

9. Individuella behov och planering av utskrivningen

Utvärdera i samband med utskrivningen från sjukhuset den äldres hemmiljö och behov av tjänster i samarbete med den äldre och dennes närstående och utnyttja informationen i den individuella utskrivnings- och rehabiliteringsplanen, eftersom

➤ **det kan finnas brister vid genomförandet av tjänster som utförs i hemmet. (C)**

34 % av patienterna fick alla planerade tjänster där hemma, 31 % fick en del av tjänsterna, 35 % fick inga av de planerade tjänsterna. Av de planerade tjänsterna var det särskilt besöket av en socialarbetare (73 %), hemsjukvården (41 %) och hemvården (offentlig 35 %, privat 56 %) som inte blev av. Genomförandet av tjänsterna var mer sannolikt hos äldre patienter än hos unga (OR 1,03; 95 % CI 1,01–1,04, $p = 0,002$). Genomförandet av tjänsterna var mindre sannolikt hos män än hos kvinnor (OR 0,62; 95 % CI 0,43–0,90, $p = 0,01$) samt för de som behandlats på avdelningen för inre medicin än för de som behandlats på avdelningen för kirurgi (OR 0,55, 95 % CI 0,38–0,80, $p = 0,002$).

En israelisk tvärsnittsstudie¹ undersökte kontinuiteten i vården hos de patienter som utskrivits från inre medicinska och kirurgiska avdelningar vid akutsjukhus och som träffat en socialarbetare under sjukhusbesöket ($n = 672$, kvinnor 58 %). Patienternas medelålder var 71 år (standardavvikelse = 14). Kontinuiteten i vården uppmättes som genomförda tjänster samt implementerade utskrivningsplaner.

Studiens kvalitet: Hög (JBI 6/7)

Evidensstyrka: 4b

Relevans för den finländska befolkningen: God

➤ **en individuell planering av den äldres utskrivning minskar sannolikt på antalet återbesök på sjukhuset. (B)**

Under en 180 dagar lång uppföljningstid efter en utskrivningsintervention genomförd av en utskrivningskoordinator hade interventionsgruppens patienter färre återbesök på sjukhuset på grund av pulmonell stenos än patienterna i kontrollgruppen ($n = 17$ (14 %) vs. $n = 42$ (31 %), $p = 0,002$). Interventionen minskade även antalet återbesök på sjukhuset på grund av andra orsaker (31 % vs. 44 %, $p = 0,033$). Interventionen minskade risken att hamna på sjukhus på grund av pulmonell stenos (HR 0,43; 95 % CI 0,24–0,77, $p = 0,002$) eller av annan orsak (HR 0,64; 95 % CI 0,42–0,98, $p = 0,039$).

I en slovensk RCT-studie² utvärderades konsekvenserna av en intervention genomförd av en utskrivningskoordinator på återbesöken på sjukhus hos äldre patienter med pulmonell stenos ($N = 253$; män 72 %) under 180 dagars tid eller tills patienterna avled. Hemförhållandet och behoven av hemvård hos patienterna i interventionsgruppen ($n = 118$) utvärderades på sjukhuset som en del av planeringen av utskrivningen. Patienterna och deras närstående deltog aktivt i planeringen av utskrivningen. Kontinuiteten i vården säkerställdes genom att bashälsovårdens multiprofessionella arbetsgrupp kontaktades. Anpassningen till hemmiljön och even-

tuella nya behov av tjänster utreddes per telefon 48 timmar efter utskrivningen. Patientens helhetsituation utvärderades med ett hembesök 7–10 dagar efter utskrivningen. Kontrollgruppen (n = 135) fick vanlig vård och patienthandledning om behandling av pulmonell stenosis.

Studiens kvalitet: God (JBI 9/13)

Evidensstyrka: 1c

Relevans för den finländska befolkningen: God

En multiprofessionell och helhetsomfattande utskrivningsintervention minskade på antalet återbesök på sjukhuset. Återbesök på jouravdelningen under en veckas uppföljning var färre för interventionsgruppen än för jämförelsegruppen (kontrollgruppen 10 %, interventionsgruppen 3 %, OR = 0,25; 95 % CI 0,10–0,62). Återbesöken på jouravdelningen under en uppföljning på 30 dygn var färre inom interventionsgruppen än i jämförelsegruppen (kontrollgruppen 21 %, interventionsgruppen 14 %, OR = 0,58, 95 % CI 0,34–0,98). Återbesöken på sjukhuset under en uppföljning på 30 dygn var färre inom interventionsgruppen än i jämförelsegruppen (kontrollgruppen 22 %, interventionsgruppen 14 %, OR = 0,55, 95 % CI 0,32–0,94).

