygeplejerske)

KGH-sygeplejerskerne ønsker derfor et fortsat fokus på at synliggøre funktionen over for hjemmesygeplejen. Først og fremmest i de enkelte borgerforløb, men også via deltagelse i personalemøder og dialog omkring, hvad der fungerer godt og mindre godt i kommunikation og arbejdsdeling.

3.2.2 Perspektiver fra den kommunale sygepleje

Oplevet relevans og udbytte: KGH-teamets fokus på at følge hjem og følge op på de komplekse udskrivninger fremstår meget relevant for sygeplejens interviewdeltagere, fordi manglende viden og koordinering ofte udgør en udfordring ved udskrivelser fra hospital. KGH-teamets fokus på at have et tæt samspil og sparring med hjemmeplejen hen over forløbet ses også som en styrke – ikke mindst i relation til borgere med psykiske udfordringer, der kan være svære for hjælpere og assistenter at 'rumme'.

Opnormeringen af udskrivelsesteamet ses desuden som en positiv kilde til bedre plejeforløbsplaner og udskrivelsesforløb generelt set. Der er således stor opbakning til dette aspekt i KGH-indsatsen, og den eneste forbedringsmulighed (der til gengæld nævnes af alle) er et ønske om udvidet åbningstid frem til kl. 16 eller 17 om eftermiddagen. Dette ønske gælder især fredag eftermiddag, hvor der er mange udskrivelser og derved øget risiko for fejl i den hjælp, der skal ydes hen over weekenden.

De interviewdeltagere, som har været i direkte berøring med KGH-teamet, lægger også vægt på, at sygeplejerskerne i teamet fagligt er meget kompetente, samt at der er lagt et stort arbejde i at sikre velfungerende overlevering af information til sygeplejen i de forløb, der deles. Endelig opleves det positivt, at KGH-sygeplejerskerne har god tid og mulighed for at levere det, der af interviewdeltagerne omtales som 'den gode helhedssygepleje' – som illustreret i nedenstående citater:

I de forløb, der fungerer, er der ingen tvivl om, at borgerne er glade for kontinuiteten og det, at KGH er der så tit. Det giver en tryghed og ro på en måde, vi ikke kan give på samme måde i sygeplejen. (Informant fra hjemmesygeplejen)

KGH laver jo helhedssygepleje – det vi andre også gerne vil lave – og der er ingen tvivl om, at KGH er givende for borger og pårørende. De favner hele borgeren og de indsatser, der er i hjemmet. Men som hjemmesygeplejerske er der en given opgave til en given tid. (Informant fra hjemmesygeplejen)

Det fremgår dog også, at interviewdeltagerne generelt set undrer sig over, at der er valgt en organisering, hvor KGH-teamet er forankret som endnu en mindre specialiseret enhed, der er placeret uden for hjemmesygeplejen. Oplevelsen er, at den valgte organisering er med til at fragmentere samarbejdet om de komplekse borgerforløb, hvilket resulterer i en række snitfladeproblematikker og overleveringssituationer internt i sygeplejen.

Kritikken bunder til dels i en generel oplevelse af, at sygeplejen inden for de seneste år er fragmenteret via oprettelsen af bl.a. akutteam og KGH-team, hvormed der er introduceret en række nye arbejdsdelinger og koordinationsopgaver internt i sygeplejen. Heraf følger for nogen også en oplevelse af, at sygeplejen har mistet (for) mange erfarne medarbejdere, samt at der

er mere faglig prestige og bedre vilkår i opgavevaretagelsen for ansatte i de nye 'specialist-teams'. Ønskescenariet for hjemmesygeplejens interviewdeltagere er derfor en organisering, hvor (især de erfarne) hjemmesygeplejersker i højere grad har mulighed for at arbejde som KGH-sygeplejersker.

I forlængelse af ovenstående beskrives også en række snitfladeproblematikker i relation til arbejdsdelingen mellem KGH og hjemmesygepleje under – og ved afslutning af – KGH forløbet, som uddybes nedenfor.

Sygeplejens koordinerende funktion: Her opleves, at der er en del viden om borgerne, som det kan være vanskeligt at formidle skriftligt, at der en gang imellem er elementer i den skriftlige kommunikation, som kan misforstås, samt det sker, at beskeder overses i hjemmesygeplejen, fordi det kan være vanskeligt at overskue forløbet, når relevant viden er fordelt både på adviser, journalnotater og vedhæftede specialark. Derfor opleves et fortsat behov for at styrke overleveringen af skriftlig information såvel som den personlige overlevering fra KGH til hjemmesygeplejen i borgerens hjem. Dette begrundes dels med et ønske om, at det skal være lettere for hjemmesygeplejens medarbejdere at overtage forløbet, dels med at sikre en tryk overgang for borgere og pårørende.

Sygeplejens udekørende sygeplejersker: Det fremgår, at de udekørende sygeplejersker og deres kolleger sjældent er i direkte kontakt med KGH-sygeplejerskerne i hverdagen. Derfor efterlyses større synlighed omkring KGH, fx via løbende deltagelse i sygeplejens personale-møder og via et styrket fokus på personlig overlevering og forventningsafstemning, når borgere skal afsluttes fra KGH til fortsat forløb i hjemmesygeplejen. Interviewdeltagerne er dog også bevidste om, at deres ønske kan være svært at imødekomme, når en funktion med 3 sygeplejersker skal række ud til et stort område med ca. 100 hjemmesygeplejersker.

Et andet opmærksomhedspunkt handler om, hvilke borgere der skal tilknyttes KGH-teamet. Der nævnes i den forbindelse positive eksempler på, at KGH har været opmærksom på, når hjemmesygeplejen i forvejen er tilknyttet borgere, der udskrives med komplekse plejebehov, og arbejdet på at formidle en god overlevering til den vanlige hjælp. Oplevelsen er dog også, at KGH-sygeplejerskerne i en del tilfælde overtager borgere, som i forvejen var velkendte i hjemmesygeplejen, hvilket opleves u hensigtsmæssigt, fordi sygeplejens viden og kontinuitet med de pågældende borgere brydes. Endvidere peges på udfordringer forbundet med, at KGH-sygeplejerskerne i nogle tilfælde har haft urealistiske forventninger til, hvad der kan lade sig gøre i den almindelige hjemmesygepleje, hvor der ikke er de samme ressourcer som i KGH-teamet.

Der gives endvidere eksempler på forløb, som er overtaget af KGH-funktionen, men hvor det alligevel ender med, at både KGH-sygeplejersken og hjemmesygeplejen også i dagtiden ender med at køre forløb i hjemmet. Der efterlyses derfor en klarere arbejdsdeling fremadrettet, hvor KGH først og fremmest fokuserer på de borgere, der ikke i forvejen er kendt i kommunen, og hvor antallet af forløb, der i involverer begge parter i dagtiden, bliver minimeret.

Nogle ser også erfaringerne fra de komplekse borgerforløb som illustration af potentielle modsætninger mellem de mål, der er opstillet for KGH-sygeplejerskerne, over for forudsætningerne for den daglige opgavevaretagelse. Den oplevede modsætning bunder i en vurdering af, at KGH-sygeplejerskerne har bedre forudsætninger for at indfri de opstillede mål i ikke-komplekse forløb end i de komplekse forløb, som funktionen i interviewdeltagernes optik er oprettet for at tage sig af. Heraf følger også en oplevelse af, at funktionen med fordel kunne knyttes tættere

til hjemmesygeplejen, da det netop er i de komplekse forløb, der opleves behov for en særlig indsats.

3.2.3 Perspektiver fra det kommunale akutteam¹¹

De to interviewdeltagere med tilknytning til det kommunale akutteam fortæller, at akutsygeplejerskerne sjældent er involveret i KGH-forløb. Dels fordi opgaver og indgange til akutteamet er forskellige fra KGH, dels fordi KGH-sygeplejerskerne selv er i stand til at varetage langt de fleste opgaver i forløbene.

Efter en indledende usikkerhed omkring arbejdsdelingen opleves heller ikke u hensigtsmæssige overlap, hvilket bl.a. forklares med, at medarbejdere fra de to funktioner har haft 'følgedage' hos hinanden. Når der i sjældne tilfælde samarbejdes i dagtiden, er der typisk tale om særlige instrumentelle sygeplejeopgaver eller sparring omkring udførelsen af disse. Det sker også i enkelte tilfælde, at akutteamet overtager ansvaret for borgere uden for dagtiden, hvis der er tale om opgaver, som den almindelige hjemmesygepleje ikke kan varetage.

Interviewdeltagerne genkender de udfordringer, der italesættes fra hjemmesygeplejen, men de oplever også, at de aktuelle arbejdsdelinger mellem akutteam og KGH er velfungerende. Derfor nævnes heller ingen fremadrettede opmærksomhedspunkter for de to teams snitflader og samarbejde.

3.3 Kom Godt Hjem-teamets samarbejde med kommunal og privat hjemmepleje

3.3.1 Kom Godt Hjem-teamets perspektiver

KGH arbejder tæt sammen med de kommunale og private leverandører af hjemmepleje. Samarbejdet foregår både med hjemmeplejens planlæggere og med de enkelte kommunale hjemmeplejegrupper og private hjemmeplejeleverandører.

Da KGH blev iværksat, introducerede teamlederen KGH på gruppemøder i hjemmeplejegrupperne. KGH-sygeplejerskerne deltager ved gruppemøder i hjemmeplejen hver uge eller 14. dag, især i forhold til at få koordineret de komplekse forløb. Det er KGH-teamets oplevelse, at samarbejdet med hjemmeplejen fungerer rigtig godt, og at ikke mindst deltagelsen i gruppemøderne er af stor betydning, fordi der over tid skabes gode relationer både til hjemmeplejens medarbejdere og den hjemmesygeplejerske, der typisk deltager i den enkelte plejegruppens møder.

Samarbejdet om borgerforløb: Under indlæggelsen er det udskrivelseskoordinatorerne, der varetager kontakten til hjemmeplejen i forhold til visiterede ydelser og varsler hjemmeplejen om, at borger er i KGH-forløb. Hvis det er en borger, der i forvejen modtager hjemmepleje, udveksler udskrivelseskoordinatorerne endvidere oplysninger med hjemmeplejen med henblik på at opnå mest mulig relevant viden om borgerens hjemmeforhold før udskrivelsen, så hjælpen kan tilpasses bedst muligt.

Ved – og efter – udskrivelsen varetages samarbejdet af den KGH-sygeplejerske, der er tilknyttet den enkelte borger. Kontakten mellem KGH og hjemmepleje består både af telefonisk kontakt og personlige møder i borgerens hjem, når KGH er i hjemmet samtidig med hjemmeplejen.

¹¹ Det kommunale akutteam blev oprettet i 2018 og har 11 sygeplejersker ansat.

Derudover sker kontakten via deltagelse i førnævnte gruppemøder samt gennem det elektroniske omsorgssystem.

KGH-teamet samarbejder med hjemmeplejens planlæggere for at sikre, at nye indsatser fremgår af kørelisterne. Planlæggerne inddrages også ved meget komplekse forløb, hvor KGH-teamet kan bede planlæggerne sørge for, at det primært er faglærte medarbejdere eller de samme faste medarbejdere, der kommer i hjemmet.

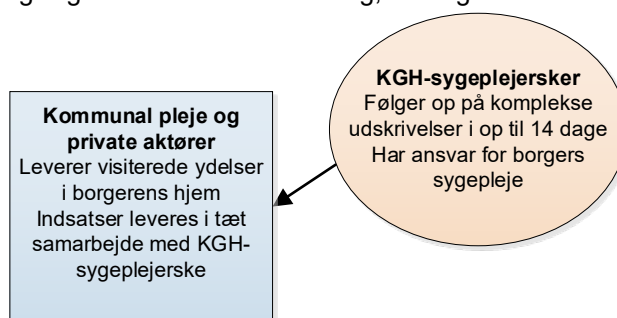
KGH-sygeplejerskerne samarbejder meget med hjemmeplejen i borgerens hjem. I starten af forløbet hjælper de gerne fysisk til, fx ved toiletbesøg eller vanskelige forflytninger. Derudover består en stor del af samarbejdet i, at KGH-sygeplejersken dels 'klæder hjemmeplejen på', dels får værdifuld viden om borgerens tilstand fra hjemmeplejens medarbejdere, der 'ser borgeren mere og i længere tid af gangen'. Samtidig har KGH en vigtig koordinerende rolle med at agere bindeled mellem hjemmesygeplejen og hjemmeplejen i den periode, de er tilknyttet borgeren.

Ved afslutning af KGH-forløbet varsles hjemmeplejen via det elektroniske omsorgssystem, men også dialog med planlæggerne og deltagelse i gruppemøder er et vigtigt redskab til overlevering. Det er KGH-teamets erfaring, at denne overlevering til hjemmeplejen tager tid, fordi der er så mange medarbejdere, som de relevante oplysninger skal nå ud til. Her har teamet med deres egne ord en fordel i de specielle tidsmæssige rammer for indsatsen, som KGH-sygeplejerskerne har:

Der er det en fordel, at vi har 14 dage, og at vi har rammerne til overleveringen, herunder at kunne tage ud til gruppemøder og kunne tale med planlæggerne, så de relevante oplysninger kommer ordentligt på kørelisterne. Hvis en borger skal have nye ydelser på listen, så taler vi med udskrivelseskoordinatorerne om det, og så får planlæggerne i hjemmeplejen besked om ændringerne. (KGH-sygeplejerske)

KGH-sygeplejerskerne oplever, at de har et godt og givtigt samarbejde med hjemmeplejen i alle faserne af KGH-forløbet. Især i forhold til borgere med psykiske eller kognitive problematikker er samarbejdet med hjemmeplejen givtigt. Det er teamets erfaring, at borgere med disse problematikker ofte siger nej til hjælp, og her kan det tætte samarbejde give hjemmeplejen nogle redskaber til kontakten med borgeren:

Og det er faktisk der, hvor samarbejdet med hjemmepleje og sygepleje virkelig batter, for det kan være borgere, der ofte siger nej til hjælp. Disse borgere kræver virkelig et godt samarbejde. Hjemmeplejen kan føle sig magtesløse med disse borgere. Så taler vi med dem om, om hvordan vi tackler denne borger; hvordan tilgangen kan være. Også i forhold til borgere med demens eller misbrug, der siger "Nej, de kan selv klare det", der har vi en anden viden end hjælperne. Så tager vi det stille og roligt med borgeren. Der skal vi have en rigtig god dialog med hjemmeplejen. (KGH-sygeplejerske)



På samme måde forbindes rammerne for KGH-indsatsen i eget hjem, med mulighed for tætte relationer til borger og pårørende, der gør det nemmere at motivere borgeren til også at modtage hjælp fremadrettet.

3.3.2 Perspektiver fra den kommunale og private hjemmepleje

Oplevet relevans og organisering: De interviewede ledere og medarbejdere deler oplevelsen af, at KGH-indsatsens indhold og formål er relevant og tiltrængt. Der er således stor opbakning til en særlig indsats i overgangen til eget hjem ved de mest komplekse udskrivelser. Opbakningen bunder i en oplevelse af, at det kan være vanskeligt at imødekomme borgernes behov inden for de ressource- og tidsmæssige rammer, der gælder på ældreområdet generelt.

Flere undrer sig til gengæld over den valgte organisering, hvor KGH-teamets sygeplejersker er placeret som en lille specialiseret funktion i myndighedsafdelingen. Der peges for det første på, at der med KGH-teamet introduceres endnu en specialiseret funktion, som øger antallet af overgange og arbejdsdelinger, der skal koordineres. Overgangsproblematikkerne forstærkes af, at KGH-sygeplejerskerne kun arbejder i almindelig dagtid, hvorfor en række snitflader til henholdsvis hjemmesygeplejen og hjemmeplejen skal koordineres. Dette opleves af flere som en kilde til øget organisatorisk kompleksitet og som en kilde til misforståelser og fejl i de berørte borgerforløb. For det andet opleves udfordringer relateret til, at KGH-teamet ikke har så stor synlighed som ønsket, fordi der er tale om et lille team, der – qua den fysiske placering på Rådhuset – sidder langt væk fra de udekørende medarbejdere.

Samarbejdserfaringer: De interviewede medarbejdere fra hjemmeplejen har alle været involveret i flere KGH-forløb, og flere havde herudover talt med kolleger om deres KGH-erfaringer forud for interviewet. Der opleves et generelt løft i de oplysninger, der videregives fra udskrivelsesteamet til hjemmepleje, når borgerne udskrives, hvilket forbindes med opnormeringen og den øgede tilstedeværelse på hospital (jf. kapitel 2). Hjælpernes faktiske samarbejdserfaringer fra KGH-forløb er mest positive, men der peges også på udfordringer.

Af positive erfaringer nævnes for det første, at borgere i KGH-forløb har en fast sygeplejerske, man ved, hvem er, som har god tid, er sat ind i borgerens situation og er let at komme i kontakt med. Dette er illustreret i nedenstående citat:

Vi oplever at blive taget seriøst, når vi snakker med dem. De giver rigtigt godt feedback; god dialog og sparring, og vi får mange flere informationer, end vi er vant til. De har snuset sig frem til det, inden borgeren kommer hjem, så de er meget mere indsat i de borgere, der kommer hjem fra sygehus og ikke er kendte i kommunen, end vi er vant til. Det betyder, at vi er godt klædt på første dag i hjemmet, og de har bedre tid til at lytte og svare på det vi siger, hvis vi fx har nogle bekymringer.

(Informant fra hjemmeplejen)

Flere har også lagt mærke til, at det går hurtigere at få hjælpemidler, og at der hurtigere kommer gang i rehabilitering og træning i KGH-forløb, fordi KGH-sygeplejerskerne har adgang til hurtigt at få de rette hjælpemidler og aftaler effektueret. Endelig oplever flere, at KGH-sygeplejerskerne i høj grad tager et helhedsansvar for at få hjemmet til at fungere, samt at der er et tættere – og derved bedre – samspil mellem KGH-sygeplejersker og hjælpere, end interviewpersonerne er vant til.

Af udfordringer nævnes, at der i de mest komplekse forløb er overleveringsudfordringer mellem vagtlag, ligesom der i disse forløb fortsat kommer mange (nogle gange flere, fordi KGH-sygeplejersken bliver en ekstra person) forskellige personer og funktioner i borgernes hjem. Flere har også oplevet, at det høje serviceniveau, som KGH-sygeplejersken kan opretholde over for borgerne de første 14 dage, giver udfordringer, når borgerne skal overgå til vanlig hjælp:

Jeg kunne egentlig godt tænke mig, KGH-forløbet var lidt længere. Det bliver en brat overgang for borgeren. Vi bliver mødt med frustration fra borgere, der føler sig glemt af systemet efter at have fået så god og tæt hjælp de første uger. En mere glidende overgang, så borgeren er mere med i hvad der sker. (Informant fra hjemmeplejen)

Som illustreret i citatet efterlyses (især i de mest komplekse forløb, hvor der fx er omfattende sociale eller psykiske problemstillinger) mulighed for en mere glidende overgang fra KGH til vanlig hjælp samt et generelt fokus på forventningsafstemning med borger og pårørende, når forløb afsluttes. Flere nævner i den forbindelse, at det fungerer godt, når der afholdes et fælles afslutningsmøde mellem borger, KGH-sygeplejerske, hjemmepleje og eventuelt hjemmesygeplejen. Det fremstår derfor som en anbefaling fra hjemmeplejens informanter, at der så vidt muligt afholdes opstarts- og afslutningsmøder med borger, KGH-sygeplejerske og de øvrige medarbejdere der har ansvar for borgerens pleje.

Fremadrettede perspektiver: Interviewdeltagerne fra hjemmeplejen forbinder overordnet KGH-indsatsen med bedre plejeforløbsplaner samt tryggere og mere sammenhængende borgerforløb i overgangen til eget hjem. Flere har også været involveret i forløb, hvor de vurderer, at borgeren er kommet sig hurtigere, end hvis KGH ikke havde været tilknyttet. Med det afsæt er der også et generelt ønske om at fortsætte udskrivelseskoordinatorenes tilstedeværelse på hospitalsafdelinger såvel som muligheden for KGH-forløb.

Cirka halvdelen af interviewdeltagerne anbefaler, med afsæt i de oplevede snitfladeproblematikker, at KGH fremadrettet integreres som en del af hjemmesygeplejen. Dels fordi de vurderer, at flere borgere vil kunne hjælpes for de samme ressourcer, dels fordi en sådan løsning forbindes med bedre synlighed samt færre snitflader og overgangsproblematikker. Uagtet, hvilken organisering der vælges fremadrettet, lægger interviewpersonerne også vægt på, at de positive aspekter i forhold til muligheden for at følge borgerens forløb tæt og muligheden for en tæt relation mellem KGH-sygeplejersker og hjemmeplejens personale skal bevares.

3.4 Kom Godt Hjem-sygeplejerskernes samarbejde med praktiserende læger

3.4.1 Teamets perspektiver

KGH-teamet samarbejder med de praktiserende læger om borgerens medicin og eventuelle opfølgende hjemmebesøg, aftaler i konsultationen osv. I udviklingsfasen var kommunens praksiskonsulent med til de møder, hvor indsatsen og dens udmøntning blev aftalt.

Ligesom ved de øvrige samarbejdspartnere har KGH-teamet prioriteret samarbejdet med de praktiserende læger. Det indebærer bl.a., at de bruger tid på at forberede kontakten og er opmærksomme på, hvad de kan gøre for at hjælpe lægerne med at få et kvalificeret beslutningsgrundlag.

Det fremgår i forlængelse heraf, at KGH-teamet oplever et velfungerende samarbejde med praksislægerne. Det kommer bl.a. til udtryk ved, at lægerne sætter pris på sygeplejerskernes observationer og forslag. Oplevelsen er også, at sygeplejerskernes arbejde sparer praksislægerne for en del hjemmebesøg, hvorfor det i nogle tilfælde også er lettere fx at aftale opfølgende hjemmebesøg hos de mest komplekse borgere. Når hjemmebesøg er relevant, deltager KGH-sygeplejerskerne og sørger sammen med borgeren for, at der er et klart oplæg til de ting, der skal afklares og aftales på besøget.

3.4.2 Perspektiver indhentet via interview med kommunal praksiskonsulent

Praksiskonsulenten havde forud for interviewet drøftet KGH med 10-12 af sine kolleger¹². Drøftelserne gav indtryk af, at de fleste kender KGH og oplever indsatsen som relevant, men i hverdagen lægger lægerne generelt set ikke mærke til, om det er KGH, det kommunale akutteam eller en almindelig hjemmesygeplejerske, de er i kontakt med:

Hvis vi skal være ærlige, har vi nok en tendens til at se kommunen som en ting i hverdagen. Vi skelner ikke så meget mellem, om det nu er det ene eller det andet projekt. For os er det en henvendelse om en borger. (Praksiskonsulent)

Der er dog også læger, der specifikt i forhold til KGH har givet positive tilbagemeldinger:

Der er flere, som er vældigt glade for den der straks tildeling. At de kan rykke meget hurtigt, når der fx er brug for et hjælpemiddel, så får man det, uden at der går sagsbehandling i det. Det er det flere, som uopfordret har fortalt, og det er også et vigtigt element i forhold til at forebygge indlæggelser. I det omfang der er nogen, som har bidt mærke i, at det var KGH-sygeplejersken, de var i kontakt med, siger de også, at det har kørt meget glat. Høj faglighed, gode observationer og kompetente spørgsmål. Jeg har ikke fået nogen negative tilbagemeldinger og er heller ikke selv stødt på nogen samarbejdsproblemer. (Praksiskonsulent)

Det fremgår videre i interviewet, at det vigtigste for praksislægerne i relation til deres ældre og svækkede patienter er at have en god og kompetent samarbejdspart, der kan give præcise observationer og viden om patientens tilstand fra den kommunale sygepleje. Praksiskonsulenten vurderer i forlængelse heraf, at samarbejdet med sygeplejerskerne i KGH-indsatsen og det kommunale akutteam understøtter dette som illustreret i nedenstående citat:

Det er i højere grad en dialog med nogen, der kan tage et ansvar, og derfor tør vi også i højere grad at se tiden an, inden vi tyer til indlæggelse. Så vi har fået flere strenge at spille på. (Praksiskonsulent)

Praksiskonsulenten vurderer med det afsæt, at der er stor opbakning til de nye kommunale funktioner i almen praksis og et ønske om, at de fortsætter.

3.5 Opsamling

De gennemgåede perspektiver på KGH-indsatsens organisering og samarbejdsrelationer afspejler, at indsatsen foregår i en kompleks organisatorisk kontekst med mange aktører, snitflader og til tider modsætningsfyldte ønsker, der samlet set kan være vanskelige at tilgodese. Derfor er der også afdækket både positive og kritiske perspektiver på henholdsvis organiseringen af KGH-indsatsen, den konkrete opgavevaretagelse og de fremadrettede forbedringsmuligheder.

På den positive side fremgår det på tværs af interviewundersøgelsen, at KGH-indsatsens målsætninger og fokus opleves relevant og meningsfuldt. Den generelle oplevelse er også, at KGH-indsatsen på en række områder indfrier de opstillede målsætninger. Det drejer sig konkret om:

¹² Dette afsnit er baseret på et telefoninterview med Horsens Kommunes praksiskonsulent. Lægen havde forud for interviewet drøftet KGH-teamet med kolleger i sin egen praksis samt bestyrelsen for den lokale PLO-afdeling i Horsens. Det skal understreges, at pointerne i dette afsnit ikke kan antages at være repræsentative for almen praksis' perspektiver på KGH-indsatsen generelt set.

- Styrket visitation af plejekrævende borgere og bedre koordinering af udskrivelsesforløb fra hospital og kommunale akutpladser generelt set
- Styrket evne til at identificere, forberede (særligt via KGH-indsats i eget hjem) og sikre en tæt opfølgning på komplekse udskrivelser
- KGH-indsatsen i eget hjem fremstår som et tryghedsskabende og virksomt tilbud til de berørte borgere og pårørende.

Til gengæld er der også afdækket to oplevede udfordringer relateret til henholdsvis KGH-indsatsens organisering og samarbejdsrelationen til Regionshospitalet Horsens, som optræder på tværs af de gennemførte interview.

Valget af en organisering, hvor KGH-sygeplejerskerne er udskilt i et lille specialteam, der kun arbejder i dagtid på hverdage og er placeret på Horsens Rådhus, forbindes med manglende synlighed, snitflade- og overgangsproblematikker, som løbende skal håndteres. I hjemmeplejen og hjemmesygeplejen er der (i tråd med perspektiverne fra KGH-indsatsens medarbejdere) en vis anderkendelse af, at KGH-medarbejderne både er opmærksomme på de oplevede udfordringer og aktivt arbejder på at adressere dem.

Til trods for dette er der et klart flertal af interviewdeltagerne på tværs af hjemmeplejen og hjemmesygeplejen, der stiller spørgsmålstejn ved, hvorvidt det er realistisk at løse de oplevede udfordringer på en hensigtsmæssig og effektiv måde inden for den nuværende organisering af KGH-indsatsen i eget hjem. De pågældende interviewdeltagere efterspørger i stedet en organisering, hvor KGH-indsatsen i eget hjem er tættere knyttet til hjemmesygeplejen, da en sådan løsning forbindes med færre overleveringer, bedre mulighed for kontinuitet, større synlighed og mulighed for at hjælpe flere borgere ud fra de afsatte ressourcer.

Det andet opmærksomhedspunkt handler om udskrivelseskoordinatorernes øgede tilstedeværelse på hospitalet og de fremadrettede muligheder, som særligt hospitalspersonalet ser for at styrke samarbejdet og udbyttet af den fysiske tilstedeværelse. Med det afsæt lægger de hospitalsansatte og til dels de kommunale interviewdeltagere op til en fremadrettet dialog om:

- formålet med udskrivelseskoordinatorernes tilstedeværelse, og hvad der er de optimale rammer for tilstedeværelsen
- hvilke muligheder der er for at tilrettelægge dialog og vidensudveksling om indlagte borgere på en måde, der i højere grad indfrier både kommune og hospitalsansattes forventninger
- forventningsafstemning relateret til, hvor snitfladerne mellem hospitalets og kommunens opgaver, ansvar og kompetencer går.

4 Borgernes perspektiver på Kom Godt Hjem-indsatsen i eget hjem

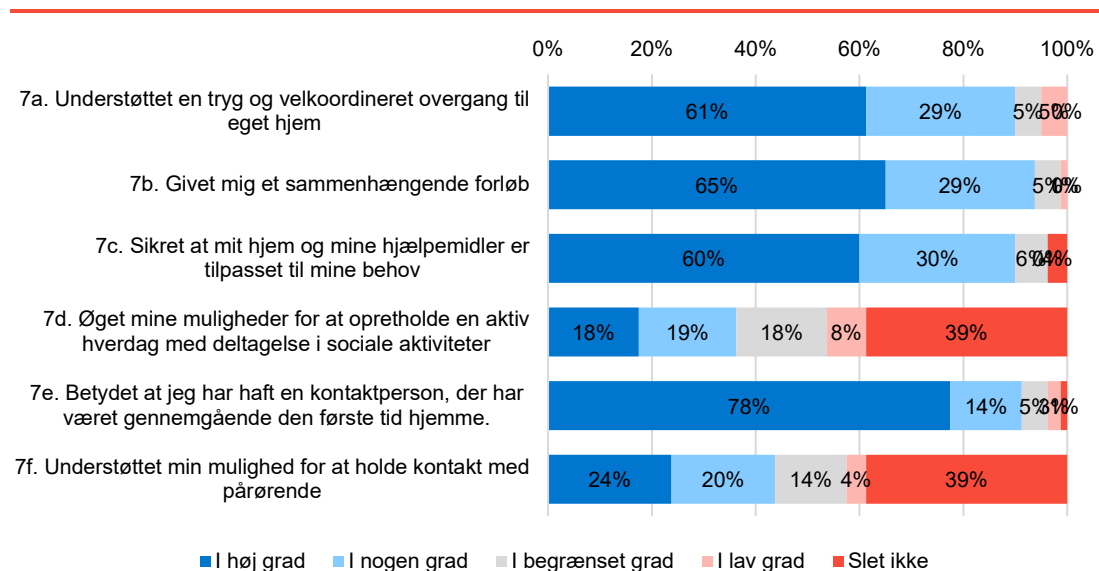
Dette kapitel omhandler borgernes tilfredshed, oplevede udbytte og fremadrettede perspektiver på KGH-indsatsen i eget hjem¹³. Kapitlet er struktureret, så vi først præsenterer spørgeskemaresultaterne og derefter resultaterne fra de gennemførte interview¹⁴.