I en amerikansk kvasiexperimentell³ studie granskades hur den multiprofessionella och helhetsmässiga Safe STEPS-utskrivningsinterventionen, som utförs på sjukhus, lämpar sig och inverkar på äldre sjukhuspatienter över 65 år (n = 422). I interventionen The Safe and Successful Transition of Elderly Patients Study (Safe STEPS) undersökte en kontaktläkare (hospitalist) interventionsgruppens patienter (n = 185) strukturerat då de anlände till sjukhuset och beaktade bl.a. fallrisken, hur de klarar av ADL-funktionerna, funktionsförmågan, uppgifterna om närståendevårdare och medicinering. En farmaceut kontrollerade planen för läkemedelsbehandling. Servicehandledaren deltog i granskningen av uppgifterna vid inskrivning till sjukhuset och fyllde i en blankett med hjälp av vilken primärhälsovårdens läkare informerades och med vilken man vid behov bad om mer information. Det multiprofessionella teamet med en läkare, ergoterapeut, farmaceut, näringsterapeut, socialarbetare och hemsjukvårdare gjorde upp en behandlingsplan för patienten. Servicehandledaren koordinerade genomförandet av den individuella utskrivningsplanen. I mötet om utskrivningen från sjukhuset deltog den sjukskötare som ansvarade för utskrivningen, kontaktläkaren, patienten och eventuellt en närstående. Man diskuterade vårdperioden med patienten och denne fick klarspråkliga vårdanvisningar muntligt och skriftligt samt kontaktuppgifterna till kontaktläkaren. Patienterna i kontrollgruppen (n = 237) fick vanlig behandling och skrevs ut från sjukhuset enligt vanligt protokoll.

Studiens kvalitet: God (JBI 6/9)

Evidensstyrka: 2c

Relevans för den finländska befolkningen: God

Kommentar: Med kontaktläkare (hospitalisten) avses i den här studien den person som helhetsmässigt granskar patientens status då behandlingen förlängs eller vid krävande överflyttningsskeden. I Finland definieras en hospitalist till exempel enligt följande: "En hospitalist eller kontaktläkare är en specialläkare som ansvarar för patientens helhetsvård på sjukhuset och som även garanterar vårdens kontinuitet"⁴.

En Discharge Decision Support System (D2S2)-intervention minskade på återbesöken efter utskrivningen hos patienter i risk för oönskade händelser med 6 % under 30 dagar och 9 % under 60 dagar jämfört med kontrollgruppens patienter. Den relativa minskningen av återbesök var 26 % under respektive tidpunkt.

En amerikansk kvasiexperimentell studie⁵ utvärderade om en identifiering av patienter med risk för incidenter efter utskrivningen under sjukhusbesöket förbättrar planeringen av utskrivningen och besluten om vidare behandling samt om detta minskar på återbesöken på sjukhuset. Studien samlade strukturerat in information med D2S2-verktyget om patientens mobilitet, sjukdomens svårighetsgrad, den psykiska hälsan, ekonomiska situationen och närstående vårdaren då patienten anlände till sjukhuset. Utifrån de insamlade informationen utformades en riskbedömning av avvikande händelser efter utskrivningen samt behovet av remisser till bl.a. hemvården, ett vårdhem, rehabilitering eller långtidsvård efter den akuta fasen. Verktyget hjälpte till att identifiera riskpatienter som behövde en remiss för post-akut behandling efter att de skrivits ut från sjukhuset. Servicehandledaren fick information om D2S2-resultatet för patienterna i interventionsgruppen (n = 252) och informationen användes som stöd för beslutet om remiss. Servicehandledaren meddelades inte D2S2-resultatet för patienterna i kontrollgruppen (n = 281).

Studiens kvalitet: God (JBI 6/9)

Evidensstyrka: 2c

Relevans för den finländska befolkningen: God

Kommentar: D2S2, The Discharge Decision Support System

➤ **en individuell och multiprofessionell planering av utskrivningen kan öka den äldres tillfredsdhet med utskrivningen samt förbättra den självupplevda hälsan. (C)**

En multiprofessionell och helhetsomfattande utskrivningsintervention förbättrade de äldre patienternas tillfredsställelse med utskrivningen och den självutvärderade hälsan. Under en veckas uppföljning visste de patienter som tillhörde interventionsgruppen oftare än patienterna i kontrollgruppen vem de skulle kontakta i frågor om utskrivningen och då de hade bekymmer (kontrollgruppen 93 %, interventionsgruppen 99 %, OR = 15,9; 95 % CI 2,05–125). Under en veckas uppföljning uppskattade patienterna i interventionsgruppen att utskrivningen varit mer lyckad än patienterna i kontrollgruppen (en mätare med 3 påståenden: OR = 6,83; 95 % CI 3,63–12,84; en mätare med 15 påståenden: OR = 3,49; 95% CI 2,06–5,92). Under en veckas uppföljning uppskattade dessutom de patienter som tillhörde interventionsgruppen att deras hälsa var bättre än patienterna i kontrollgruppen (kontrollgruppen 78 %, interventionsgruppen 87 %, OR = 2,33; 95 % CI 1,34–4,05). Under en uppföljning på 30 dygn uppskattade de patienter som tillhörde interventionsgruppen att deras hälsa var bättre än patienterna i kontrollgruppen (kontrollgruppen 71 %, interventionsgruppen 84 %, OR = 2,36; 95 % CI 1,41–3,95).