4.1 Spørgeskemaets resultater

4.1.1 Oplevet udbytte og tilfredshed

Figur 4.1 illustrerer fordelingen af respondenternes svar på de 6 spørgsmål i surveyen, der med afsæt i KGH-indsatsens primære målsætninger undersøger det borgeroplevede udbytte.

Figur 4.1 Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn? Min tilknytning til Kom Godt Hjem-indsatsen har...



Note: n = 80

Kilde: Data indsamlet af Horsens Kommune.

Som det fremgår, forholder mindst 90 % af respondenterne på tværs af spørgsmålene 7a, 7b, 7c og 7e sig positivt til det oplevede udbytte. Det fremgår videre, at andelen af respondenter, der svarer negativt på de 4 spørgsmål, varierer mellem 1 %-5 %, hvilket svarer til, at der kun er 1-4 negative svar på de enkelte spørgsmål.

Svarene afspejler således, at KGH-indsatsen for langt de fleste respondenter indfrier de forløbsrelaterede målsætninger om, at udskrivelsesforløbet og de første uger i eget hjem skal opleves

¹³ Borgerundersøgelsens resultater skal tolkes med en hvis forsigtighed, fordi det kun er en mindre del af det samlede antal borgere i KGH-indsatsen, der har besvaret spørgeskemaet. Samtidig repræsenterer deltagerne i spørgeskemaet og de kvalitative interview alt andet lige de kognitivt mest velfungerende borgere i indsatsen.

¹⁴ Der deltog tilsammen 6 borgere og 5 pårørende i de 8 interview. Fordelingen af interviewdeltagere og baggrunden for de individuelle KGH-forløb fremgår af bilag 1.

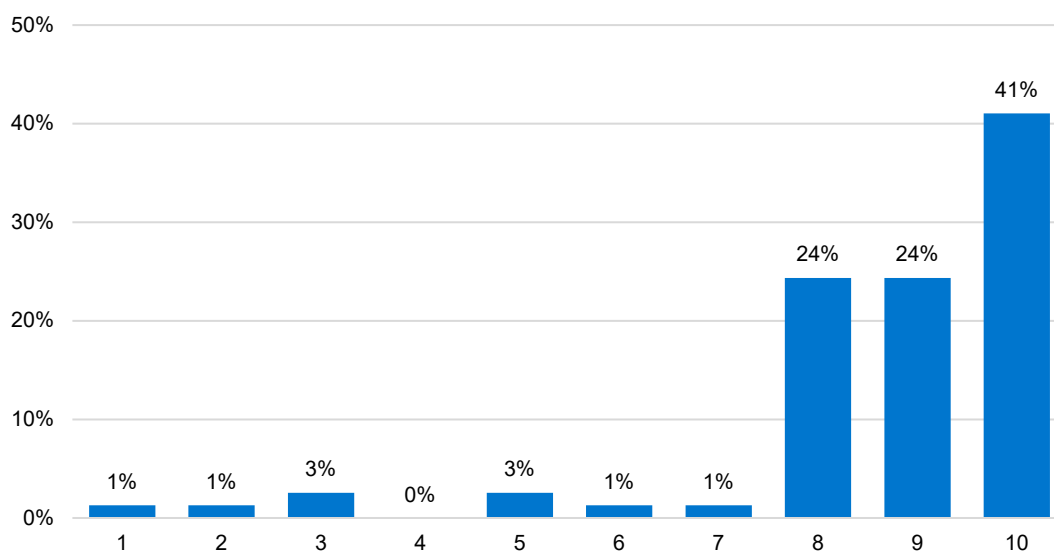
trygge, velkoordinerede, sammenhængende og understøttet af en fast gennemgående kontaktperson.

Svarfordelingerne på spørgsmål 7d og 7f, der omhandler mulighederne for henholdsvis at opretholde en aktiv hverdag med deltagelse i sociale aktiviteter samt muligheden for at holde kontakt med pårørende, fordeler sig til gengæld mindre entydigt. Det fremgår således, at andelen af negative svar udgør henholdsvis 47 % og 43 %, mens andelen af positive svar udgør henholdsvis 37 % og 44 %. Videre ses, at langt de fleste respondenter, som har svaret negativt, anvender den mest negative 'slet ikke'-kategori.

Det er på den ene side positivt, at så mange respondenter, der befinder sig i en svær situation, oplever, at KGH understøtter deltagelse i sociale aktiviteter og muligheden for at holde kontakt med pårørende. På den anden side understøtter andelen af negative svar også KGH-medarbejdernes oplevelse (gennemgået i afsnit 2.3) af, at det i en del forløb er vanskeligt eller irrelevant at indfri disse målsætninger med KGH-indsatsen. Dette perspektiv understøttes yderligere i bilagstabel 4.1, hvor 22 ud af de i alt 40 skriftlige kommentarer til spørgeskemaet handler om, at spørgsmål 7d og/eller 7f af forskellige årsager ikke har været et relevant mål – eller muligt for borgeren at forholde sig til i det aktuelle KGH-forløb.

I spørgeskemaet har vi også spurgt til borgernes samlede tilfredshed med KGH-forløbet angivet på en skala fra 1-10. Svarmønsteret er illustreret i figur 4.2.

Figur 4.2 På en skala fra 1-10 (hvor 1 er dårligst, og 10 er bedst), hvor tilfreds har du så samlet set været med forløbet tilknyttet Kom Godt Hjem?



Note: n = 78

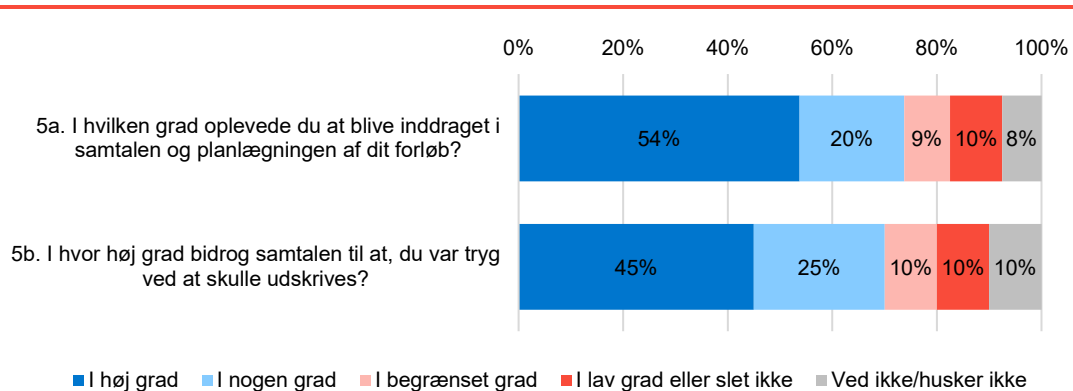
Kilde: Data indsamlet af Horsens Kommune.

Det fremgår, at 41 % af respondenterne svarer 10, mens yderligere 48 % svarer 8 eller 9 på skalaen. De resterende 11 % af respondenterne fordeler sig nogenlunde jævnt på tværs af kategorierne 1-7. Det giver en gennemsnitlig score på 8,65 ud af 10 mulige, hvilket afspejler, at det store flertal af respondenter er meget tilfredse med det samlede KGH-forløb.

4.1.2 Opstart af Kom Godt Hjem-indsatsen og overgangen fra indlæggelse til eget hjem

Inddragelse af borger og pårørende i via samtale om planlægning af forløbet efter udskrivelsen udgør et væsentligt element i KGH-indsatsen, som bl.a. skal understøtte, at udskrivelsen opleves tryk fra borgerens side. Der er derfor spurgt til disse elementer i spørgeskemaet, og svarfordelingerne er illustreret i figur 4.3.

Figur 4.3 Hvordan oplevede du den første samtale, du havde med Kom Godt Hjem-medarbejderen forud for udskrivelsen?



Note: n = 80. For en stor del af borgerne er den første samtale på sygehuset gennemført med en udskrivelseskoordinator.
Kilde: Data indsamlet af Horsens Kommune.

Det fremgår, at 74 % af respondenterne i høj grad eller i nogen grad oplevede at være inddraget i samtalen og planlægningen af deres forløb. Det fremgår videre, at 70 % forholder sig positivt til udsagnet om, hvorvidt samtalen bidrog til større tryk forud for udskrivelsen. Det er således et klart flertal af respondenterne, som oplever, at mødet med KGH-medarbejderen under indlæggelsen indfrier målsætningerne for indsatsen.

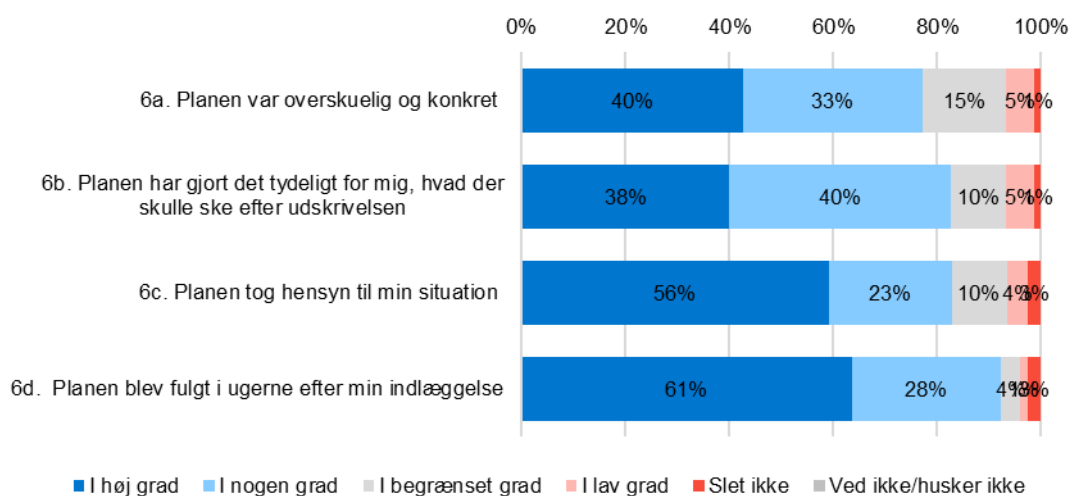
Til gengæld er der også henholdsvis 19 % og 20 % af respondenterne, der forholder sig negativt til udsagnene, mens de resterende 8 % og 10 % ikke har været i stand til at svare. Spørgeskemaet giver i sig selv ikke mulighed for at forklare baggrunden for de negative svar/andelen af borgere, som ikke er i stand til at forholde sig til udsagnene. Det fremgår dog af bilagstabel 4.2, hvor borgernes kommentarer omkring mulige forbedringsmuligheder er samlet, at 7 af de i alt 20 kommentarer knytter sig til mødet og informationen om KGH-indsatsen forud for udskrivelsen. Udsagnene spænder bl.a. over, at der ikke har været en samtale forud for udskrivelsen, at det var svært at overskue og huske det, der blev drøftet og aftalt, samt oplevelse af, at der ikke i tilstrækkelig grad blev bygget bro mellem hospitalets og kommunens personale.

4.1.3 Kom Godt Hjem-planer versus indsatsens efterfølgende forløb i eget hjem

Et væsentligt element i KGH-indsatsen handler om, at der i forbindelse med udskrivelsen udarbejdes en skriftlig plan¹⁵ for det videre forløb, der understøtter borger og pårørende og giver et overblik over indgåede aftaler, samt oplevelsen af, at de tildelte indsatser tager hensyn til borgerens situation. Spørgeskemaet indeholder derfor de 4 nedenstående spørgsmål, der afdækker borgernes perspektiver på udarbejdede planer, samt i hvilket omfang de indeholdte aftaler efterfølgende blev fulgt.

¹⁵ Det anvendte aftaleskema ses i bilag 2.

Figur 4.4 Ved den første samtale blev der udarbejdet en plan for dit forløb efter udskrivelse fra hospitalet. Vurder følgende udsagn om planen:



Note: n = 80.

Kilde: Data indsamlet af Horsens Kommune.

Figur 4.4 illustrerer på tværs af de 4 udsagn, at langt hovedparten af respondenterne svarer enten 'i høj grad' eller 'i nogen grad'. Der er således 89 %, som positivt oplever, at planen blev fulgt i ugerne efter udskrivelsen, og 79 %, der vurderer, at planen tog hensyn til deres situation. Samtidig svarer 73 %, at planen var overskuelig og konkret, mens 78 % vurderer, at den gjorde det tydeligt, hvad der skulle ske efter udskrivelsen.

Det fremgår endvidere, at andelen af negative svar på tværs af udsagn varierer mellem 4 % og 7 %. Endvidere er der henholdsvis 15 % og 10 %, der ikke har kunnet svare på spørgsmålene om, hvorvidt planen var overskuelig og med til at tydeliggøre, hvad der skulle ske efter udskrivelsen, mens henholdsvis 10 % og 4 % ikke kan huske, om planen tog hensyn til deres situation eller om den blev fulgt i ugerne efter indlæggelsen.

Spørgeskemaet viser således, at et klart flertal af respondenterne oplever, at KGH-indsatsen understøtter de opstillede målsætninger om, at der via skriftlige aftaler skal skabes overblik over forløbet efter udskrivelsen, samt målet om, at de indgåede aftaler tager afsæt i borgerens situation. Oplevelsen er videre, at de indgående aftaler i stort omfang følges i ugerne efter udskrivelsen.

4.2 Resultater fra interview

Tabel 4.1 giver et overordnet overblik over de interviewede borgers udbytte af KGH-indsatsen. Det fremgår, at interviewpersonerne på linje med respondenterne i surveyen oplever et positivt udbytte af KGH-indsatsen på stort set alle de opstillede parametre. Det fremgår videre, at de elementer, hvor borgerne ikke oplever et positivt udbytte, i alle undtagen 2 tilfælde skyldes, at det pågældende element ikke har været relevant i deres forløb.

Tabel 4.1 De interviewede patienters oplevede udbytte af Kom Godt Hjem-indsatsen i eget hjem

	Tryghed og at der er 'styr på det' ved hjemkomst	Koordinering og sammenhæng i kommunale ydelser	Koordinering af behandling og udredning	Støtte og aflastning af borger og pårørende	Pårørende og aktivt hverdagsliv	God overlevering fra KGH
1. Kvinde i 80'erne (hoftefraktur)	x	x	Ikke relevant	Ikke relevant	x	x
2. Ægtepar i 50'erne interviewet om mandens forløb (ulykke)	x	x	x	x	x	x
3. Kvinde i 80'erne (hoftefraktur)	x	x	Ikke relevant	Ikke relevant	x	x
4. Ægtepar i 80'erne interviewet om mandens forløb (demens)	x	x	x	x	x	x
5. Kvinde i 80'erne (hoftefraktur)	x	x	x	x	x	x
6. Mand i 80'erne (terminal cancer)	-	x	x	x	x	x
7. Mand interviewet om sin hustrus terminale cancerforløb	-	x	x	x	Ikke relevant	x
8. Søn interviewet om sin demente fars forløb	x	x	Ikke relevant	x	x	x

4.2.1 Overgangen fra hospital til eget hjem

De eneste kritiske perspektiver, der er afdækket, knytter sig overgangen fra hospital til eget hjem i forløb 6 og 7, hvor interviewpersonerne ikke oplevede at have dialog om KGH-indsatsen forud for udskrivelsen. I forløb 6 oplevede borgeren endvidere en uheldig overgang til eget hjem, fordi han blev kørt hjem i en taxa, der satte ham af i indkørslen og ikke ville hjælpe yderligere, selvom borger ikke selv kunne støtte på benene. Borger sad derfor i indkørslen, indtil hans søn kunne komme og bære ham ind. Dette er medvirkende til, at borgeren og hans hustru ikke husker det første møde med KGH-sygeplejersken, men – som det fremgår af parrets øvrige perspektiver – har udbyttet af den efterfølgende KGH-indsats været positivt.

I forløb 7 var manden meget bekymret for sin hustrus overgang til eget hjem, fordi kommunen ikke kunne imødekomme hans ønske om udskrivelse til en aflastningsplads. Som det også var tilfældet i forløb 6, viste det sig ikke at være et problem, og set i bakspejlet er manden meget tilfreds med den hjælp og støtte, der blev givet af KGH-sygeplejersken såvel som de øvrige involverede i hans hustrus sidste tid.

De øvrige interviewpersoner husker alle et udskrivningsforløb, der lever op til KGH-indsatsens intentioner om, at der skal være et (og i nogle tilfælde mere end et) møde på hospitalet forud for udskrivelsen. Oplevelsen af mødet er desuden positiv, og den gennemgående forklaring handler om tryghed som illustreret i citatet nedenfor:

Der var en fra kommunen, som mødtes med os på hospitalet og fortalte os om, hvad der skulle ske og snakkede med os om, hvilken hjælp han kunne få. Så det var først der, vi fik en fornemmelse af, at der var backup, og vi fik en tro på, at det godt kunne gå. De spurgte ind til, hvordan han havde det, og hvordan han plejede at klare sig. Og han sagde jo så, at han klarede sig fint og ikke havde brug for noget, men så var jeg heldigvis til stede, og de havde også selv styr på, at han havde brug for hjælp. Men han er slet ikke i stand til at vurdere sin egen situation. (Pårørende, interview 8)

4.2.2 Tildeling af ydelser samt koordinering af hjælp, udredning og behandling

Interviewdeltagerne forholder sig også positivt til (og blev i flere tilfælde overraskede over), at de har fået så meget hjælp fra kommunen, samt at der har været så godt styr på forløbet. Som illustreret i nedenstående citater bunder oplevelsen både i den hjælp, der er tildelt, og i en oplevelse af, at KGH-sygeplejersken agerer som en tovholder, der i høj grad aflaster borger og pårørende:

KGH er perfekt, og det var afgørende, at jeg fik så stor hjælp ved hjemkomsten fra sygehuset. Det giver noget ro og struktur i, hvad der skal ske de næste dage. Det alene giver noget ro og mindsker bekymringerne. Det har været trygt og sammenhængende, og det havde jeg ikke regnet med. (Interview 1)

Jeg var faktisk meget overrasket over, at man fik så meget hjælp – der var ikke rigtig noget, vi selv skulle koordinere. Jeg havde forestillet mig, at man skulle ansøge om ting og gøre en masse ting selv. Jeg oplevede det som en meget god service. [...] Så jeg syntes, det hele fungerede overraskende godt. (Pårørende, interview 7)

Der kom så en hjemmesygeplejerske fra KGH. Hun var meget flink og rar, men det var især godt, fordi hun kunne hjælpe med alle de her spørgsmål omkring bestilling af mad, hjælpemidler, og hvordan gør vi med medicinen. Og hvornår kommer hjemmesygeplejen osv. osv. Alle de spørgsmål kunne hun hjælpe med. Alt det der, det ordnede hun. Så vi havde ikke spor at tænke på. Alle de praktiske ting faldt fuldstændig i hak, hun kontaktede hjemmesygeplejen, hun skaffede alle de nødvendige hjælpemidler. Det var meget trygt. (Interview 5)

Sygeplejersken fra KGH var sådan koordinator for, om vi havde nogle spørgsmål eller ting, vi havde brug for hjælp til. Hun vidste alt; hun var så hjælpsom, hun var helt fantastisk. Hun sørgede for bevilling til bleer og for, at der var poser og slanger nok ... man kunne bare sige, hvad problem man havde, og så fandt hun ud af det. Vi har ikke haft noget bøvl med noget som helst på grund af hende. (Pårørende, interview 4)

Flere borgere giver også eksempler på, at deres KGH-sygeplejerske har hjulpet med at koordinere og overholde forskellige aftaler omkring udredning, opfølgning, medicin og behandling i ugerne efter udskrivelsen. Også dette element opleves som en god service, der i høj grad aflaster borger og pårørende. Enkelte borgere fremhæver i forlængelse heraf, at KGH-sygeplejersken selv har kørt dem til aftaler på hospitalet og fungeret som bisidder i tilfælde, hvor borger og pårørende har haft svært ved at overskue situationen. På samme måde fremhæver flere KGH-sygeplejerskens kontakt til deres egen læge som et element, der har aflastet dem, eftersom det kan være svært at få kontakt på telefonen. I to forløb har lægen også været på

opfølgende hjemmebesøg, der – som illustreret i nedenstående citat – var aftalt og forberedt af KGH-sygeplejersken i samarbejde med borger og pårørende:

Hun sørgede også for et opfølgende besøg fra vores egen læge, og der hjalp hun os med at forberede det – snakkede igennem med os, og vi fik lavet en liste over, hvad vi skulle snakke igennem med lægen inden besøget. Det handlede især om aftaler for den sidste tid – terminal erklæring og medicin. Jeg tror ikke, vi havde fået lægen ud, hvis ikke det var for hende. (Pårørende, interview 6)

Endelig er der enkelte interviewpersoner, som positivt har oplevet, at KGH-sygeplejerskerne har tid til og fokus på at vejlede det personale fra hjemmeplejen, der kommer i hjemmet, som illustreret i nedenstående citat:

Det, der også var godt, var, at sygeplejersken fulgte ham de første uger og observerede, hvordan det gik med hjemmehjælpen og snakkede en del med dem om, hvordan han var. For han kan godt snyde – han ser jo frisk og mobil ud, og hvis man spørger ham, har han aldrig brug for hjælp – og så kunne de godt finde på at køre igen. Så der var hun god til at snakke med dem, så de forstod hans situation og ikke lyttede for meget til ham. Det snakkede hun også med os om – og hun var meget ærlig omkring de udfordringer, der var, og hvordan de arbejdede med at håndtere dem. (Pårørende, interview 7)

4.2.3 Psykisk støtte og aflastning

Som gennemgået i de foregående afsnit fremstår KGH-sygeplejerskerne i høj grad som tovholdere for borgernes forløb i tiden efter udskrivning, hvilket udgør en væsentlig kilde til tryghed og aflastning. Det fremgår dog også, at KGH-sygeplejerskerne i flere forløb har spillet en vigtig rolle i forhold til at snakke med borger og pårørende og yde psykisk støtte til at håndtere de forandringer, som borgere og pårørende typisk står over for, når de står midt i et alvorligt sygdomsforløb og skal genfinde sig selv i en ny og ændret hverdag:

Man glemmer tit de pårørende, men sådan var det ikke i KGH. [...] Det fungerede simpelthen så godt. Man kunne spørge om alt, og man kunne snakke med hende, og man kunne græde med hende. Det har de andre sygeplejersker ikke tid til. Hun kom hver dag og var en god støtte. Vi kunne snakke om alt, også om andet end sygdom. (Pårørende, interview 2)

KGH-sygeplejersken gør, at man som pårørende ikke føler sig så efterladt, så alene om det hele. Man har et sikkerhedsnet under sig. Man kunne jo også ringe til hende, hvis man havde spørgsmål – det var så rart, bare det, at man vidste, man kunne ringe til hende gav sådan en ro, selvom vi ikke gjorde ret meget brug af det. Det gav ro og meget tryghed. (Pårørende, interview 4)

Interviewpersonerne lægger generelt vægt på, at langt de fleste af kommunens medarbejdere er hjælpsomme og yder en god indsats, når de kommer i hjemmet. Som indikeret i det første af ovenstående citater lægger især de interviewede pårørende vægt på, at KGH-sygeplejerskerne i højere grad end fx hjemmesygeplejerskerne også har god tid til dialog om de ting, der er svært – fx i terminale forløb, eller når man har et familiemedlem, der er stærkt svækket af demens.

4.2.4 Afslutning af Kom Godt Hjem-forløb

Nogle af interviewdeltagerne kunne godt tænke sig, at der var mulighed for at være tilknyttet KGH-sygeplejerskerne i længere tid, mens de øvrige vurderer, at de 2 uger var passende. Flertallet fortæller også, at de kunne mærke forskel på serviceniveauet og graden af person-kontinuitet ved overgangen til vanlig hjælp:

Hjemmesygeplejen tog så over efter xx, og det var en personlig overlevering. xx var her sammen med sygeplejersken. De er også søde – men der kommer jo mange forskellige. Det var svært at skifte sygeplejersker hver dag i starten, men nu har vi lært dem at kende – det er en fire-fem stykker der skiftes til at komme her. Det fungerer upåklageligt. (Pårørende, interview 2)

Som det også er illustreret i citatet, skal det understreges, at ingen interviewdeltagere giver eksempler på, at der har været væsentlige fejl eller mangler i forbindelse med overgangen til at få hjælp inden for sygeplejens og hjemmeplejens vanlige rammer. Der er heller ingen, som giver eksempler på, at rammerne omkring borgernes hjemmehjælp, sygepleje, rehabilitering m.m. ikke har været på plads og fungeret ved afslutningen af KGH-forløbet.

Interviewene indikerer derved, at ønsket om en længere tilknytning til KGH-sygeplejerskerne i højere grad handler om den tryghed, der er forbundet med indsatsen, end konkrete udfordringer i overgangen til vanlig hjælp. I den forbindelse er det relevant, at flere interviewdeltagere fremhæver en personlig overlevering i hjemmet mellem deres KGH-sygeplejerske og de primære kontaktpersoner fra hjemmesygepleje og/eller hjemmepleje som et element, der har understøttet afslutningen af forløbet positivt.

4.2.5 Muligheden for at vende tilbage til værdigt hverdagsliv

Interviewene viser på den ene side, at KGH-indsatsen og den øvrige hjælp i ugerne efter udskrivelsen har stor betydning for borgernes situation og giver en god platform for deres videre forløb i hjemmet. Flere fortæller også, hvordan de via den træning og hjælp de efterfølgende har fået, har opnået et bedre funktionsniveau, end de i udgangspunktet forventede. Endelig fremstår den helhedsorienterede hjælp og støtte igennem KGH-forløbet som en væsentlig årsag til, at de første uger – i borgernes optik – er gået så godt, som de er.

Interviewene har til gengæld kun i begrænset grad givet mulighed for at belyse KGH-indsatsens mestring i bredere forstand samt mulighederne for at opretholde kontakt med pårørende og deltage i sociale aktiviteter. Det eneste konkrete eksempel på, hvordan der er arbejdet med dette aspekt i indsatsen, er i forløb 7, hvor KGH-sygeplejersken har etableret kontakt til en demenskonsulent, som illustreret i nedenstående citat:

Ved afslutningen af forløbet havde vi en ny snak om, hvordan det var gået, og alt hvad hun havde aftalt fremadrettet – også at der skulle komme en demenskonsulent. Hende har vi snakket med om muligheder for at komme med på nogle ture og gå i et aktivitetscenter. Han har brug for at komme ud, men det er lidt af en proces at få ham motiveret til at tage imod tilbuddet. (Pårørende, interview 7)

Den primære årsag til fraværet af disse elementer er formentlig, at de interviewede borgere i relativt stort omfang har netværk og pårørende omkring sig, som er aktivt involverede i deres situation. Endvidere har de terminale forløb fx en karakter, hvor det hverken for den syge borger eller den pårørende har været relevant at arbejde med de mere langsigtede perspektiver.

4.2.6 Fremadrettede ønsker

Som gennemgået ovenfor efterlyser nogle borgere og pårørende mulighed for en længerevarende tilknytning til KGH-indsatsen. En enkelt foreslår også muligheden for en mere gradvis afslutning, hvor KGH-indsatsen eksempelvis udfases over 1-2 uger. Endelig er der enkelte, som undrer sig over, at KGH-sygeplejerskerne kun arbejder på hverdage og i almindelig dagtid, og derfor efterlyser en udvidet åbningstid.

Herudover er der ikke afdækket ønsker om egentlige ændringer, og borgernes fremadrettede ønsker handler først og fremmest om at bevare KGH-indsatsen i sin nuværende form.

4.3 Opsamling

Deltagerne i borgertilfredshedsundersøgelsen er samlet set meget tilfredse med deres tilknytning til KGH-indsatsen i eget hjem. Det oplevede udbytte matcher også de målsætninger, som er opstillet for indsatsen såvel som de ansattes vurderinger af borgernes udbytte. Det fremgår således på tværs af spørgeskemaet og de gennemførte interview, at borgerne forbinder KGH-indsatsen i eget hjem med et forløb:

- hvor der er et højt informations- og serviceniveau i forhold til fx at koordinere og effektuere aftaler om opfølgende udredning og behandling
- hvor der er styr på indgående aftaler og en oplevelse af, at disse i høj grad effektueres som aftalt
- hvor der er en gennemgående tovholder, som både aflaster ved at have styr på alt det praktiske og ved at have tid til samtale og psykisk støtte i forhold til de ting, der er svære (især for pårørende)
- der understøtter tilbagevenden til en hverdag i faste rammer – forstået som at hjemmepleje, sygepleje, træningsindsatser osv. er indkørt og fungerer i faste rutiner, når forløbet afsluttes
- hvor der foregår en god overlevering fra den ansvarlige KGH-sygeplejerske til det øvrige kommunale personale ved afslutningen af forløbet.

De fremadrettede ønsker, der er afdækket, knytter sig dels til, om der er mulighed for en længere og eventuelt trinvis overgang fra KGH-forløb til vanlig pleje, hvilket ligger i umiddelbar forlængelse af fagpersonernes ønsker i kapitel 3. Endvidere er der enkelte borgere, der – som fagpersonerne – efterspørger en udvidelse af KGH-teamets åbningstid. Herudover er der ikke afdækket ønsker om egentlige ændringer, og borgernes fremadrettede ønsker handler først og fremmest om at bevare KGH-indsatsen i sin nuværende form.

5 Evalueringens fund og anbefalinger

Evalueringen har undersøgt de involverede fagpersoner og lederes perspektiver på KGH-indsats i eget hjem samt den borgeroplevede kvalitet af tilbuddet. De generelle fund er sammenfattet nedenfor, hvorefter der følger en diskussion af de anbefalinger, som fundene giver anledning til.

5.1 Overordnede fund og opmærksomhedspunkter

Evalueringen finder, at KGH-indsatsen, hvad angår de interne arbejdsgange og det borgerrettede arbejde, fremstår som en veletableret løsning, der fungerer på driftsvilkår og med et velfungerende samarbejde mellem teamet af udskrivelseskoordinatorer og KGH-sygeplejersker.