I en amerikansk kvasiexperimentell³ studie granskades hur en multiprofessionell och helhetsmässig utskrivningsintervention som utfördes på sjukhus lämpar sig och inverkar på äldre sjukhuspatienter över 65 år (n = 422). I interventionen The Safe and Successful Transition of Elderly Patients Study (Safe STEPS) undersökte en kontaktläkare (hospitalist) interventionsgruppens patienter (n = 185) strukturerat då de anlände till

sjukhuset och beaktade bl.a. fallrisken, hur de klarar av ADL-funktionerna, funktionsförmågan, uppgifterna om närståendevårdare och mediciner. En farmaceut kontrollerade planen för läkemedelsbehandlingen. Servicehandledaren deltog i granskningen av sjukhusinskrivningsuppgifterna och fyllde i en blankett med hjälp av vilken primärhälsovårdens läkare informerades och med vilken man vid behov bad om mer information. Det multiprofessionella teamet med en läkare, ergoterapeut, farmaceut, näringsterapeut, socialarbetare och hemsjukvårdare gjorde upp en behandlingsplan för patienten. Servicehandledaren koordinerade genomförandet av den individuella utskrivningsplanen. I mötet om utskrivningen från sjukhuset deltog den sjukskötare som ansvarar för utskrivningen, kontaktläkaren, patienten och eventuellt en närstående. Man diskuterade vårdperioden med patienten och denne fick klarspråkliga vårdanvisningar muntligt och skriftligt samt kontaktuppgifterna till kontaktläkaren. Patienterna i kontrollgruppen (n = 237) fick vanlig behandling och skrevs ut från sjukhuset enligt vanligt protokoll.³

Studiens kvalitet: God (6/9 JBI)

Evidensstyrka: 2c

Relevans för den finländska befolkningen: God

Kommentar:

Med kontaktläkare (hospitalisten) avses i den här studien den person som helhetsmässigt granskar patientens status då behandlingen förlängs eller vid krävande övergångsskeden. I Finland definieras en hospitalist till exempel enligt följande: "En hospitalist eller kontaktläkare är en specialläkare som ansvarar för patientens helhetsvård på sjukhuset och som även tryggar kontinuiteten i vården"⁴.

- **äldre som skrivits ut från sjukhus och som har behov av särskilt stöd kan ha olika problem som gör det svårare för dem att klara sig där hemma och behov av stöd som visar sig först efter utskrivningen. (C)**

I en telefonintervention genomförd av en socialarbetare för att stöda utskrivningen visade det sig att 83,3 % av interventionsgruppens deltagare hade olika problem och behov av stöd efter utskrivningen: genomförandet av egenvården, (45,8 %), den närståendes utmattning, (35 %), att klara av ändringen (34,4 %), tillgången till hemvårdstjänster (hos 51,4 % av de för vilka man beställt hemvårdstjänster) och genomförande av läkemedelsbehandlingen (16,4 %). Hos en stor del av patienterna (73,3 %) uppträdde problemen först efter att de utskrivits.

I en amerikansk RCT-studie⁶ identifierades behoven av stöd hos äldre som utskrivits från sjukhus och man bedömde effekten av en telefonintervention utförd av en socialarbetare på den stress patienterna och de närstående upplevde, på användningen av hälsovårdstjänsterna, återbesöken och dödligheten. Studiens patienter (N = 740) var äldre än 65 år, de använde flera läkemedel och de uppfyllde minst ett av följande kriterier: de bodde ensamma, omfattades inte av hemvårdens tjänster, hade en höjd fallrisk, minst en sjukhusperiod de senaste tolv månaderna, brist på emotionellt stöd eller hade ett psykosocialt problem. Interventionsgruppen bestod av 360 och kontrollgruppen av 380 undersökningspatienter. I EDPP-interventionen (Enhanced Discharge Planning Program) efter utskrivningen säkerställdes vårdplanen efter hemkomsten och man

identifierade eventuella problem som kräver tilläggsutredningar och den äldres behov. Dessutom säkerställdes de tjänster som utfördes i hemmet och tillgången till psykosocialt stöd.