Alle evalueringens interviewdeltagere anser også KGH-indsatsen som et relevant initiativ. Der er således bred opbakning til ønsket om en målrettet indsats over for de borgere, der generelt set udskrives fra hospital med behov for kommunale pleje- og omsorgsydelser, og især for borgere i denne gruppe, som ikke i forvejen er kendte i kommunen. Vurderingen hos de interviewpersoner, som er i berøring med KGH-indsatsens borgere, er også, at der ydes en kvalificeret indsats i KGH-regi, som gør en positiv forskel for de berørte borgere. Dermed er der også et ønske om, at KGH-indsatsen – eller i hvert fald noget, der minder om den – fortsætter fremover.

Borgerundersøgelsens resultater skal tolkes med en vis forsigtighed, fordi det kun er en mindre del af det samlede antal borgere i KGH-indsatsen, der har besvaret spørgeskemaet. Samtidig repræsenterer deltagerne i spørgeskemaet og de kvalitative interview alt andet lige de kognitivt mest velfungerende borgere i indsatsen.

Det fremgår videre, at de borgere, der har deltaget i evalueringen, generelt set er meget tilfredse med den hjælp, de har fået i KGH-indsatsen. Samtidig bekræfter de billedet af en indsats, der bidrager til øget tryghed, sammenhæng og aflastning for borger og pårørende i de første uger efter en udskrivelse og derved giver et godt afsæt for det videre forløb i eget hjem.

Borgerundersøgelsens resultater skal tolkes med en vis forsigtighed, fordi det kun er en mindre del af det samlede antal borgere i KGH-indsatsen, der har besvaret spørgeskemaet. Samtidig repræsenterer deltagerne i spørgeskemaet og de kvalitative interview alt andet lige de kognitivt mest velfungerende borgere i indsatsen.

Det fremstår således som generelle fund, at KGH-indsatsen af deltagerne i evalueringen forbindes med:

- Styrket visitation af plejkrævende borgere og bedre koordinering af udskrivelsesforløb fra hospital og kommunale akutpladser generelt set.
- Styrket evne til at identificere, forberede og (særligt via KGH-indsats i eget hjem) sikre en tæt opfølgning på komplekse udskrivelser.
- KGH-indsatsen i eget hjem fremstår som et tryghedsskabende og virksomt tilbud til de berørte borgere og pårørende.

De forklaringer, der knyttes til de oplevede resultater, handler grundlæggende om, at KGH-sygeplejerskerne har god tid til at sikre helheden i forløbet for de borgere, de er tilknyttet. Der er således både tid til den praktiske og faglige koordinering, tid til – og fokus på – psykisk støtte

og omsorg for borgere og pårørende, samt mulighed for at opretholde et meget højt serviceniveau, der bl.a. mindsker stress og usikkerhed hos borgere og pårørende.

KGH-sygeplejerskernes mulighed for at følge og supervisere samspillet mellem hjemmeplejen og borgeren fremstår også som et vigtigt element i de forløb, hvor borgerne har kognitive udfordringer, misbrugsudfordringer eller manglende erkendelse af deres behov for hjælp og støtte. Endelig udgør fælles opstarts- og overleveringsmøder i hjemmet – med deltagelse af borger og de primære kontaktpersoner fra hjemmepleje og hjemmesygepleje – vigtige elementer, der forbindes med sammenhæng og forudsigelighed i plejen såvel som borgernes oplevelse af forløbet.

Evalueringen finder dog også kritiske perspektiver på den valgte organisering og de oplevede udfordringer, som det er vigtigt at adressere fremadrettet. Det drejer sig særligt om:

- Mulighederne for at styrke samarbejdet og det gensidige udbytte af udskrivelseskoordinatorernes øgede tilstedeværelse på Regionshospitalet Horsens.
- Behovet for at præcisere forventningerne om, hvornår og hvordan KGH-indsatsen skal fremme borgernes mestring af eget liv, mulighed for at deltage i fællesskaber og sociale aktiviteter samt forebygge vedvarende og omfattende behov for støtte.
- Håndteringen af KGH-sygeplejerskernes mange snitflader, arbejdsdelinger og overleveringer til den øvrige hjemmesygepleje og i nogle tilfælde også hjemmeplejen.
- At KGH-sygeplejerskernes organisering som et lille specialteam i nogle tilfælde er forbundet med flaskehalse og vanskeligheder med at udnytte KGH-sygeplejerskernes tid effektivt.

De 4 opmærksomhedspunkter og de afledte anbefalinger uddybes og diskuteres neden for.

5.2 Udskrivelseskoordinatorernes øgede tilstedeværelse på hospital

Evalueringen har afdækket, at især hospitalspersonalet ser muligheder for at styrke samarbejdet og det gensidige udbytte af udskrivelseskoordinatorernes fysiske tilstedeværelse fremover. Det er ikke muligt at vurdere, hvorvidt de afdækkede perspektiver er repræsentative for de hospitalsansattes generelle oplevelse af samarbejdet. Til gengæld er der god intern overensstemmelse imellem henholdsvis de kommunale og hospitalsansattes pointer og perspektiver på samarbejdet.

Evalueringen indikerer derfor, at de gensidige forventninger og ønsker til det 'gode' samarbejde og formålet med udskrivelseskoordinatorernes øgede tilstedeværelse på hospitalet på interviewtidspunktet ikke i alle sammenhænge var godt nok afstemt¹⁶. Med det afsæt afdækkede interviewene også eksempler på, at samarbejdet i nogle situationer i højere grad blev oplevet som regelbaseret og fokuseret på kontrol af samarbejdsparten end baseret på gensidig forståelse for samarbejdspartens muligheder og behov. I den sammenhæng blev også givet eksempler på, hvordan der skabes nogle tilbagevendende udfordringer på medarbejderniveau, som frustrerer begge parter i samarbejdet.

¹⁶ De afdækkede opmærksomhedspunkter i forhold til KGH-indsatsens snitflader og samarbejdsrelationer er ikke overraskende sammenlignet med litteraturen om tværgående samarbejde (se fx (1-4)) såvel som tidligere danske undersøgelser på området (se fx (5,6)). Uenighederne og usikkerhederne, der opstår i mødet mellem den nye KGH-indsats og dens eksterne samarbejdsrelationer, afspejler således, at en væsentlig del af etableringsarbejdet handler om at udvikle en fælles forståelse for samarbejdet såvel som de relationer der kan bære et velfungerende samarbejde fremover.

VIVE anbefaler derfor, at de afdækkede perspektiver anvendes som afsæt for en dialog om udfordringernes udbredelse og omfang samt en efterfølgende dialog om, hvilke muligheder der er for at styrke udskrivelsessamarbejdet fremadrettet. Dialogen kan med fordel tage afsæt i målsætninger om:

- at tydeliggøre formålet med udskrivelseskoordinatorernes tilstedeværelse og øge andelen af fælles viden og forståelse for, hvilke formelle rammer der er for samarbejdet, såvel som hvad der kan gøres for, at de formelle rammer ikke spænder ben for kommunikation og samarbejde
- hvilke muligheder der er for at tilrettelægge dialog og vidensudveksling om indlagte borgere på en måde, der i højere grad indfrier både kommunens og de hospitalsansattes forventninger
- gensidig forventningsafstemning relateret til, hvor snitfladerne mellem hospitalets og kommunens opgaver, ansvar og kompetencer går.

Som det tidligere er gennemgået i afsnit 3.1.2, har Horsens Kommune fra efteråret 2019 og frem igangsat en række tiltag, der adresserer de afdækkede udfordringer og i høj grad tager afsæt i ovenstående anbefalinger. VIVE er desuden oplyst om, at der opleves at være et godt udbytte af de igangsatte initiativer.

5.3 Borgernes mestring af eget liv og sociale relationer

Både de ansatte i KGH-indsatsen og deltagerne i borgerundersøgelsen oplever, at KGH-indsatsen i eget hjem langt hen ad vejen indfrier de opstillede succeskriterier og for mange giver et godt fundament for, at borgerne på sigt bliver så selvhjulpne som muligt.

Det fremgår dog også, at intentionerne om at understøtte borgernes sociale netværk, kontakter med pårørende og evne til at klare sig selv ikke er lige relevante i alle forløb. I forløb med svær sygdom, komplekse sociale, psykiatriske eller misbrugsrelaterede problemstillinger er det også vanskeligt at ændre afgørende på borgerens situation – især hvis der ses isoleret på de første 2 uger efter udskrivelsen.

For KGH-indsatsens ledelse og medarbejdere knytter de fremadrettede udviklingsbehov sig for det første til afstemning af forventningerne til, hvornår, i hvor høj grad og hvordan der kan arbejdes med at aktivere borgerens ressourcer i et længerevarende perspektiv. Med det afsæt er det VIVEs anbefaling, at rammer og forventninger til KGH-sygeplejerskernes arbejde med at understøtte borgernes sociale netværk m.m. tydeliggøres og afstemmes i forhold til de forskellige typer af borgerforløb.

5.4 Snitfladen mellem Kom Godt Hjem-indsatsen og hjemmesygeplejen

Den valgte organisering, hvor et lille, specialiseret team midlertidigt – og kun inden for almindelig dagtid – følger udvalgte borgere tæt, er forbundet med snitflade- og overgangsproblematikker, som løbende skal håndteres i samarbejdet med særligt den kommunale hjemmesygepleje og hjemmeplejen. Udfordringerne findes på tværs af de gennemførte interview, så der er ikke tvivl om, at de er reelle, men det er også tydeligt, at de italesættes med forskelligt fokus og vægt afhængigt af, hvorfra interviewdeltagerne kommer. Når man ser på tværs af de gennemførte interview, er det også tydeligt, at forhold, der handler om andet og mere end KGH-teamet, er med til at præge givne perspektiver.

For det første har de kommunale samarbejdspartener generelt set ikke et klart billede af, hvilke forløb KGH-sygeplejerskerne tager, og hvordan de arbejder. Den manglende viden kommer bl.a. til udtryk i misforståelser og forestillinger om, at KGH-sygeplejerskerne fx systematisk går ind og overtager ansvaret for borgere, der i forvejen er velkendte i hjemmesygeplejen. Mange efterlyser også en større synlighed og bedre informationsniveau omkring KGH-indsatsen – fx ved, at KGH-sygeplejerskerne i højere grad deltager i personalemøder o.l. i hjemmeplejen.

For det andet indikerer interviewene, at der er en gennemgående frustration i hjemmesygeplejen over, at sygeplejen igennem de seneste år er opsplittet i flere specialiserede funktioner, samtidig med at antallet af 'almindelige' rutesygeplejersker er skåret ned. Oplevelsen er desuden, at arbejdsvilkårene er bedre, samt at den faglige anerkendelse er større i de nyoprettede funktioner end i den øvrige sygepleje, hvor der til gengæld er en oplevelse af øget arbejdspress.

Der er således mindst tre forhold, som interagerer, når de kommunale interviewdeltagerne efterspørger en organisering, hvor KGH-indsatsen i eget hjem fremadrettet forankres i hjemmesygeplejen. Det er samtidig ikke muligt at vurdere præcist, hvor skillelinjerne mellem reelle udfordringer, manglende viden og egentlig modstand går, samt hvor stort omfanget af de reelle udfordringer er.

Det er derfor i sidste ende en ledelsesmæssig vurdering, hvorvidt de beskrevne fordele og udfordringer ved KGH-indsatsens organisering giver anledning til at ændre i KGH's fremtid, organisatoriske indplacering og udmøntning.

5.5 Kom Godt Hjem-teamets organisering

KGH-sygeplejerskernes forankring i myndighedsafdelingen og udmøntningen som et mindre specialiseret team giver en række fordele i relation til opsporing af de rette borgere samt mulighed for at levere en intensiv og enstrengt indsats til de borgere, der tilbydes forløb. Begge fordele fremstår som elementer, der er betydningsfulde for oplevelsen af, at KGH-indsatsen i relativt stort omfang indfrier de opstillede målsætninger.

Organiseringen betyder til gengæld også, at der let opstår flaskehalsproblemer, når der er flere relevante borgere, end teamet kan rumme, eller når planlagte forløb med kort varsel udskydes, fordi hospitalet udskyder udskrivelsen. Evalueringens datagrundlag giver ikke mulighed for at vurdere det præcise omfang af disse udfordringer, og det anbefales derfor, at Horsens Kommune arbejder videre med at afdække og adressere dette.

Litteratur

- (1) Cameron A, Lart R. Factors promoting and obstacles hindering joint working: a systematic review of the research evidence. *Journal of Integrated Care* 2003; 11(2): 9-17.
- (2) Ernst C, Chrobot-Mason D. *Boundary spanning leadership. Six practices for solving problems, driving innovation, and transforming organizations.* New York: McGraw Hill; 2011.
- (3) Glouberman S, Mintzberg H. Managing the care of health and the cure of disease--Part II: Integration. *Health Care Manage Rev* 2001 Winter; 26(1):70-84; discussion 87-9.
- (4) Havens DS, Vasey J, Gittel JH, Lin WT. Relational coordination among nurses and other providers: impact on the quality of patient care. *J Nurs Manag* 2010 Nov; 18(8): 926-937.
- (5) Buch MS, Jakobsen M, Kolodziejczyk C, Olesen E. *Evaluering af indsats for forløbskoordination - erfaringer med fremskudt visitation i fire kommuner.* København: KORA - Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning; 2016.
- (6) Buch MS. *Forløbskoordination for patienter med kronisk sygdom. Erfaringer fra Region Syddanmarks modelprojekt om udvikling af forløbskoordination på kronikerområdet.* København: Dansk Sundhedsinstitut; 2012.

Bilag 1 Evalueringens datagrundlag og anvendte metoder

Evalueringen består af tre hovedopgaver. Første hovedopgave undersøger via skriftligt materiale (KGH-indsatsens projektbeskrivelse, henvisningskriterier, arbejdsgange m.m.) og interview med relevante fagpersoner og ledere deres perspektiver på KGH-indsatsens organisering og praktiske udmøntning samt de oplevede resultater og fremadrettede udviklingsmuligheder. Anden hovedopgave undersøger via et spørgeskema og interview borgere/pårørendes perspektiver på KGH-indsatsen i eget hjem med fokus på tilfredshed, udbytte og input til, hvordan indsatsen eventuelt kan forbedres.

Datagrundlag, fremgangsmåde og metodeovervejelser for de tre hovedopgaver præsenteres i de nedenstående afsnit.

Interview med fagpersoner og ledere

Der er interviewet i alt 36 ledere og fagpersoner i forbindelse med evalueringen. Hovedparten af interviewdeltagerne er fra kommunen, hvor alle 12 ansatte i KGH-indsatsen og i alt 20 ledere og fagpersoner fra KGH-indsatsens primære samarbejdsparter er interviewet. Endvidere er der gennemført et gruppeinterview med 3 repræsentanter fra det medicinske område på Regionshospitalet Horsens og et individuelt interview med Horsens Kommunes praksiskonsulent. Interviewene varede 30-90 minutter. Den samlede fordeling af interviewdeltagere fremgår af bilagstabel 1.1.

Bilagstabel 1.1 Oversigt over evalueringens interview med professionelle

	Ledere	Medarbejdere	Interviewform
KGH-indsatsen	2	10	3 gruppeinterview
Det kommunale sundheds- og ældre-område	10	10	3 gruppeinterview og 8 individuelle interview
Regionshospitalet Horsens	2	1	1 gruppeinterview
Almen praksis-kommunens praksis-konsulent	1		Individuelt interview

Alle interview er optaget elektronisk, og med afsæt i optagelsen har henholdsvis Martin Sandberg Buch og Lea Graff udarbejdet et udførligt referat, der er anvendt som afsæt for analyse og citater.

De tværgående temaer for interview har for det første knyttet sig til KGH-indsatsens organisering og udmøntning, herunder hvordan opgavedeling og samarbejde omkring de inkluderede borgere fungerer, og hvilke eventuelle udfordringer og fremadrettede løsninger der ses i denne sammenhæng. For det andet har interviewene afdækket perspektiver på KGH-indsatsens relevans samt de faglige og borgerrettede resultater, som interviewpersonerne forbinder med indsatsen.

Borgeroplevet udbytte og erfaringer med Kom Godt Hjem

Der er anvendt en kombination af spørgeskemaer og kvalitative interview for at afdække de inkluderede borgeres perspektiver på KGH-indsatsen. De indsamlede data er anvendt til at

validere fagpersonernes vurderinger af KGH's betydning for borgere og pårørende og som selvstændige input til den videre udvikling og konsolidering af indsatsen.

Spørgeskemaer og interview har haft særligt fokus på, om – og hvordan – KGH-indsatsen i eget hjem medvirker til at imødekomme borgere og pårørendes behov for inddragelse, tryghed og viden om deres forløb, samt hvilke måder indsatsen bidrager til at understøtte en langsigtet, stabil og velfungerende hverdag i eget hjem. De specifikke temaer for spørgeskemaer og interview har knyttet sig til:

- Kommunikation, information og inddragelse, herunder om borgerne oplever at blive inddraget og informeret tilstrækkeligt i de beslutninger, der tages omkring det videre forløb.
- Koordinering og samarbejde mellem enheder og sektorer, herunder om der mundtligt og skriftligt bygges bro mellem aktiviteter, enheder og aktører.
- Tryghed ved overgangen til eget hjem, samt hvorvidt hjemmet og de tildelte hjælpemidler opleves velfungerende i forhold til borgerens behov.
- Tryghed og mulighed for at opretholde kontakt med pårørende og kommune i hverdagen, samt om der opleves en tilstrækkeligt personkontinuitet i de fagpersoner, der kommer i borgerens hjem.
- Muligheden for at opretholde en aktiv hverdag med deltagelse i sociale aktiviteter og netværk.

Fysisk spørgeskema

De borgere, som modtager KGH-indsats i eget hjem, er generelt kendetegnet ved høj alder, stor sygdomskompleksitet og væsentlige fysiske og ofte også kognitive funktionsnedsættelser. Med dette afsæt er der udarbejdet et fysisk spørgeskema, som er udfyldt i borgernes hjem, frem for en elektronisk løsning. De udfyldte spørgeskemaer er indsamlet og indtastet i et Excel-ark af medarbejdere fra Horsens Kommune, hvorefter det samlede datasæt er afleveret til VIVE som afsæt for analyse og tolkning af resultater.

Spørgeskemaet er udviklet i dialog mellem VIVE og relevante nøglepersoner fra KGH's projektgruppe og pilottestet på et mindre antal borgere inden færdiggørelse. Det færdige skema er herefter udleveret til alle borgere, som selv, eller med hjælp fra pårørende, har været i stand til at forstå og udfylde skemaet. Udleveringen er sket af en medarbejder fra KGH-teamet ca. 14 dage, efter borgerens forløb er afsluttet, og en del borgere har fået hjælp til at forstå og udfylde skemaet af pårørende eller medarbejdere fra KGH-teamet.

Spørgeskemaet er udleveret løbende i perioden februar 2019 til januar 2020 til de borgere, der i dette tidsrum modtog en KGH-indsats i eget hjem. Ud af de i alt 187 borgerforløb i perioden er der indsamlet i alt 80 besvarelser, hvilket giver en samlet svarprocent på 42,7 %. Det er således en relativt lille andel af det samlede antal KGH-borgere, der indgår i analysen, hvilket først og fremmest skyldes, at en væsentlig andel af borgerne ikke ved egen hjælp eller med hjælp fra pårørende har været i stand til at udfylde skemaet. Resultaterne skal derfor tolkes med en vis forsigtighed og med afsæt i, at det alt andet lige er de kognitivt mest velfungerende borgere eller deres pårørende, der aktivt er involveret i forløbet, som bliver formidlet.

Datasættet er analyseret via Excel, og på grund af datasættets størrelse er afrapporteringen deskriptiv.

Fordelingen af respondenter på køn og alder er angivet i bilagstabel 1.2 og bilagsfigur 1.1. Det fremgår, at der er en overvægt af kvinder i forhold til mænd (55 % vs. 45 %), at kvinderne i

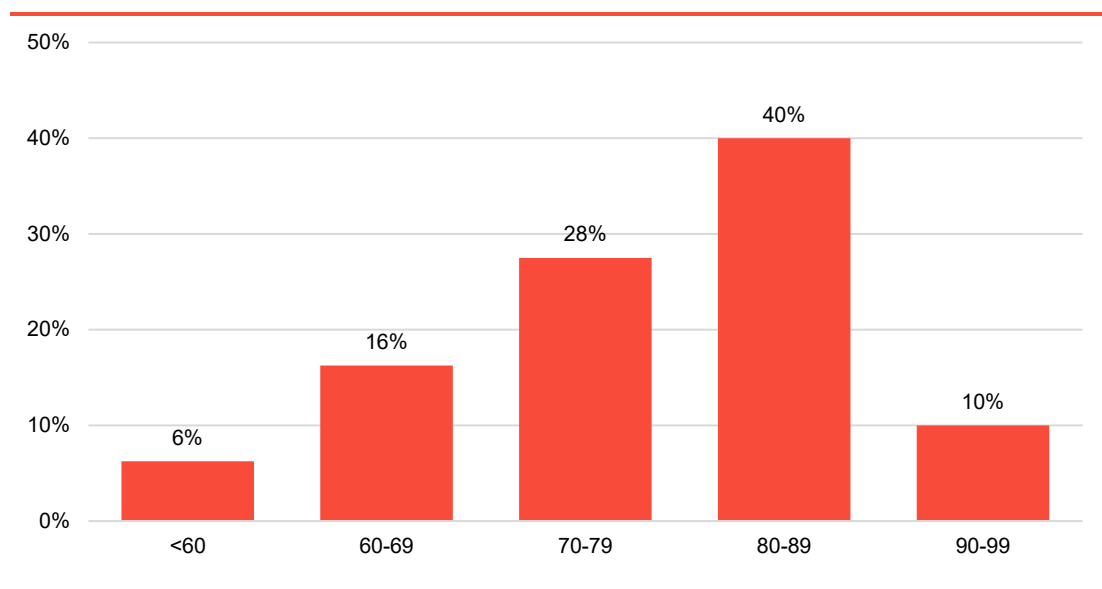
gennemsnit er ca. 3,5 år ældre end mændene, samt at den samlede gennemsnitsalder for respondenterne er ca. 77 år. Videre ses i bilagsfigur 1.1, at 50 % af respondenter er over 80 år, mens 22 % er under 70 år. KGH-indsatsen har således en overvægt af de ældste borgere, men det fremgår også, at en ikke uvæsentlig andel af de gennemførte forløb har omfattet en lidt yngre aldersgruppe.

Bilagstabel 1.2 Respondenternes køns- og aldersfordeling

	Kvinder	Mænd	I alt
Antal	44	36	80
Andel i procent	55 %	45 %	100 %
Gennemsnitsalder	78,3 år	74,9 år	76,8 år

Kilde: Baseret på spørgeskemaer indsamlet af Horsens Kommune.

Bilagsfigur 1.1 Respondenternes aldersfordeling



Anm.: N = 80

Kilde: Opgørelser baseret på data indsamlet af Horsens Kommune.

Bilagstabel 1.3 og 1.4 viser endvidere, at flertallet (63 %) af respondenterne er enlige, samt at erhverv relateret til ingen – eller korte videregående uddannelser – dominerer i respondenternes nuværende eller tidligere beskæftigelsessituation.

Bilagstabel 1.3 Respondenternes civilstatus

	Enlig	Gift eller partner	I alt
Antal	50	30	80
Andel i procent	63 %	38 %	100 %

Anm.: N = 80.

Note: Bemærk afrunding til hele procent. Kategorier med under 5 svar er slået sammen.

Kilde: Baseret på data indsamlet af Horsens Kommune.

Bilagstabel 1.4 Respondenternes nuværende eller tidligere erhverv

	Antal	Andel i procent
Arbejder, faglært	15	19 %
Funktionær/tjenestemand	24	30 %
Selvstændig	7	9 %
Hjemmegående el. medhjælpende ægtefælle	10	13 %
Arbejder, Ufaglært	19	24 %
Andet	5	6 %
I alt	80	100 %

Anm.: N = 80

Note: Bemærk afrunding til hele procent. Kategorier med under 5 svar er slået sammen.

Kilde: Baseret på data indsamlet af Horsens Kommune.

Kvalitativ interviewundersøgelse

Der er gennemført 8 kvalitative interview med borgere, der har modtaget KGH-indsats i eget hjem. Borgerne er inviteret til interview af medarbejderne i KGH-teamet. Udvælgelsen er sket i dialog med VIVE, og borgerne er valgt ud fra et ønske om at sikre variation i forhold til køn, alder, civilstatus og det indlæggelsesforløb, der ligger til grund for tilknytningen til KGH.

KGH-medarbejderne har indhentet informeret samtykke fra de borgere og pårørende, der har sagt ja til at deltage i interview, og givet mundlig og skriftlig information om undersøgelsen og VIVEs håndtering af de indsamlede data. 7 interview blev afholdt i borgernes hjem og et enkelt pårørendeinterview blev gennemført på Horsens Rådhus. Interviewene tog 30-45 minutter og er optaget elektronisk. Via gennemlytning af optagelsen er der udarbejdet et udførligt referat som afsæt for efterfølgende analyse og citater.

Fordelingen af interviewpersoner og det overordnede afsæt for borgernes forløb er angivet i bilagstabel 1.5.

Bilagstabel 1.5 Fordeling af interviewede borgere

Køn og alder	Baggrund for KGH indsats i eget hjem
Mand i 50erne (interview gennemført med manden og hans hustru)	Massive fysiske traumer efter ulykke, langvarigt og komplekst indlæggelsesforløb, samt kone med behov for psykisk støtte og hjælp til at håndtere de mange praktiske forhold omkring udskrivelsen
Kvinde i 60erne (Kvinden er nu afdød, så interview gennemført med manden)	Cancerpatient der blev udskrevet til terminalt plejeforløb i eget hjem. Husbond har også kræft, svært ved at overskue udskrivelsen og behov for psykisk støtte. KGH tilknyttet for at understøtte opstart af hjemmehjælp, hjemmesygepleje, boligændringer mm.
Kvinde i 70erne	I udgangspunktet selvhjulpen, men udskrevet efter hoftefraktur. KGH tilknyttet for at understøtte opstart af hjemmehjælp, hjemmesygepleje, boligændringer mm.
Mand i 80erne (interview gennemført med manden og hans hustru)	Cancerpatient, udskrevet til terminalt plejeforløb i eget hjem. Hustru havde også svært ved at overskue udskrivelsen og behov for psykisk støtte
Kvinde i 80erne	I udgangspunktet selvhjulpen, men udskrevet efter hoftefraktur. KGH tilknyttet for at understøtte opstart af hjemmehjælp, hjemmesygepleje, boligændringer mm.
Kvinde i 80erne	I udgangspunktet selvhjulpen, men udskrevet efter hoftefraktur. KGH tilknyttet for at understøtte opstart af hjemmehjælp, hjemmesygepleje, boligændringer mm.

Køn og alder	Baggrund for KGH indsats i eget hjem
Mand i 80'erne (interview gennemført med hans søn)	Dement mand indlagt efter fald, havde også blærebetændelse og var dehydreret ved indlæggelsen. Urealistisk i forhold til sit plejebehov og ønsker i udgangspunktet ikke hjælp fra kommunen. Blev derfor tilknyttet KGH i samråd med pårørende for at understøtte opstart af fast hjemmehjælp, boligændringer og på længere sigt mulighed for at deltage i sociale aktiviteter
Mand i 80'erne (interview gennemført med manden og hans hustru)	Lettere dement mand indlagt med 'maveproblemer'. Hustru er syg med kræft og har svært ved at overskue både sit eget og sin mands sygdomsforløb og plejebehov. KGH tilknyttet for at understøtte opstart af hjemmehjælp, hjemmesygepleje, boligændringer mm. Særligt fokus på at støtte hustru, samt supervisere og støtte hjemmeplejens personale.

Interviewene har været tilrettelagt efter de samme temaer som det elektroniske spørgeskema, og de bruges til at forstå og nuancere tendenserne i spørgeskemaet. Det har været et krav for deltagelsen i interview, at borgeren selv eller en pårørende har været i stand til at deltage i interviewsituationen og forholde sig aktivt til KGH-forløbet. Derfor skal det også i denne sammenhæng understreges, at de interviewede borgeres perspektiver ikke kan sidestilles med perspektiverne fra de dårligste eller mest udsatte borgere.

Bilag 2 Eksempler på Kom Godt Hjem-forløb

Case type 3: Terminal borger med aktivt involverede pårørende

En borger, som er en kvinde sidst i 70'erne, bliver meldt til KGH-indsats via en udskrivelseskoordinator med en plejeforløbsplan. Hun blev indlagt dehydreret og med skæv saltbalance, og det vurderes, at hun ikke længere kan klare sig derhjemme. Hun har de seneste måneder tabt sig 10 kg. Efter diverse undersøgelser finder man en tumor i tyktarmen, og biopsier viser, at der er tale om colon-cancer med spredning til bl.a. leveren. Borgeren vurderes at være terminal.

Der afholdes målmøde på sygehuset, hvor udskrivelseskoordinator, KGH-sygeplejerske, organkirurgisk sygeplejerske, datter, søn og borger deltager. Der informeres om borgerens tilstand. Udskrivelseskoordinatoren informerer om den hjælp, der vil starte, når borgeren kommer hjem. Ligeledes bliver der spurgt til de forventninger, som borgeren, datteren og sønnen har. Borgeren er dog så afkræftet, at hun ikke kan deltage meget i samtalen. Der aftales, at borgeren udskrives til pallierende pleje.

Det aftales med en sygeplejerske på organkirurgisk afdeling, at der doseres medicin til det første døgn samt laves recept på tryghedskasse og proteindrikke. Sygehuset er så venlige også at udlåne et sengebækken til borgeren.

Da udskrivelseskoordinatoren på udskrivelsesdagen taler med organkirurgisk sygeplejerske, nævner hun, at borgeren er blevet noget mere døs og ofte ikke deltager i samtaler.

På **udskrivelsesdagen dag 1** er aftalt, at udskrivelsen er koordineret med KGH-sygeplejersken, som vil være på borgerens adresse, når denne kommer hjem. Borgeren er blevet seneliggende, og derfor bestilles en ny luftmadras for at forebygge liggesår.

Borgeren vil helst sove med det samme, hun er kommet hjem. KGH-sygeplejersken kontrollerer medicinen, der er op hældt fra sygehuset, samt at det Fælles Medicinskema er ajourført.