Studiens kvalitet: Användbar (JBI 7/13I)

Evidensstyrka: 1c

Relevans för den finländska befolkningen: Måttlig

- **en kontinuerlig rehabilitering i kombination med en riskbedömning av hemmiljön kan förbättra den äldre höftfrakturpatientens fysiska prestanda, förmåga att klara de dagliga funktionerna samt minska på depressionssymtom. (C)**

De som tillhörde interventionsgruppen kunde bättre böja höfter ($\beta = 5,43$, $P < 0,001$), de klarade sina dagliga funktioner bättre (ADL) ($\beta = 9,22$, $P < 0,001$), de hade bättre gångförmåga ($OR = 2,23$, $P = <0,001$), de hade fallit färre gånger ($OR = 0,56$, $P = 0,03$) och hade färre depressiva symtom ($\beta = -1,31$, $P = 0,005$), samt bättre värden för SF-36 fysisk prestanda ($\beta = 6,08$, $P < 0,001$) än kontrollgruppen under de första 24 månaderna efter utskrivningen.

I en taiwanesisk RCT-studie⁷ utvärderades vilka konsekvenser en omfattande geriatrisk rehabilitering och utskrivning hade på äldre höftfrakturpatienter ($N = 162$, interventionsgruppen $n = 80$, kontrollgruppen $n = 82$) vad gäller den fysiska prestandan och fall, avklarandet av ADL-funktionerna, den hälsorelaterade livskvaliteten, användningen av tjänster och depressiva symtom 1, 3, 6, 12, 18 och 24 månader efter utskrivningen. Den tredelade interventionen omfattade en geriatrisk konsultation, kontinuerlig rehabilitering och planering av utskrivningen. De i kontrollgruppen fick sedvanlig behandling.

Studiens kvalitet: God (JBI 7/13)

Evidensstyrka: 1c

Relevans för den finländska befolkningen: Måttlig

Kommentarer: I den tredelade interventionens geriatriska konsultation utarbetades både pre- och postoperativa vårdplaner av en geriatiker eller en geriatrisk sjukskötare. Den kontinuerliga rehabiliteringen som utfördes av geriatriska sjukskötare och fysioterapeuter genomfördes både på sjukhuset och där hemma och inkluderade både rehabiliteringsåtgärder som bidrog till återhämtningen från höftfrakturen och som strävade efter att förbättra den allmänna fysiska konditionen. Dessutom utvärderade den geriatriska sjukskötaren närståendevårdarens kunskaper, resurser, patientens egenvårdsfärdigheter och behovet av hem- och långtidsvårdens tjänster samt eventuella remisser innan utskrivningen. Dessutom bedömde man hemförhållandena och hemmiljön och patienten fick vid behov rekommendationer på renoveringar i hemmet. Genom att planera utskrivningen strävade man efter att trygga vårdens kontinuitet.

Källor:

1. Auslander GK, Soskolne V, Stanger V, Ben-Shahar I, Kaplan G. 2008. Discharge planning in acute care hospitals in Israel: services planned and levels of implementation and adequacy. *Health & social work* 33(3), 178–188. (på engelska)
2. Lainscak M, Kadivec S, Kosnik M, Benedik B, Bratkovic M, Jakhel T, Marcun R, Miklosa P, Stalc B, Farkas J. 2013. Discharge coordinator intervention prevents hospitalizations in patients with COPD: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Directors Association* 14(6), 450.e1–6. (på engelska)
3. Dedhia P, Kravet S, Bulger J, Hinson T, Sridharan A, Kolodner K, Wright S, Howell E. 2009. A quality improvement intervention to facilitate the transition of older adults from three hospitals back to their homes. *Journal of the American Geriatrics Society* 57(9), 1540–1546. (på engelska)
4. Wiik H, Koivukangas V, Laitakari K. 2018. Hospitalistit tulevat suomalaisiin sairaaloihin. Kuka tarvitsee hospitalistia? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 134(16), 1543–1544. (på engelska)
5. Bowles KH, Chittams J, Heil E, Topaz M, Rickard K, Bhasker M, Tanzer M, Behta M, Hanlon AL. 2015. Successful electronic implementation of discharge referral decision support has a positive impact on 30- and 60-day readmissions. *Research in Nursing & Health* 38(2), 102–114. (på engelska)
6. Altfeld SJ, Shier GE, Rooney M, Johnson TJ, Golden RL, Karavolos K, Avery E, Nandi V, Perry AJ. 2013. Effects of an enhanced discharge planning intervention for hospitalized older adults: A Randomized Trial. *Gerontologist* 53(3), 430–440. (på engelska)
7. Shyu Y-L, Liang J, Wu C-C, Su J-Y, Cheng H-S, Chou S-W, Chen M-C, Young C-T, Tseng M-Y. 2010. Two-year effects of interdisciplinary intervention for hip fracture in older Taiwanese. *Journal of the American Geriatrics Society* 58(6), 1081–1089. (på engelska)