Sygeplejersken taler dernæst med de pårørende, som har brug for at vide noget om det praktiske om at passe deres mor i hjemmet. KGH forsikrer dem om, at frit valg i hjemmet kommer og tager sig af den personlige pleje og toiletbesøg. De vil også være behjælpelige med at give borgeren noget at drikke (borgeren har sagt fra over for fast føde).

Dog bliver de pårørende informeret om, at de gerne må hente den nye medicin, dosetter samt tryghedskassen på apoteket. De henter også hudvenlig sæbe og engangsvaskeklude. Der laves aftale om, at KGH vil komme og dosere medicinen næste formiddag. KGH vurderer også, at der er behov for blebevilling og tager kontakt til inkontinenssygeplejerske, som vil lave denne akut, da borgeren er terminal. Endvidere bestilles nødkald.

Datteren har taget plejeorlov og vil det meste af tiden være hos sin mor, ligesom sønnen også vil være der meget af tiden. KGH-sygeplejersken åbner for spørgsmålet om stillingtagen til genoplivning. Dette er borgeren ikke klar til at svare på. Hun ønsker at sove og vil gerne, at vi snakker om det igen i morgen. De pårørende vil tale med hende om det i løbet af aftenen.

Dag 2 viser det sig, at visitatoren har svært ved at ansøge plejeorlov til datter, da der alligevel ikke er kommet en terminal registrering fra kirurgisk afdeling. Afdelingen kontaktes derfor for at få erklæringen ud.

Ved besøget dag 2 viser det sig desuden, at der ikke kan afhentes tryghedskasse på apoteket, fordi den ikke som aftalt er fremsendt fra hospitalet. Kirurgisk afdeling kontaktes derfor igen for at få tryghedskasse ordineret som aftalt ved udskrivelsen. Datteren tager derefter på apoteket endnu en gang og vil gøre meget for, at tingene lykkes.

KGH hjælper den faste vagt med få borgeren på 'four way glide' (undermadras), således plejepersonalet bedre kan hjælpe borgeren i sengen, da hun er betydeligt svækket. KGH hjælper ligeledes med morgenpleje.

Herefter er der mulighed for igen at tale med borger og pårørende angående genoplivning og livsforlængende behandling. Borgeren fortæller, at hun ikke ønsker subcutan væskebehandling, som egen læge har foreslået. Borgeren er godt klar over, hvor hun er på vej hen, og at hun måske ikke henter meget tid ved væskebehandling. Hun drikker stadig lidt, da hun føler tørst.

Angående spørgsmålet om genoplivning svarer hun, at hun ikke ønsker dette.

Herefter kan KGH kontakte egen læge og få denne til at lave et notat, hvor det tydeligt står, at borgeren ikke ønsker genoplivning. Herefter laver KGH en kopi af dette notat på rødt papir og lægger det i samarbejdsmappen, så alle fra hjemmeplejen kan se, at borgeren ikke ønsker genoplivning.

Man får samme dag at vide, at blebevillingen er gået igennem, og at der hurtigst muligt vil blive sendt en kasse bleer.

Over middag er der lægebesøg hos borgeren, og KGH vælger at være med sammen med de pårørende. Ved lægebesøget fremgår det, at borgeren er begyndt at have smerter ved mobilisering i sengen, og det aftales, at der gives morfin inden mobilisering. Derfor aftales også at bestille yderligere morfin og midazolam forud for weekenden.

De pårørende har et ønske om, at deres mor kommer på hospice, og egen læge laver ansøgning til to forskellige. De havde en god oplevelse, da deres far var på hospice for et par år siden. Der er dog ikke plads inden weekenden, men egen læge vil ringe til dem igen efter weekenden.

KGH finder efter besøget af egen læge ud af, at medicinen, der skulle være rykket for fra kirurgisk afdeling, alligevel ikke var lagt ud på receptserveren, og at datteren kunne ikke få den. KGH-sygeplejersken ringer endnu en gang til kirurgisk afdeling og forklarer, at det er meget vigtigt, at medicinen kommer ud på serveren at ligge. Sygeplejersken på kirurgisk afdeling vil igen prøve at få en læge til at lægge det ud.

Da borgeren efterhånden er meget svækket, vælger KGH-sygeplejersken fredag eftermiddag at bestille hjemmesygepleje hen over weekenden, så borgeren får besøg af sygeplejerske en gang i hver vagt til at vurdere, om der er brug for smertestillende eller andet.

Medicinen når at komme fredag eftermiddag, efter KGH-sygeplejersken har fået fri. Aftenen efter sover borgeren stille ind, og der har været brug for tryghedskasse.

Case type 3: Kompliceret forløb efter ulykke, hvor borger og pårørende er i stand til at medvirke aktivt, men også har stort behov for psykisk støtte til at håndtere den nye situation

En ca. 60-årig mand udskrives efter et indlæggelsesforløb på ca. 4 måneder efter en meget voldsom ulykke. Der var skader på hoved, flere organer og flere knoglebrud. Før ulykken var borgeren behandlet for depression samt arbejdsrelaterede smerter i arme og ryg. Hustruen har senhjerneskade efter en hjerneblødning og svært ved at klare forandringer. Ægteparret har desuden mistet en søn for et år siden.

Første henvendelse om borgeren kommer fra Aarhus Universitetshospital, som henvender sig til rådgivningsteamet i Horsens Kommune. Baggrunden var, at borgeren ikke havde åbnet e-post under indlæggelsen og bl.a. var holdt op med at modtage sine sygedagpenge.

Cirka 2 måneder senere modtages en plejeforløbsplan fra Regionshospitalet Horsens, hvor borgeren har været indlagt, efter den akutte fase er overstået. Der afholdes udskrivelsessamtale på sygehuset med i alt 12 deltagere. Ud over borgeren, hustruen og datteren deltager læge, sygeplejerske, ergo- og fysioterapeut fra Regionshospitalet Horsens, samt udskrivelseskoordinator, KGH-sygeplejerske, fysio- og ergoterapeut samt hjerneskadekoordinator fra Horsens Kommune. Som afspejlet i det store antal deltagere i udskrivelsessamtalen er der tale om et meget komplekst forløb, hvor mange indsatser skal igangsættes og koordineres, samtidig med at der ligger en væsentlig opgave i at støtte borgeren og hustruen. Hovedfokus for KGH-sygeplejerskens arbejde i opfølgingsperioden er sammenfattet i bilagsboks 2.1, og efter boksen følger en sammenfatning af, hvordan forløbet efter udskrivelsen foregik i praksis.

Bilagsboks 2.1 KGH-sygeplejerskens hovedfokus i ugerne efter udskrivelsen

1. Borgers psyke (kendt med depression og selvmordstruende under indlæggelsen) – indlagt ca. 4 måneder på flere afdelinger, bl.a. respiratorbehandlet på intensiv (risiko for psykiske traumer)
2. Stomipleje, diverse bevillinger af stomiprodukter og IV-materiale
3. Kost, væske og vægt, herunder væskebalance på grund af stort væsketab gennem stomi
4. Søvn og hvile, herunder også smertebehandling
5. Opfølgning på undersøgelser og planlægning fremadrettet i forhold til undersøgelser og behandling
6. Korrekt medicinering og opfølgning i forhold til virkning/bivirkning
6. Hustrus psykiske tilstand samt ægteparrets trivsel i en helt anderledes hverdag
7. Koordinering af kommunale indsatser, så der ikke kommer flere medarbejdere samtidig i hjemmet, samt opfølgning og tilretning af den bevilgede hjælp
8. Oplæring og sparring med de øvrige kommunale medarbejdere fra hjemmepleje og hjemmesygepleje omkring parrets pleje og behov for støtte.

Dagen inden udskrivelsen ser KGH-sygeplejersken borgeren sammen med kollega. Det skyldes, at udskrivelsen sker i sommerperioden, hvorfor det vil være nødvendigt at skifte KGH-medarbejder undervejs i forløbet på grund af sommerferie.

På udskrivelsesdagen bliver borgeren kørt hjem fra hospitalet af KGH-sygeplejersken. Første dag i hjemmet bruger KGH-sygeplejersken på at sikre, at de korrekte hjælpemidler er på plads,

ordne bestilt medicin, aftale opstart af hjemmepleje samt at tilknytte akutsygeplejers team for at opsætte og nedtage IV-væskebehandling. Der lægges endvidere en plan for, hvordan relevante medarbejdere fra hjemmesygeplejen kan oplæres i fremadrettet at stå for pleje af særlig IV-adgangen.

KGH-sygeplejersken varetager skift af stomipose og indgår aftaler om, at hjemmesygeplejen tilkaldes via nødkald, hvis der opstår lækage.

Ud over KGH-sygeplejersken kommer dagligt akutsygeplejerske to gange hver aften, ligesom hjemmeplejen kommer til personlig hygiejne og ved alle måltider. Få dage efter udskrivelsen starter besøg af trænende fysioterapeut og § 83A-ergoterapeut. Ergoterapeuten træner hverdagsaktiviteter og følger op i forhold til synkeproblemer grundet kæbebrud. Fysioterapeuten træner i forhold til brud på anklen og generel udholdenhed efter det lange sygeforløb. Efter ca. 1 uge hjemme er der planlagt kontakt med hjerneskadeteam i form af koordinator og psykolog.

KGH-sygeplejersken sørger løbende for at koordinere ovenstående besøg og har dialog med de involverede undervejs.

Borger skal også til opfølgende tarmundersøgelse og blodprøvetagning på sygehuset. KGH-sygeplejersken kører borgeren til hospitalet, fordi det ellers vil tage for lang tid at koordinere blodprøver, transport m.m.

KGH-sygeplejersken gennemgår løbende de nye rutiner og planer med borgeren og dennes hustru. Især hustruen er meget utryk ved situationen, og grundet sin hjerneskade har hun meget brug for ro og forudsigelighed i hverdagen. Hele familien er desuden meget bekymrede for, hvordan det skal gå efter udskrivelsen. KGH-sygeplejersken bruger derfor dagligt en væsentlig del af sin tid på samtaler og psykisk støtte til især hustruen, men også borgeren og datteren.

KGH-sygeplejersken har kontakt med egen læge, der ikke kan tage stilling til den videre behandling med IV-væske. KGH-sygeplejersken aftaler derfor opfølgning med den overlæge og sygeplejerske, som kendte borgeren fra indlæggelsen. Det var ikke afklaret ved udskrivelsen, hvem der skulle følge op, og hvordan borgeren fik resultat af undersøgelser samt den videre plan for behandling, men der aftales nu en plan for det.

Borgeren bliver kørt til samtale på hospitalet af KGH-sygeplejersken 10 dage efter udskrivelsen og fungerer som bisidder under samtalen, fordi hustruen ikke kan overskue det. Inden samtalen har KGH-sygeplejersken sammen med borgeren og hustruen afklaret, hvilke spørgsmål der var aktuelle.

Afslutning af forløbet: Som følge af træningen i eget hjem og løbende gangtræning kan borgeren ved afslutningen af forløbet efter godt 2 uger gå til og fra kommunalt træningscenter ca. 1 km fra hjemmet. Ved afslutning af forløbet er borgeren igen i stand til selv at orientere sig i e-Boks og varetage diverse kontakter i forhold til eksempelvis sygedagpenge og forsikringer. Kommunens støtteteam orienteres om dette, og borgeren informeres om muligheden for at tage kontakt til teamet ved behov.

Hjemmeplejens indsats i hjemmet er mindsket til at omfatte støtte og vejledning i forhold til kost en gang dagligt samt hjælp til rengøring og tøjvask på grund af hustruens eget handicap, et stort forbrug af specielt sengelinned, samt at meget plejepersonale kommer i hjemmet. 2 måneder efter udskrivelsen kan hjemmeplejens indsats mindskes yderligere til kun at omfatte rengøring og tøjvask hver 14. dag.

Borgeren modtager varig hjælp fra hjemmesygeplejen i forhold til stomipleje, væskebehandling, ernæring og medicindispensering.

2 måneder efter udskrivelsen afsluttes indsatsen fra ergo- og fysioterapeuter. Borgeren er nu selvhjulpnen og går selv til vedligeholdende træning på det kommunale træningscenter.

Case type 4: Borger udskrives efter operation af hofte-nær fraktur og er gået i delirium under indlæggelsen.

En ældre mand bliver indlagt med hofte-nær fraktur og får efterfølgende delirium¹⁷. Efter operationen roder borgeren ved alt omkring sig. Han forsøger også at trække kateter og venflon ud. Fra sygehusets side sættes der derfor fast vagt på ham, og han tildeles enestue.

Borgeren bor i egen bolig med sin hustru, som har problemer med hukommelsen og derfor ikke overkommer yderligere forpligtelser.

Reglen i Horsens Kommune er, at man ikke kan få en midlertidig akutplads, når man er i delirium, og på udskrivelsestidspunktet er der ingen ledige aflastningspladser. Borgeren bliver derfor udskrevet til eget hjem i samarbejde med ortopædkirurgisk afdelings følge-hjem-funktion og en KGH-sygeplejerske. Endvidere er det aftalt, at borgeren de første 2 døgn efter udskrivelsen har fast vagt i hjemmet aften og nat.

Da borgeren udskrives, er han fortsat i delirium og meget motorisk urolig, efter at have været hjemme et øjeblik. Kommunen har sat maks. besøg på fra FV (hjemmeplejen), og borgeren får hjælp til alt, så hustruen bliver aflastet. Dog er der tidspunkter i dagtiden, hvor de vil være alene i hjemmet mellem besøgene. Borgeren og hustruen har ingen børn, der kan være behjælpelige.

Hele det første døgn sover borgeren slet ikke og fortsætter med at være motorisk urolig. Han kan ikke samarbejde til at drikke, men kan spise lidt i få øjeblikke. Han er urolig, hvis der er flere i rummet, og hvis der tales højt. Derfor arbejdes der med at skærme borgeren så vidt muligt, og KGH-sygeplejersken bliver hos borgeren hele den ene af dagene, indtil den faste aftenvagt møder ind.

Der har i det første døgn været kontakt med geriatrisk team for at have mulighed for sideløbende at behandle deliriummen medicinsk. Her mener man, at borgerens hjertefunktion ikke vil kunne holde til den medicinske behandling. I stedet er der ordineret beroligende og sove-medicin, som dog ikke har den store effekt.

De faste vagter aften og nat begynder ligeledes at udtrykke deres bekymring for borgeren, og de fornemmer, at det er meget svært at gøre noget for ham. De forklarer, at de følte sig utilstrækkelige og ikke havde kompetencer til opgaven.

Sideløbende er der taget kontakt til borgerens egen læge, da ønsket er 'ingen genoplivning'. Dette notat er ikke til at få fat i, da den sædvanlige læge først ville være på arbejde efter week-enden. Derfor skulle alle vagtlag orienteres om dette.

¹⁷ Delirium er en forvirringstilstand hos den alvorligt syge patient, hvor den syge er i "vildelse", ude af sig selv og har svært ved at orientere sig. Delirium er ikke en psykisk sygdom, men en reaktion på forskellige fysiske ændringer i kroppen. Dette kan skyldes selve sygdommen, en infektion eller den medicin, som bruges til at lindre den syges symptomer. Tilstanden ses hyppigt ved alvorlig sygdom.

Grundet borgerens fortsatte delirium 1 døgn efter udskrivelsen bliver det aftalt med hjemmeplejen, at der fortsat skal være fast vagt i hjemmet hele den weekenden, man står over for.

Ved næste KGH-besøg mandag formiddag fremgår det, at borgeren har været rodlende og motorisk urolig hele weekenden. Borgeren sover stadig sparsomt, kan ikke samtale om sin situation, og det er ikke muligt for KGH-sygeplejersken at tage vitale værdier. Det er ikke forsvarligt at lade borgeren være alene i bare et øjeblik.

Hustruen har det nu meget dårligt psykisk af at se sin mand i denne forfatning. Som dagen går, og borgeren bestemt ikke får det bedre, besluttet det i samråd med 'følg hjem'-sygeplejerske og læge på ortopædkirurgisk afdeling at genindlægge borger til medicinsk udredning. Det aftales endvidere, at borgeren ikke udskrives, før han er udredt og behandlet for sin delirium.

Hustruen og hendes familie informeres om planen, og samtidig vælger KGH-sygeplejersken i samråd med udskrivelsesteamet at oprette et KGH-forløb med borgerens hustru, da hun under forløbet er blevet psykisk sårbar og ikke kan overskue det, hun plejede. KGH er derfor i daglig kontakt med sygehuset og hjælper hustruen med holde styr på de informationer, hun får. Det aftales endvidere, at KGH-sygeplejersken deltager i målmøde på sygehuset, da borgeren planlægges udskrevet efter halvanden uge.

Under indlæggelsen er borgeren blevet mere motorisk urolig og bl.a. begyndt at tale engelsk osv. Det vurderes derfor, at han ikke kan udskrives til eget hjem. Borgeren visiteres derfor til aflastningsplads, og KGH afslutter forløbet med borger og hustru. Forløbet på aflastningspladsen ender med, at borgeren får en fast plads på et demensafsnit i kommunen.

Case type 4: Yngre borger med hjernetumor og misbrugsproblemer udskrives fra medicinsk afdeling til eget hjem

Borgeren er mand sidst i 40'erne, der er tidligere misbruger og fortsat har et stort overforbrug af alkohol. Bor alene i en lille lejlighed med stejle trapper. Han mistede forældre for flere år siden. Han har god kontakt til sin lillebror, moster og mormor, som er dybt bekymrede for hans situation.

Borgeren er indlagt på medicinsk sengeafdeling som følge af koordinationsbesvær, nedsat kraft i en arm, hukommelsesproblemer, afasi og tiltagende konfusion. Det vurderes, at hans symptomer skyldes en tidligere konstateret hjernetumor, der er vokset og trykker på hjernen. Planen er derfor, at han skal overføres til Skejby med henblik på udredning og eventuel operation.

Borgeren har dog yderst svært ved at forblive indlagt og vil udskrives. Han udskrives mod givet råd, dagen før den planlagte overflytning til Skejby. Borgeren er informeret om konsekvensen af udskrivelsen og eventuel udeblivelse fra Skejby, hvilket han er indforstået med. Sygehuset bestiller taxa fra eget hjem til Skejby, og der tildeles hjælp fra hjemmepleje og KGH-indsats i eget hjem.

1 dag ved borgeren ringes der på døren mange gange, men han åbner ikke. Der tages derefter telefonisk kontakt til borgerens moster, som ikke har mulighed for at hjælpe, da hun har andre planer. Derpå kontaktes boligselskabet, som hurtigt kommer og låser opgangsdøren op, hvorefter borgeren selv åbner sin dør. Borgeren har sovet derfor ikke hørt dørklokken. Lejligheden fremstår meget rodet og beskidt, hvilket gør det meget svært at hjælpe borgeren i eget hjem.

Borgeren ønsker på ingen måde at tage til Skejby; han er træt og kan ikke overskue situationen. Mormoderen ringer og er meget bekymret, hvilket er forståeligt, men borgeren kan ikke tvinges til at tage til Skejby. Der tages telefonisk kontakt til neurologerne i Skejby for at ændre tiden, men de kan ikke tilbyde en ny tid, da borgeren er udeblevet gentagne gange og derved blokerer for andre patienter. Forløbskoordinatoren vil kontakte borgeren om ca. 14 dage for at spørge om interesse i nyt forløb. Der aftales, at borgeren fortsætter med den ordinerede medicin fra Horsens Sygehus. Han har dog ingen penge og ikke mulighed for at afhente medicin på apoteket, så efter aftale henter borgeren penge hos mosteren og derefter medicin til dosering på apoteket.

Medicinen doseres, og hjemmeplejen er behjælpelig med at administrere medicinen fra dosetter, så borgeren får sin medicin. Der tages derefter telefonisk kontakt til Horsens Sygehus for at informere om, at borgeren ikke er kommet af sted til Skejby. Egen læge informeres også.

Borgeren skal hjælpes til struktur i hverdagen, guides og hjælpes til personlig hygiejne, mad, drikke, indkøb og rengøring. Han er ikke realistisk omkring egen situation, har svært ved at huske, gentager sig selv mange gange, tager ikke initiativ og har svært ved at overskue hverdagen. Der samarbejdes med hjemmeplejen, der forklarer vigtigheden i at fastholde borgeren i rutiner, støtte og guidning i hverdagen, da han ikke selv formår dette.

KGH-sygeplejersken har dagligt besøg hos borgeren og får en god relation. Der bliver opsat elektronisk lås, som gør det muligt for hjemmeplejen og sygeplejersken at komme ind i borgerens hjem. I samarbejde med visitatoren bliver der arrangeret hovedrengøring i hjemmet, så hjemmeplejen har bedre mulighed for at hjælpe borgeren.

Rådgivningsteamet kontaktes med henblik på at få tilknyttet en støttekontaktperson, som har mulighed for at støtte op omkring borgerens situation, hjælpe med eventuelt at opstarte behandlingsforløb, økonomi, tandlæge osv. Rådgivningsteamet kontakter borgeren telefonisk, og han takker nej til tilbuddet, selvom han tidligere har takket ja. Udfordringen er, at borgeren ikke har de kognitive evner til at tage beslutningen, og så er det nemmere at takke nej. I samråd med borgeren og pårørende aflægger KGH-sygeplejerske og socialrådgiver et hjemmebesøg, hvor borger takker ja til en støttekontaktperson, da han nu får en forklaring på, hvad de kan hjælpe med.

Pårørende og borgeren er meget taknemlige for hjælpen. Der er nu iværksat forskellige tiltag, og borgeren afsluttes i KGH. Borgeren blev meget påvirket af at skulle afsluttes, da der var blevet en god relation.

Kort efter findes borgeren ukontaktbar i hjemmet af familien, bliver indlagt og dør.

Bilag 3 Skriftlige kommentarer fra spørgeskemaet

Bilagstabel 3.1 Har du andre kommentarer til din deltagelse i Kom Godt Hjem, kan du skrive dem her:

Kommentarer
Angående spørgsmål 7d og 7f: Svarer 'slet ikke', da det ikke har været relevant, da der i forvejen har været god kontakt til pårørende. Og grundet sygdom har det ikke været aktuelt med sociale aktiviteter.
Angående spørgsmål 7d: Er svært at svare på i den første tid efter udskrivelsen. I dette tilfælde har borger demens, og det har været små skridt ad gangen. Skrevet af sygeplejerske.
Borger har været depressiv under forløbet. Borgerens humør var meget forskelligt. Skrevet af sygeplejerske.
Det har været svært for [navn] at svare på vores hjælp til at opretholde kontakt til sociale aktiviteter, da det er 14 dage, Kom Godt Hjem er med. Da det som regel tager længere tid for en borger at komme sig efter en længere indlæggelse.
Det var alligevel rart, at der var nogen, når der var udskrivelse til eget hjem.
En meget positivoplevelse. Punkt 7d + f ikke relevant/Kom Godt Hjem.
Felt 6d: Svært for borger at svare på, da der ikke var en plan, som lå fra dag til dag. Borger har sat ? i dette felt.
Ville ønske for alle borgere, at de vil få tilbudt dette fantastiske tiltag. Det skaber virkelig tryghed og dermed trivsel for borgere/pårørende, og vi kan ved selvsyn se, hvor vigtigt det er, at der er 1 gennemgående person, der følger Kom Godt Hjem-forløbet, sådan at misforståelser og manglende informationer bliver ryddet af vejen. Svarene ved punkt 6 er givet ud fra 1. møde i hjemmet efter udskrivelsen samt ud fra 1. møde på vital Horsens uden deltagelse af pårørende. Punkt 7a er svaret lav grad, grundet den alvorlige grundsygdom har dette ikke været aktuelt. Punkt 7f er svaret, at kontakten til pårørende havde været den samme, uanset Kom Godt Hjem var med.
Hustru og [navn] har videre givet skema til datter, som også har været utilfreds med hospitalsopholdet. Fra Kom Godt Hjem vil jeg umiddelbart tro, at det har været svært at skele mellem sygehus, Kom Godt Hjem og udekørende sygeplejersker. Hvilket kan være forvirrende for borger og pårørende.
Scorer lavt på spørgsmål angående at opretholde deltagelse i sociale aktiviteter og mulighed for at holde kontakt med pårørende. Dette er ofte ikke en opgave, der berører Kom Godt Hjem, medmindre borger ikke har noget netværk.
Angående spørgsmål 7d og 7f: Svarer 'slet ikke', da det ikke har været relevant, da der i forvejen har været god kontakt til pårørende. Og grundet sygdom har det ikke været aktuelt med sociale aktiviteter.
Kom Godt Hjem gjorde et stort arbejde med hensyn til overgangen mellem sygehus og hjem, da der var en del mangler fra sygehuset på udskrivelsesdagen. Spørgsmål 7D + F ikke relevant.
Har i de første 14 dage ikke været muligt at hjælpe borger til sociale aktiviteter. Og derfor er svaret negativt. Borger har fået besøg af døtre og havde ikke energi til mere.
Svært at kommentere på oplysninger fra før indlæggelsen, da Kom Godt Hjem endnu ikke kommer på sygehuset fast. Derfor er det udelukkende sygehusets personale, der har informeret.
Angående spørgsmålet 7d: Er svært at svare på i den første tid efter udskrivelse. I dette tilfælde har borger demens, og det har været små skridt ad gangen.
Punkt 7 angående sociale aktiviteter + understøtte kontakten til pårørende står 'slet ikke'. Dette har ikke haft betydning i mit tilfælde.
Til spørgsmålet 7d: Angående deltagelse i sociale aktiviteter har dette selvfølgelig ikke været aktuelt, da borger var døende.
Mener, det er en dårlig ide at blive udskrevet en fredag. Ville gerne, at KGH-sygeplejersken også kom i weekenden. Men ellers ikke noget problem, at der kom andre sygeplejersker i hjemmet. Spørgsmål 7 c og 7 d får en dårlig score, da spørgsmålet ikke var relevant for dem, da de klarede dette selv og ikke har haft brug for hjælp hertil.
Felt 6d: Svært for borger at svare på, da der ikke var en plan, som lå fra dag til dag. Borger har sat ? i dette felt.
Havde været rart med et længere forløb i KGH. Da der kommer mange mennesker i hjemmet.
Godt at ægtefælle kunne inddrages i forløbet med hans hukommelsesproblematikker.
Det var alligevel rart, der var nogen, når der var udskrivelse til eget hjem.
En meget positivoplevelse. Punkt 7d + f ikke relevant/KGH
For mange informationer + personer. Det var forvirrende.

Kommentarer
Godt med den personlige kontakt til KGH-sygeplejerske.
Vil gerne være bedre informeret inden udskrivelsen.
Fint, at vi altid kan få hjælp, når det brænder på.
Har været betryggende at skulle fortsætte altid.
Meget trygt. Alle skulle have denne mulighed.
Spørgsmål 7D + F ikke relevante spørgsmål.
Har fungeret, og det har været i orden.
Punkt 7 C, D, F ikke relevante.
Spørgsmål 7D + 7F ikke relevante.
Spørgsmål 7d + f ikke relevant.
Udfyldt af datter pr. telefon.
Jeg har været godt tilfreds!
Spørgsmål 7d ikke relevant.
Spørgsmål 7F ikke relevant.
Spørgsmål 7F ikke relevant.
Til alle - Tak for hjælpen.
Spørgsmål 7D ikke relevant.

Kilde: Data indsamlet af Horsens Kommune.

Bilagstabel 3.2 Hvis du skulle komme med forslag til, hvordan vi kunne gøre "Kom godt hjem" bedre, hvad vil du så pege på?

Kommentarer
I højere grad prioritere at få pårørende med på det første møde. Jeg som pårørende var slet ikke informeret om mødet, og i og med der bliver spurgt til det i dette skema, må det have en betydning for projektets evaluering, og da borgeren ofte har andre ting 'i hovedet', kan mange informationer gå tabt/være spildt over for borger. Her ville en pårørende huske for borgeren.
Bedre informationer fra sygehuset angående, hvilke aftaler der er ved udskrivelse. Samtalen på sygehuset gik mest ud på at [Navn] skulle hjem med hjælpemidler, og at morfinen skulle virke. Vidste kun, at der kom en sygeplejerske i hjemmet, og at FV ville komme.
Kom Godt Hjem kunne godt vente med at komme til dagen efter udskrivelsen, da der både var sygeplejerske fra sygehusets "følg hjem team", en fra [Navn] hjemmepleje og en fra Kom Godt Hjem. Hvilket forvirrede situationen med alt for mange informationer.
Bedre information om, hvad der skal foregå efter udskrivelsen på sygehuset. Mange personer ved mødet på sygehuset, bedre præsentation af de forskellige personer, som var med til mødet, og hvad deres rolle er i forbindelse med udskrivelsen.
Søn fortæller, at han inde på sygehuset gerne ville have været forberedt på ex. målmøde. og eks gerne ville have været informeret, når hans far [Navn] havde blærebetændelse og fik behandling herfor.
Spørgsmål 7f har borger klaret selv. De første spørgsmål fra afdelingen scorede lavt, da der ikke var KGH-medarbejder fra akutpladsen hos borgeren. Borgeren var ikke forberedt på udskrivelse.
Vi kunne have haft glæde af et besøg af [Navn] på sygehuset. Hjemtransporten var ikke god. Denne planlagt af sygehuset. Måske dette kunne have været snakket om med [Navn].
Overblik over, hvad hjemmehjælperne må hjælpe med. En enkelt havde sagt, han ikke måtte vaske op, inden der blev serveret yoghurt i en skål til medicin.
Havde lidt svært ved første telefoniske kontakt at finde ud af, at man var tilknyttet til Kom Godt Hjem-teamet.
Det var svært ude på sygehuset at forholde til så mange oplysninger, der alligevel var glemt ved udskrivelsen.
Der kommer for mange forskellige hjemmehjælpere. Dejligt at de har forskellige kompetencer.
Toiletstolen var lidt sen til at blive byttet. Men der manglede ikke hjælpemidler.

Kommentarer

At der ikke kommer så mange forskellige fra hjemmeplejen, det øger stressniveauet.

IKKE direkte KGH: at hjemmeplejen kommer tidligere om morgenen end nu.

Ved ikke. Men ville ønske at alle kunne få Kom Godt Hjem.

Svingende træning af genoptræningplanen. Men der har været sygdom.

Lyt meget mere til personalet før udskrivelsen.

Intet. Ville ønske at ordningen var for alle.

Perioden burde være længere.

Det kan gøres bedre.

Kilde: Data indsamlet af Horsens Kommune.

VIDEN
VELFÆRD

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD