

Evaluering af terapeutisk screening af nyindlagte medicinske patienter

af

Inge Hansen
Fysioterapeut
Fredericia-Kolding Sygehuse

Marts 2007

Resume:

Evaluering af terapeutisk screening af nyindlagte medicinske patienter.

Formål: at beskrive andelen af indlagte patienter på medicinsk afdeling, der er vurderet af terapeut, fordeling af patienter uden behov for træning eller terapeutisk tiltag under indlæggelse (kategori 1), patienter med behov for vejledning ved plejepersonale eller terapeuter om vedligeholdelse af funktionsevnen under indlæggelse (kategori 2) og patienter med behov for terapeutisk træning under indlæggelse (kategori 3), tidsforbruget hos kategori 1, 2 og 3, omfanget af patienter i kategori 2 og 3, der taber, fastholder eller forbedrer funktionsevnen under indlæggelse samt terapeuternes vurdering af interventionen.

Design: et tværsnitstudie, baseret på en stikprøve på akutte og elektive indlagte patienter på de medicinske afdelinger i Vejle Amt i perioden fra 1. september 2003 til 31. maj 2004 og med anvendelse af registerbaserede data, ad hoc udarbejdede registreringsskemaer til terapeutisk screening og spørge-skemaer til terapeutisk vurdering af interventionen samt FIM- skala.

Resultater: 11.711 patienter blev terapeutisk screenet, hvilket svarer til mellem 70 til 75 % af indlagte medicinske patienter i samme periode. Andelen af patienter i kategori 1 var 61 % mod estimeret 45 %, i kategori 2 10 % mod estimeret 35 % og i kategori 3 29 mod estimeret 20 % og med store lokale fordelingsforskelle. Det gennemsnitlige tidsforbrug var 7 min. for kategori 1 svarende til estimeringen, kategori 2 51 min. mod estimeret 135 min. og kategori 3 203 min. mod estimeret 690 min. I kategori 2 havde 53 % opnået funktionsforbedringer og 43 % havde fastholdt funktionsevnen, mens 4 % havde haft tab i funktionsevnen. I kategori 3 havde 73 % opnået funktionsforbedringer og 17 % havde fastholdt funktionsevnen, mens 10 % havde haft tab i funktionsevnen. Samlet havde 92 % af de indlagte medicinske patienter enten opnået forbedringer eller fastholdt funktionsevnen under indlæggelsen, specielt inden for funktionsområderne: egenomsorg, forflytning og selvtransport. Terapeuternes vurdering var, at screeningen var en fordel for både patienten og det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, men den samlede FIM- måling og screeningsregistreringen var for omfattende.

Konklusion: Den styrkede træningsindsats under indlæggelse i medicinsk afdeling gav et kvalitetsløft på træningsområdet. Den ekstra fokus på indlagte medicinske patienters behov for terapeutisk intervention under indlæggelsen - i form af en gennemsnitlig 7 min. screening pr. patient og ved patienternes selvhjælp, plejepersonalets og/eller terapeuternes vejledning og evt. tidlig træningsindsats - har været med til at sikre fastholdelse eller forbedring af funktionsevnen. Den øgede fokus har også betydet en bedre koordineret udskrivelse på træningsområdet.

Perspektivering: Set i lyset af sundhedslovens nye ansvars- og opgavefordeling på træningsområdet, herunder den økonomiske vil den terapeutiske screening og den styrkede træning kunne sikre en hurtigere, bedre og mere kvalificeret træningsindsats under indlæggelse på et sygehus, og kommunerne kunne undgå en øget kommunal træningsindsats efter udskrivelse. Desuden vil det være relevant at udvide den terapeutiske screening og styrkede træning til også at omfatte de øvrige sengeafdelinger på et sygehus.

Indholdsfortegnelse

1. BAGGRUND	3
2. BESKRIVELSE AF DEN STYRKEDE INDSATS PÅ TRÆNINGSSOMRÅDET FOR INDLAGTE MEDICINSKE PATIENTER	4
2.1 FORMÅLET MED DEN STYRKEDE INDSATS PÅ TRÆNINGSSOMRÅDET.....	4
2.2 INTERVENTION	4
2.3 PRAKSISBESKRIVELSE AF INTERVENTIONEN	5
3. EVALUERING AF DEN STYRKEDE INDSATS PÅ TRÆNINGSSOMRÅDET.....	8
3.1 FORMÅL MED EVALUERINGEN.....	8
3.2 METODE.....	8
3.3 DATA.....	9
4. RESULTATER	10
4.1 ANDEL AF INDLAGTE PATIENTER PÅ MEDICINSKE AFDELINGER VURDERET AF TERAPEUT	10
4.2 DEN FAKTISKE FORDELING AF PATIENTER I KATEGORI 1, 2 OG 3	12
4.3 DET FAKTISKE TIDSFORBRUG PR. PATIENT	13
5. TERAPEUTERNES VURDERING AF INTERVENTIONEN	20
6. DISKUSSION.....	24
6.1 UNDERSØGELSENS VALIDITET.....	24
6.2 UNDERSØGELSENS REPRÆSENTATIVITET	25
6.3 DISKUSSION AF UNDERSØGELSENS RESULTATER	25
6.4 PATIENTUDBYTTET	28
6.5 SUNDHEDSVÆSENETS UDBYTTE AF INTERVENTIONEN	28
7. KONKLUSION.....	29
8. PERSPEKTIVERING.....	29
BILAG	31

1. Baggrund

I december 2000 blev lov nr. 1314 om ændring af lov om sygehusvæsenet vedr. genoptræningsplaner vedtaget.¹ Jf. den nye lov fik sygehusene til opgave at udarbejde en genoptræningsplan for patienter, der efter udskrivelse fra sygehus havde et lægefagligt begrundet behov for fortsat genoptræning. Hvis amtet i denne genoptræning inddrog de kommunale træningsydelse, skulle der aftales en fælles finansiering.²

I den forbindelse blev der nedsat en tværfaglig og -sektoriel styregruppe, der havde til opgave at implementere den nye lov, udarbejde en statusrapport om genoptræningsindsatsen i primær og sekundær sektor i amtet og et oplæg til en samarbejdsaftale om træning og træningsplaner mellem sygehusene og primær sektor, herunder de praktiserende terapeuter og læger.

I statusrapporten for genoptræningsområdet i Vejle Amt blev der konkluderet følgende: "Mange ældre medicinske patienter har ikke kontakt til en terapeut under indlæggelse. Herved får de ikke vurderet deres funktionsniveau og genoptræningsbehov i forhold til den/de pågældende lidelser, som de er indlagt for". Desuden havde kommunerne fremkommet med udtalelser om, at ældre patienter ofte under indlæggelsen mister funktioner, som de havde inden indlæggelsen.³

I oktober 2003 indgik Vejle Amt og amtets 16 kommuner en aftale om samarbejde om træning og træningsplaner på sygehusene og i primær sektor.⁴ I samarbejdsaftalen beskrives ansvars- og opgavefordelingen mellem de to sektorer ved en træningsindsats. Til definering af en træningsindsats er anvendt ICF-begrebet fra den danske udgave "Klassifikation af funktions- evne" fra Sundhedsstyrelsen.⁵ Klassifikationssystemet opererer med tre niveauer ved en træningsindsats. 1. Det kropslige niveau, omfattende anatomi og fysiologi, herunder mentale funktioner, 2. Aktivitetsniveauet, omfattende aktiviteter i standardiserede og i hjemlige omgivelser og 3. Deltagelsesniveauet, omfattende samfundsdeltagelse.

I samarbejdsaftalen blev der aftalt, at amtet under en indlæggelse og efter en udskrivelse har ansvaret for at sikre træningsindsatsen på det kropslige niveau, hvor aktivitetsniveauet

¹ Sundhedsministeriet. Lov nr. 1314 af 20. december 2000 om ændring af lov om sygehusvæsenet om genoptræningsplaner

² Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse nr. 534 af 11. juni 2001 om udarbejdelse af genoptræningsplaner ved udskrivning fra sygehus.

³ Sundhedsforvaltningen. Status for genoptræningsområdet i Vejle Amt. Udarbejdet i forbindelse med implementering af den nye lov om genoptræningsplaner. Vejle Amt. Juni 2002.

⁴ Samarbejde om træning og træningsplaner på sygehuse og i primær sektor i Vejle Amt. Håndbog for sundheds- personalet på sygehusene, i den kommunale hjemmepleje og for de praktiserende fysioterapeuter og praktiserende læger. Vejle Amt 2003.

⁵ Sundhedsstyrelsen. ICF – International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsnedsættelse og Helbredstilstand. Munksgaard Danmark. 2003.

inddrages i det omfang træningen befordrer det af hensyn til opnåelse af genvinding af det kropslige funktionsniveau. Kommunerne har ansvaret for den fortsatte træning på aktivitetsniveauet i personens hjemlige omgivelser og med inddragelse af deltagelsesniveauet for at sikre den mest optimale genvinding af funktionsevnen efter en sygdom eller ulykke (bilag 1).

For at kunne opfylde loven om genoptræningsplaner, samarbejdsaftalen om træning og træningsplaner med primærkommunerne og for at sikre, at ældre indlagte medicinske patienter ikke i kraft af indlæggelse tabte funktioner, blev der besluttet at styrke træningsindsatsen over for de medicinske patienter på amtets sygehuse.⁶

Undersøgelser har vist, at selv forholdsvis kort tids immobilisering betyder hurtigt tab af funktioner, særlig hos ældre personer. Modsat kan aktiv mobilisering og fysisk aktivitet være med til at fastholde ældres funktionsevner.⁷ Det formodes, at dette også gælder under indlæggelse på et sygehus.

2. Beskrivelse af den styrkede indsats på træningsområdet for indlagte medicinske patienter

Den styrkede træningsindsats over for indlagte medicinske patienter bestod af en terapeutisk screening af alle nyindlagte medicinske patienters funktionsevne, eventuel vurdering af funktionsevne samt eventuel efterfølgende aktivering og/eller træning af indlagte medicinske patienter. En oversigt over projektets styregruppemedlemmer og de medvirkende projektterapeuter fremgår af bilag 2.

2.1 Formålet med den styrkede indsats på træningsområdet

Det overordnede formål var

- At alle indlagte patienter sikres en træningsindsats under indlæggelsen på en medicinsk afdeling, hvis indlæggelsesdiagnosen betinger dette, og
- At alle indlagte patienter bevarer deres funktionsevne og – niveau under indlæggelsen på en medicinsk afdeling.

2.2 Intervention

Interventionen var centreret omkring følgende

- Screening af alle nyindlagte medicinske patienter.
- Vurdering af funktionsevnen hos patienter i risikogrupperne.
- Træning/understøttelse af aktivitetsudfoldelse af medicinske patienter under indlæggelse.

⁶ Sundhedsforvaltningen. Oplæg om sygehusenes opfyldelse af loven om genoptræningsplaner i Vejle Amt. Maj 2003.

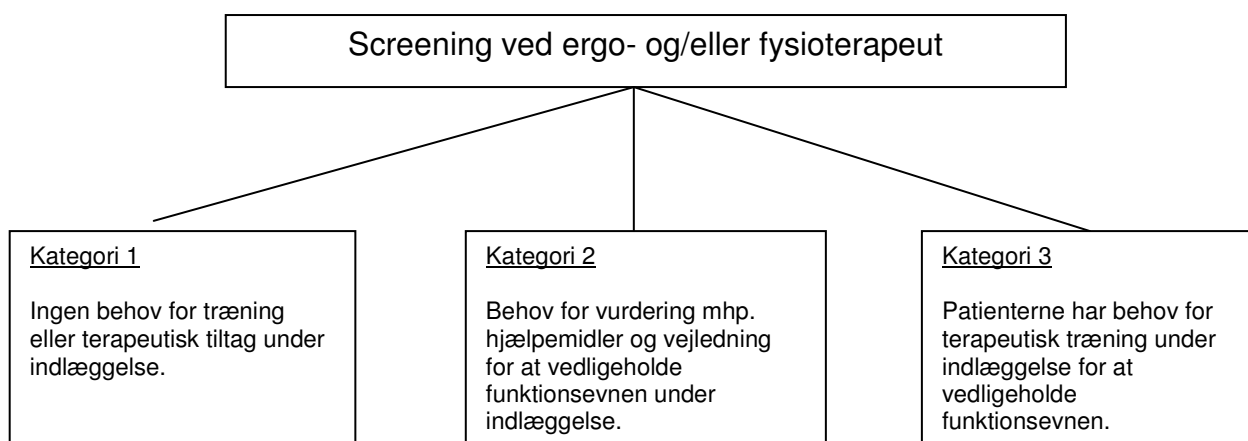
⁷ Evidens om fysisk aktivitet og træning for ældre. Socialministeriet 08 / 2002
<http://www.social.dk/media/Servicestyrelsen/Publikationer/2004/PDF/evidens.ht>

2.3 Praksisbeskrivelse af interventionen

2.3.1 Screening med henblik på ergoterapeutisk og/eller fysioterapeutisk træning (bilag 3)

Formålet med screeningen var, at identificere de personer, som var i risiko for at tabe funktionsevne under indlæggelsen. Den terapeutiske screening bestod i, at den medicinske patient, så hurtigt som muligt efter indlæggelse blev screenet af fysioterapeut og/eller ergoterapeut. Screeningen omfattede en terapeutisk vurdering ud fra journal (indlæggelses-samtale) samt en tværfaglig vurdering i samarbejde med personalet på de medicinske sengeafdelinger.

Screeningen resulterede i, at patienterne blev inddelt i kategori 1, 2 og 3.



Kategori 1

Patienten har ikke behov for træning eller terapeutisk tiltag under indlæggelse. Der blev ved opstart skønnet⁸ at 45 % sv.t. ca. 6300 patienter under indlæggelse ville tilhøre kategori 1. Det gennemsnitlige tidsforbrug blev ved opstart skønnet til 7 min. pr. patient.

Kategori 2

Ud over den indledende screening, ville vurderingen af patienter i kategori 2 også indeholde en samtale med patient og evt. pårørende samt evt. samtale med læge og/eller sygeplejerske. Patienterne blev vurderet dels med henblik på behovet for hjælpemidler, dels med henblik på behovet for vejledning for at kunne vedligeholde funktionsevnen under indlæggelse. Vejledningen kunne være til patienten, ligesom sygeplejepersonalet ville kunne hjælpe patienten med at vedligeholde sit funktionsniveau evt. under vejledning/supervision for ergo- eller fysioterapeut. Det blev ved opstart skønnet⁹, at 35 % sv.t. ca. 4900 patienter ville tilhøre kategori 2. Ved opstart blev det skønnet at vejledningen til patienten vil tage ca. 0,5 time. Eventuel vejledning til sygeplejepersonalet blev skønnet til at udgøre 0,75 time pr. patient. Ved opstart blev det desuden skønnet, at 25 % af patienterne havde behov for, at ergo- eller fysio-terapeut

⁸ Side 7 Oplæg om sygehusenes opfyldelse af loven om genoptræningsplaner i Vejle Amt d. 13.05.03

⁹ Side 8 Oplæg om sygehusenes opfyldelse af loven om genoptræningsplaner i Vejle Amt d. 13.05.03

apeuterne samarbejdede med kommunal terapeut i forbindelse med udskrivningen. Terapeut-samarbejdet blev estimeret til gennemsnitlig 1 time pr. patient. Ovenstående skøn betød, at det maksimale tidsforbrug til en kategori 2 patient blev anslået til 135 min. Vejledning/supervision af plejepersonale var et nyt tiltag i forbindelse med interventionen.

Kategori 3

Ud over screeningen ville vurderingen af patienterne i kategori 3 indeholde en samtale med patienten og evt. pårørende samt relevante funktionsundersøgelse, undersøgelser af funktions-evne i forhold til at mestre daglige færdigheder, kognitive funktionsevne, behov for hjælpemidler og behov for boligændringer. Patienten ville blive tilbudt træning ved ergo- og/ eller fysioterapeut under indlæggelse, ligesom sygeplejepersonalet ville kunne få vejledning i at understøtte træningen i forbindelse med de daglige sygeplejeopgaver. Det blev ved opstart skønnet¹⁰, at 20 % sv.t. ca. 2800 patienter på baggrund af screeningen ville tilhøre kategori 3. Det blev endvidere skønnet, at 10 % af patienter ikke fik tilbud om træning, selvom der var behov herfor. Vurderingerne / undersøgelserne blev anslået til, at tage gennemsnitlig 1,5 time pr. patient. Den individuelle træning blev anslået til ca. 10 timer pr. patient. Det blev desuden skønnet, at 75 % af patienterne havde behov for, at terapeuterne i kommunerne og på sygehusene samarbejdede omkring udskrivelse inkl. evt. hjemmebesøg. Ovenstående skøn betød, at det maksimale tidsforbrug for patienterne i kategori 3 blev anslået til 690 minutter, heri var et eventuelt hjemmebesøg ikke indregnet.

2.3.2 Vurdering af funktionsevnen (bilag 4)

For patienterne tilhørende kategori 2 og 3 blev der gennemført en vurdering af funktionsevnen ved hjælp af FIM-skalaen (Functional Independence Measure). Vurderingen blev foretaget ved indlæggelse og ved udskrivelse med henblik på at belyse, hvorvidt medicinske patienter, fastholder, forbedre eller taber funktionsevne.

FIM-skala

FIM er testet for validitet og reliabilitet, og vurderer både motoriske og kognitiv områder. Formålet er at afdække, hvor meget hjælp patienten har brug for i forskellige daglige aktiviteter. Testen vurderer således plejetyngde eller plejebehov. Med henblik på monitorering af den styrkede træningsindsats, anvendes FIM som monitoreringsredskab, idet behovet for pleje indikerer, at patienten har problemer i relation til funktionsevnen. Resultatet af trænings-indsatsen vil derfor kunne aflæses som ændringer i plejebehov.

FIM-skala (bilag 4) består af 6 områder:

- Egenomsorg
- Kontinens
- Forflytning
- Selvtransport

¹⁰ Side 8 Oplæg om sygehusenes opfyldelse af loven om genoptræningsplaner i Vejle Amt d. 13.05.03

- Kommunikation
- Social-kognitive færdigheder

FIM- scoren blev ligeledes i planlægningsfasen anvendt ved udarbejdelsen af de tre forskellige screeningskategorier:

Kategori 1

Karakteriseret ved FIM-score 7 – 6 ved brug af hjælpemiddel, som patienten er vant til at benytte derhjemme, og som ikke kræver instruktion eller oplæring ved sygehusets personale

Kategori 2

Karakteriseres ved FIM-score 5 og 6, når hjælpemiddel formidles eller udleveres af sygehusets personale og når der er behov for instruktion under indlæggelse efter vejledning fra ergo- og / eller fysioterapeut.

Kategori 3

Karakteriseres ved en FIM-score på 4 eller derunder.

2.3.3 Sygehusene i Vejle Amt

Da terapiafdelingerne i Vejle Amt er organiseret forskelligt, og iværksættelse af projektet er sket på baggrund af forskellige muligheder og valg, er interventionen gennemført, som beskrevet nedenfor.

Horsens Sygehus

Medicinsk visitationsafsnit. Derudover afsnit for almen medicin. Kardiologi, lungemedicin og gastroenterologi. Screeningen af indlagte patienter blev gennemført på hverdage. Screeningen og vurderingen blev foretaget af ergo - / eller fysioterapeut. Patienter med længerevarende rehabiliteringsbehov overflyttes til Brædstrup Sygehus. FIM-skalaen blev anvendt i sin helhed.

Brædstrup sygehus

Screeningen af indlagte patienter blev gennemført på hverdage. Screeningen og vurderingen blev foretaget af ergo- og/eller fysioterapeut. Patienter med længerevarende rehabiliteringsbehov overflyttes fra Horsens og til rehabiliteringsafdelingen på Brædstrup sygehus. FIM-skalaen blev anvendt i sin helhed.

Vejle Sygehus

4 specialopdelte medicinske afdelinger, med akut patientindtag. Lungemedicin, kardiologi, hæmatologi, gastroenterologi /reumatologi. Screeningen blev foretaget af fysioterapeut og /eller ergoterapeuter og gennemført på hverdage. For FIM-skalaen blev der ikke, som udgangspunkt, anvendt en ens score, men kommunikation og social-cognitive færdigheder blev medtaget i stort omfang. Kontinens blev kun medtaget i meget begrænset omfang.

Give Sygehus

Ikke specialeopdelte medicinske afdelinger med akut patientindtag. Screeningen blev overvejende foretaget af både ergoterapeut og fysioterapeut og gennemført på hverdage. For FIM-skalaen blev der ikke, som udgangspunkt, anvendt en ens score, men kommunikation og social-kognitive færdigheder blev medtaget i stort omfang. Kontinens blev kun medtaget i meget begrænset omfang.

Fredericia Sygehus

3 specialeopdelte medicinske afdelinger med akut patientindtag. Almen medicin, kardiologi og nefrologi. Screeningen blev foretaget af enten fysioterapeut eller ergoterapeut, med vurdering af behov for både fysioterapeutisk og ergoterapeutisk træning, der blev screenet på alle hverdage. FIM-skalaen blev anvendt reduceret, idet områderne kontinens og social-kognitive færdigheder ikke blev vurderet.

Kolding Sygehus

3 specialeopdelte medicinske afdelinger med akutindtag Endokrinologi, Kardiologi, Infektionsmedicin, medicinsk visitationsafsnit og almen medicinsk. Screeningen blev primært foretaget af fysioterapeut på medicinske visitationsafsnit og gennemført på hverdage. FIM-skalaen blev anvendt reduceret, idet områderne kontinens, kommunikation og social-kognitive færdigheder ikke blev vurderet.

3. Evaluering af den styrkede indsats på træningsområdet

3.1 Formål med evalueringen

Formålet er at evaluere den styrkede indsats på træningsområdet, som er rettet mod den gruppe af medicinske patienter, der er i risiko for at miste funktionsevne under indlæggelse. Evalueringen skal afdække følgende spørgsmål

- Andel af indlagte patienter på medicinske afdelinger vurderet af terapeut.
- Den faktiske fordeling på kategori 1, 2 og 3.
- Det faktiske tidsforbrug pr. patient inden for kategori 1, 2 og 3.
- I hvilket omfang patienter inden for kategori 2 og 3 taber, fastholder eller forbedrer sit funktionsniveau under indlæggelse.
- Terapeuternes vurdering af interventionen.

3.2 Metode

Evalueringen er tilrettelagt som en tværsnitsundersøgelse med stikprøveudtag.

Inklusionskriterier:

- Alle patienter, akutte som elektive, som indlægges på medicinske afdelinger i Vejle Amt i perioden fra 1. september 2003 til 31. maj 2004.

Eksklusionskriterier:

- Apopleksipatienter, da den patientgruppe allerede vurderes jf. NIP.¹¹

3.3 Data

Med henblik på at vurdere effekten af den styrkede indsats er der indsamlet følgende data, hvor data svarende til punkterne 1 – 3 er indsamlet prospektivt og data vedrørende punkt 4 er indsamlet retrospektivt:

- 1 Data vedrørende fordelingen af patienter i kategori 1,2 og 3 (bilag 3).
- 2 Data i form af stikprøver vedrørende tidsforbruget for kategori 1,2 og 3 og den samlede tidsangivelse (bilag 3).
- 3 Data i form af stikprøver vedrørende funktionsevnen ved hjælp af FIM-skala (bilag 4).
- 4 Terapeuternes vurdering ved hjælp af et fælles spørgeskema pr. sygehus, Spørgeskemaet er sendt til de terapeuter, som har varetaget interventionen på amtets sygehuse.

3.3.1 Indsamling af data

Data vedr. punkt 1 om fordeling af patienter i kategori 1, 2 og 3

Data er indsamlet ved optælling af alle registreringskemaer på de enkelte sygehuse.

Data vedr. punkt 2 om det faktiske tidsforbrug

Stikprøver af det samlede materiale på alle sygehuse i amtet.

Proceduren for udtag af stikprøver:

- Der udtages 20 patienter inden for de tre kategorier på hvert af de 6 sygehuse.
- 2 patienter udtages i hver måned og 2 ekstra i april måned.
- I september måned udtrækkes nr. 9, 18 eller 27, 36 osv. Indtil der var udtaget 2 med korrekt registrerings data. I december udtages 12, 24, 36, 48 osv. I Januar udtages nr. 1,2,3,4, osv. I april udtages 4,8, eller 12, 16 osv.
- Udtag, som ikke indeholdt korrekt registrerings data, skulle lægges tilbage i bunken, hvor den lå inden udtagningen.
- Antallet af ikke brugbare udtag, som foretages inden for hver måned, registreres (bilag 4).
- Hvis der ikke er nok patienter ved første udtræk, forsættes fra starten af bunken igen.

I alt inkluderes 120 patienter i evalueringen.

¹¹ NIP. Det nationale indikatorprojekt.

Indikatorområde: Vurdering ved fysioterapeut, Indikatorer: Andel af patienter, der af fysioterapeut vurderes med henblik på rehabilitering. Tidsramme: Senest 2. indlæggelsesdøgn.

Indikatorområde: Vurdering ved ergoterapeut, Indikatorer: Andel af patienter, der af ergoterapeut vurderes med henblik på rehabilitering. Tidsramme: Senest 2. indlæggelsesdøgn

Data vedr. punkt 3 om tab, fastholdelse eller forbedringer af funktionsevne

Stikprøver fra det samlede materiale på alle amtets sygehuse. Proceduren for udtag af stikprøver er foregået efter samme fremgangsmåde, som ved tidsforbrug.

Da Brædstrup og Horsens Sygehuse har anvendt hele FIM-skalaen blev der inkluderet i alt 40 patienter med henblik på beregning af kommunikation og social-cognitive færdigheder samt kontinens. For de øvrige sygehuse er der inkluderet 20 patienter.

I alt inkluderes 160 patienter i evalueringen.

Alle data blev registreret på individniveau ved registreringskemaer. Efterfølgende er de skemaer, som er udtaget ved stikprøve, indtastet i en Excel - baseret database.

3.3.2 Indsamling af terapeuternes oplysninger

Data vedr. punkt 4 om terapeuternes vurdering af interventionen

Ved hjælp af spørgeskemaer har terapeuterne på amtets sygehuse givet deres vurdering af interventionen. For hver terapiafdelingen blev der bedt om en fælles besvarelse.

Spørgeskemaet indeholdt følgende spørgsmål:

- Hvad er den største gevinst?
- Er der negative konsekvenser?
- Har du forslag til forbedringer?
 - Proceduremæssigt, screeningsmæssigt og scoringsmæssigt.

Terapeuternes vurderinger er ikke analyseret og fremstår således, som terapeuterne har svaret.

4. Resultater

4.1 Andel af indlagte patienter på medicinske afdelinger vurderet af terapeut

Et af målene med interventionen var ved hjælp af screening at identificere de patienter, som var i risiko for at miste funktionsevne under indlæggelsen. Screeningen af alle nyindlagte medicinske patienter ved ergo- og/eller fysioterapeut blev gennemført fra 1. september 2003 til 31. maj 2004. Inden opstart var antallet af nyindlagte patienter, og dermed antallet af indlagte patienter med behov for screening estimeret til 14 000.

Tabel 1. Andelen af therapeutscreenede indlagte medicinske patienter. Vejle Amt. 01.09.2003-31.05.2004.

	Indlagte medicinsk patienter inkl. apopleksi-patienter ^a	Patienter, der er screenet	Andelen af indlagte medicinske patienter, som er screenet
Brædstrup Sygehus	1266 ^b	682	73,9 %
Horsens Sygehus	3821 ^c	3268	85,5 %
Give Sygehus	882 ^c	1151 ^e	130,4 %
Vejle Sygehus	4780 ^d	3047	63,8 %
Fredericia Sygehus	2558 ^c	1915	74,9 %
Kolding Sygehus	3330 ^c	1648	49,5 %
I alt	16 637	11 711	70,4 %

^a Data fra GS- registreringerne i perioden 01. 09.2003 – 31.05. 2004

^b Indlagte patienter på afdelingen for medicinsk og kirurgisk genoptræning. På medicinsk afdeling indgår ligeledes patienter med diagnosen apopleksi.

^c Alle indlagte patienter på medicinsk afdeling, inkl. Patienter med diagnosen apopleksi.

^d Alle patienter indlagt på medicinsk afdeling, med. Hæma afd. samt kardiologisk afdeling. På medicinsk afdeling indlægges ligeledes patienter med diagnosen apopleksi.

^e Tilsyneladende fejl i data, da der er screenet flere patienter end indlagt.

Det har ikke umiddelbart været muligt at indhente en specifik opgørelse over antallet af nyindlagte medicinske patienter eksklusiv apopleksipatienterne. Vurderes andelen af therapeutscreenede patienter i forhold til det samlede antal indlagte medicinske patienter, inkl. patienter med diagnosen apopleksi og Give Sygehus, hvor der er ukorrekte data, er 70,4 % blevet screenet på amtets sygehuse (tabel 1).

I 1998 blev der foretaget en medicinsk teknologivurdering af apopleksibehandlingen i Vejle Amt¹², som viser antallet af indlagte apopleksipatienter i perioden 1. september 1998 – 31. august 1999. Hvis andelen af indlagte apopleksipatienter fra denne undersøgelse impliceres over på antallet af indlagte medicinske patienter på interventionsperioden stiger andelen til 75,2 % (tabel 2).

¹² Vejle Amt. APO-MTV 98. Sammenlignende registrering og medicinsk teknologivurdering af apopleksibehandlingen i Vejle Amt. 1.september 1998-31.august 1999. Sundhedsforvaltningen. Januar 2001.

Tabel 2. Andelen af therapeuticscreenede indlagte medicinske patienter if. skønnet ekskluderet apopleksi-patienter.

	Indlagte medicinsk patienter inkl. apopleksi-patienter	Andelen af indlagte patienter m. diagnosen apopleksi APO-MTV 1998 ^a	Patienter, der er screenet jf. interventionen	Andelen af medicinske patienter, som er screenet jf. interventionen ekskl. Apopleksi
Brødstrup Sygehus	5087	297 (5,8 %)	3950	82,5 %
Horsens Sygehus				
Give Sygehus	5662	389 (6,9 %)	4198	79,6 %
Vejle Sygehus				
Fredericia Sygehus	2558	139 (5,4 %)	1915	79,2 %
Kolding Sygehus	3330	230 (6,9 %)	1648	53,2 %
I alt	16 637	1055 (6,3 %)	11 711	75,2 %

^aTallene indeholder patienter, som er indlagte flere gange. Det totale antal indlæggelser, eksklusiv genindlæggelser er 966.

4.2 Den faktiske fordeling af patienter i kategori 1, 2 og 3

Et af målene med projektet var at opnå kendskab til andelen af indlagte medicinske patienter, som har behov for ergo- og fysioterapeutisk vejledning og træning. Til dette formål blev patienter inddelt i kategorierne 1, 2 og 3. Kategori 1 var kendetegnet ved ingen behov, kategori 2 var kendetegnet ved behov for vurdering i forhold til hjælpemidler og vejledning for at vedligeholde funktionsevnen under indlæggelse, og for kategori 3 gælder det, at patienterne havde behov for terapeutisk træning.

Tabel 3. Indlagte medicinske patienter, der er therapeuticscreenet, fordelt på kategori 1, 2 og 3. Vejle Amts sygehuse. 01.09.2003- 31.05.2004.

	Kategori 1		Kategori 2		Kategori 3	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Estimeret ved opstart	6300	45	4900	35	2800	20
I alt	7082	61	1185	10	3444	29
Brødstrup Sygehus	357	52	106	16	219	32
Horsens Sygehus	1530	47	235	7	1503	46
Give Sygehus	854	74	160	14	138	12
Vejle Sygehus	1608	53	394	13	1045	34
Fredericia Sygehus	1405	73	141	7	369	19
Kolding Sygehus	1328	81	149	9	171	10

Tabel 3 viser, at der er stor forskel mellem den estimerede og den faktiske fordeling. I forhold til det estimerede er der en markant større andel af patienter i kategori 1 og 3 med endiference på 16 % og 9 %, mens andelen af patienter i kategori 2 er markant mindre end skønnet (25 %). Der er desuden store indbyrdes forskelle i fordelingen mellem sygehusene i amtet.

4.3 Det faktiske tidsforbrug pr. patient

Ved opstart blev der estimeret et gennemsnitligt tidsforbrug pr. patient i kategori 1,2, og 3. Screeningen blev skønnet til gennemsnitlig at tage 7 min. For kategori 2 blev det udover tidsforbruget til screening, skønnet at det maksimale tidsforbrug pr. patient til vejledning og samarbejde med kommunen ville udgøre 135 min. Patienterne i kategori 3 blev, udover de 7 min. til screening, estimeret til et maksimalt tidsforbrug på 690 min. På registreringskemaet blev tidsforbruget opgjort, som det samlede tidsforbrug.

Tabel 4. Det faktiske tidsforbrug pr. therapeuticscreenet patient. Vejle As sygehuset. 01.09.2003- 31.05.2004.

	Gennemsnitlige tidsforbrug for ergo- og fysioterapeutisk indsats	Estimeret Tidsforbrug
Kategori 1 ^a /sv.t. screening N=120	7 min	7 min
Kategori 2 ^b N=90	51 min	135 min
Kategori 3 ^c N=100	203 min	690 min (+ evt. hjemmebesøg)

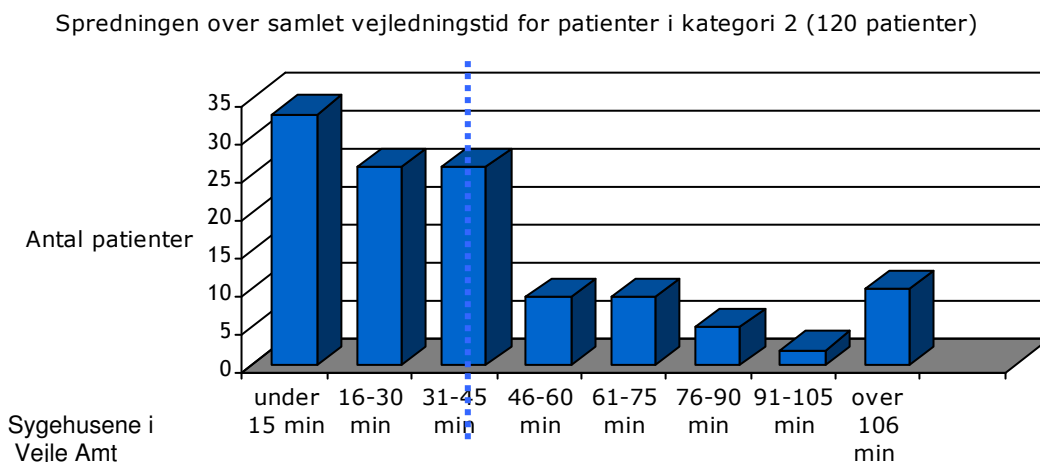
^a For kategori 1, er der i alt 169 ergo- og/eller fysioterapeutiske opgørelser over anvendt tid. De første stikprøver, som blev inkluderet i evalueringen blev kasseret, da der i hovedparten af stikprøverne var anvendt en på forhånd fastlagt tidsfaktor. Efterfølgende har projektgruppen besluttet at inkludere i alt 120 nye stikprøver uden fastlagt tidsfaktor, fra to sygehus. Stikprøverne er udtaget i overensstemmelse med tilfældighedsprincippet.

^b For kategori 2 er der i alt 120 opgørelser over ergoterapeutisk og / eller fysioterapeutisk træning. Det gennemsnitlige tidsforbrug for kategori 2 er inklusiv tiden anvendt til screening. Ved stikprøveudtagning er der registreret 2 ikke brugbare udtag. Ved evalueringen er der kasseret 1 udtag pga. manglende data. I forhold til stikprøveudtagning mangler der 30 udtag.

^c For kategori 3 er der i alt 156 opgørelser over ergoterapeutisk og / eller fysioterapeutisk træning. Det gennemsnitlige tidsforbrug for kategori 3 er inklusiv tiden anvendt til screening. Ved stikprøveudtagning er der registreret 2 ikke brugbare udtag. Ved evalueringen er der kasseret 2 udtag pga. manglende data. I forhold til stikprøveudtagningen mangler der 20 udtag.

Det faktiske tidsforbrug til terapeutisk screening og – intervention ligger i kategorierne 2 og 3 under det estimerede. I kategori 2 udgør det faktiske tidsforbrug 38 % af det estimerede og for kategori 3 udgør det faktiske tidsforbrug 29 % af det estimerede.

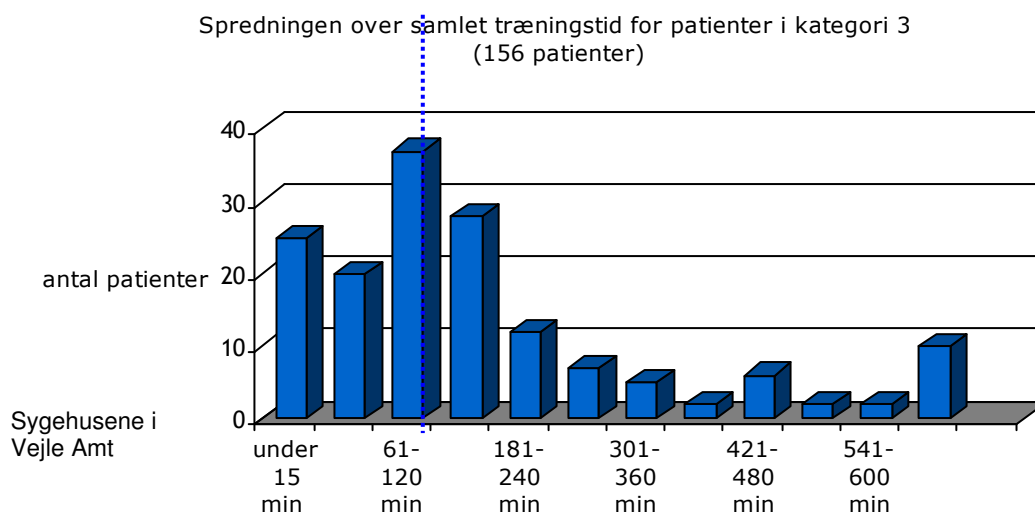
Figur 1



..... Svarende til median.

For tidsforbruget under 15 min er fordelingen mellem 3 -15 min. For tidsforbruget over 106 min er fordelingen mellem 115 – 300 min. Som tidligere nævnt er tiden anvendt til screening inkluderet i opgørelsen, hvis tidsfaktoren på 5 – 15 minutter (dvs. svarende til første søjle) ikke indregnes, er den gennemsnitlige vejledningstid for øvrige inkluderede på 65 min.

Figur 2



..... Svarende til median.

For tidsforbruget under 15 min er fordelingen mellem 5- 15 min. For tidsforbruget over 601 min er fordelingen mellem 710 - 2810 min. Som tidligere nævnt er tiden anvendt til screening inkluderet i opgørelsen, hvis tidsfaktoren på 5 – 15 minutter (dvs. svarende til søjle 1) ikke

indregnes, udgør den gennemsnitlige træningstid 239 minutter, og medianen vil i stedet blive placeret svarende til 121 – 180 min.

Figur 1 og 2 viser fordelingen af terapeuternes tidsforbrug til den ergo- og fysioterapeutiske intervention. Når tidsforbruget til screening ekskluderes, viser det gennemsnitlige tidsforbrug til ergoterapeuterne og fysioterapeuterne for kategori 2 patienterne at være 65 min. og for kategori 3 patienter 239 min. Patienterne fordeler sig umiddelbart i to grupper. Halvdelen af patienterne modtager vejledning og træning svarende til maksimalt 45 min. for kategori 2 og 180 min. for kategori 3. Den anden halvdel af patienterne har en større spredning, idet patienterne i kategori 2 har et tidsforbrug mellem 46 min. og 300 min., for patienterne i kategori 3 er tidsforbruget mellem 181 og 2810 min.

Tabel 5. De gennemsnitlige indlæggelsesdage for indlagte medicinske patienter i kategori 2 og 3. Vejle Amts sygehuse. 01.09.2003- 31.05.2004.

	Kat. 2 N=70	Kat. 3 N=151
Indlæggelsesdage	8.6	12.6

Det gennemsnitlige antal indlæggelsesdage for patienter i kategori 2 var på 8,6 dage og for patienter i kategori 3 var antallet af dage 12.6.

4.4 Patienter som taber, fastholder eller forbedrer funktionsniveau under indlæggelse

Et af målene med interventionen var, at undersøge hvorvidt patienterne i kategori 2 og 3 ændrede funktionsevne i løbet af indlæggelsesperioden. FIM-skalaen blev anvendt som måleredskab for patienternes funktionsevne. Forskelligheden i sygehusenes valg og organisering, betyder, at det kun har været muligt med en samlet vurdering af funktionsevnen på tre ud af seks områder. De tre områder er egenomsorg, forflytning og selvtransport og områder, som er vigtige i relation til mobilitet. Områderne har til sammen en score på 77 ud af 126 mulige. De øvrige områder er kontinens, kommunikation samt social-cognitive færdigheder.

Af tabel 6 fremgår, at 92 % af de 235 patienter, som indgår i evalueringen, forbedrede eller fastholdt deres funktionsevne under indlæggelse, mens 19 (8 %) tabte funktionsevnen. Kategori 3 havde den største andel af funktionsevnetab på 10 %, men det hos kategori 2 kun var 4 %.

Samlet set forbedrede eller fastholdte 96 % af patienterne i kategori 2 funktionsevnen målt ved FIM, mens 90 % af patienterne i kategori 3 forbedrede eller fastholdte funktionsevnen fra indlæggelse til udskrivelse. Patienterne i kategori 3 udgjorde den største andel af patienter med forbedret funktionsevne (73 %), blandt patienterne i kategori 2 forbedrede 53 % af patienterne funktionsevnen under indlæggelse. Den største andel af patienter som fastholdte

funktionsevnen under indlæggelse, findes i kategori 2 (43%). I kategori 3 var der 17 % som fastholdte funktionsevnen under indlæggelse.

Tabel 6. Fordelingen af indlagte medicinske patienter i kategori 2 og 3, der har opnået forbedringer, fastholdelse eller tab af funktionsevnen under indlæggelse. Vejle Amts sygehuse. 01.09.2003- 31.05.2004.

Egenomsorg, forflytning og selvtransport	Patienter med opnået forbedringer		Patienter med fastholdt funktionsevne		Patienter med tab i funktionsevne	
	N	%	N	%	N	%
<u>Kategori 2^a</u> N=74	39	53	32	43	3	4
<u>Kategori 3^b</u> N= 161	117	73	28	17	16	10
I alt N= 235	156	66	60	26	19	8

^a Ved stikprøveudtagning er der registreret 61 ikke brugbare udtag. For et sygehus gælder det, at der kun er gennemført FIM-undersøgelser på ganske få patienter. Derfor blev alle FIM-undersøgelser fra september og oktober brugt som datamateriale. For et enkelt sygehus viser registreringsskemaet, at der er 2 mdr. uden fuldstændige FIM-vurderinger. Ved evaluering er der kasseret 1. udtag pga. manglende data. I stikprøveudtagningen mangler 85 udtag.

^b Ved stikprøveudtagningen er der registreret 66 ikke brugbare udtag. For et sygehus gælder det at udtagene er fra henholdsvis september og oktober måned pga. få fuldstændige FIM-vurderingerne. For et andet at der var måneder uden fuldstændig FIM. Ved evalueringen er der kasseret 8 udtag. I stikprøveudtagningen er der udtaget 9 ekstra.

For de 39 patienter i kategori 2, som havde højere score ved udskrivelse end ved indlæggelse udgjorde forbedringen 24 % målt i forhold til scoren ved indlæggelse. For de 3 patienter i kategori 2, som havde lavere score ved udskrivelse end ved indlæggelse udgjorde tabet 27 %, målt i forhold til scoren ved indlæggelse.

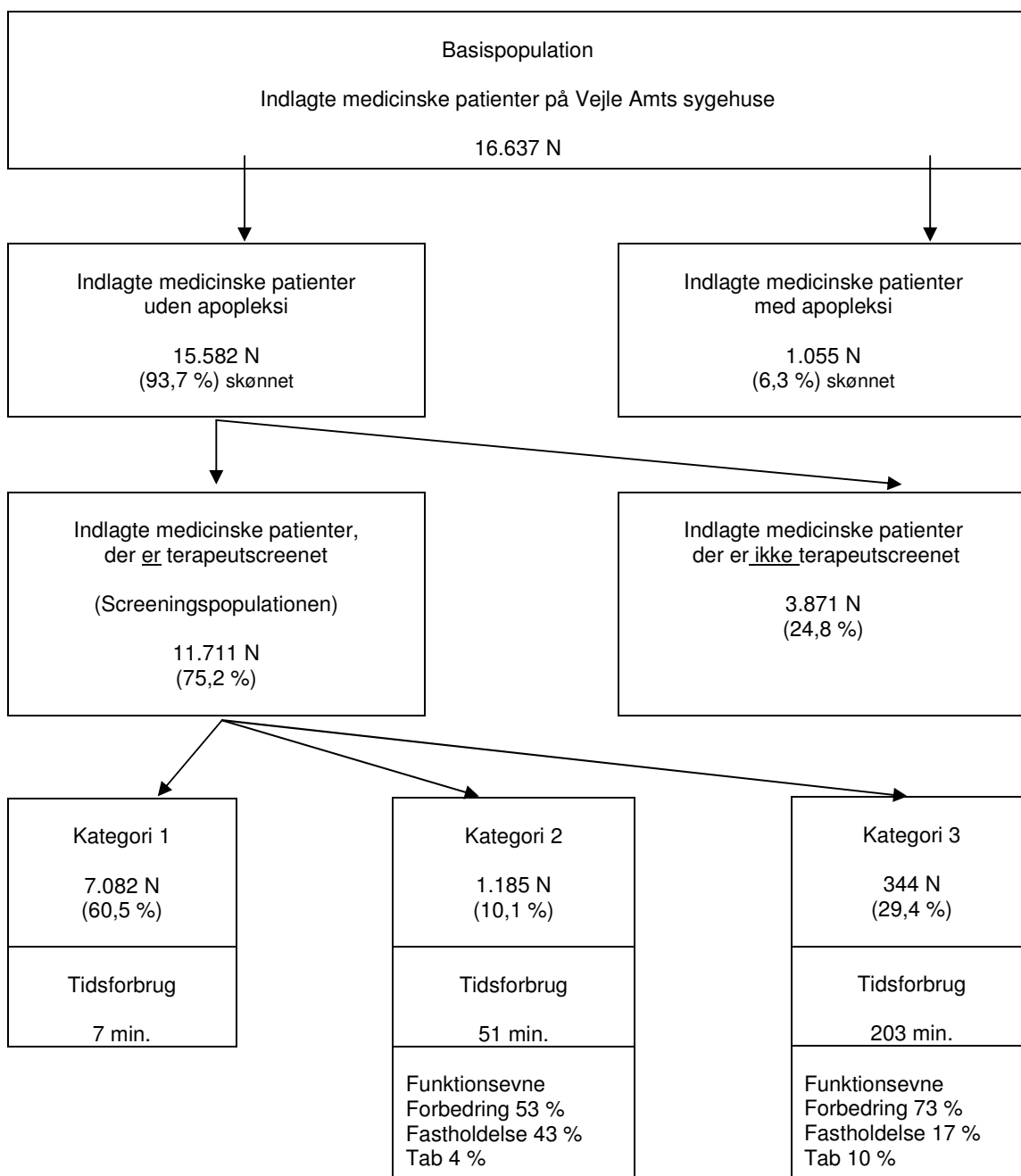
I kategori 3 opnåede 117 patienter en forbedret funktionsevne på 41 %, målt i forhold til scoren ved indlæggelse. For de 16 patienter, som ved udskrivelsen havde en lavere score i forhold til scoren ved indlæggelse udgjorde tabet 29 %, målt i forhold til scoren ved indlæggelse.

Et kritikpunkt vedr. FIM-skalaen og dens 6 områder er, at alle færdigheder ligestilles ved, at der for alle færdigheder kan scores mellem 1 og 7. I testen indgår måling af den totale score, men da færdighederne er ligestillet, kan målingen af den totale score resultere i, at der i forhold til de enkelte færdigheder kan være sket større eller mindre ændringer, som ikke synliggøres i testen.

Flowdiagram for de forskellige populationer, som indgår i undersøgelsen af den terapeutiske screening af nyindlagte medicinske patienter i interventionsperioden fremgår af figur 3.

Figur 3

Figur 3 viser flowdiagrammet for populationerne, som indgår i undersøgelsen af den terapeutiske screening af nyindlagte medicinske patienter i perioden fra 01.09.2003 til 31.05.2004 på Vejle Amts Sygehuse.

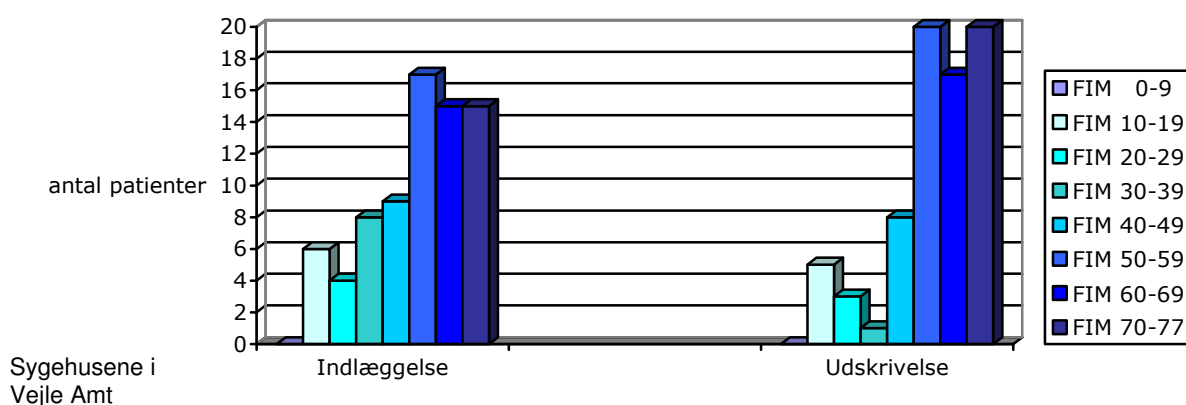


4.4.1 Uddybende beskrivelse af områderne: egenomsorg, forflytning og selvtransport på FIM-skalaen

Det primære mål for undersøgelsen var en vurdering af, hvorvidt patienterne taber, fastholder eller forbedre funktionsevnen under indlæggelsen og til det formål blev FIM-skalaen anvendt. FIM-scoren giver imidlertid også mulighed for at se udviklingen af scoren for områderne egenomsorg, forflytning og selvtransport fra indlæggelse og til udskrivelse, for henholdsvis kategori 2 og 3.

Figur 3

Scoring ved indlæggelse og udskrivelse for kategori 2 patienter (74 patienter)

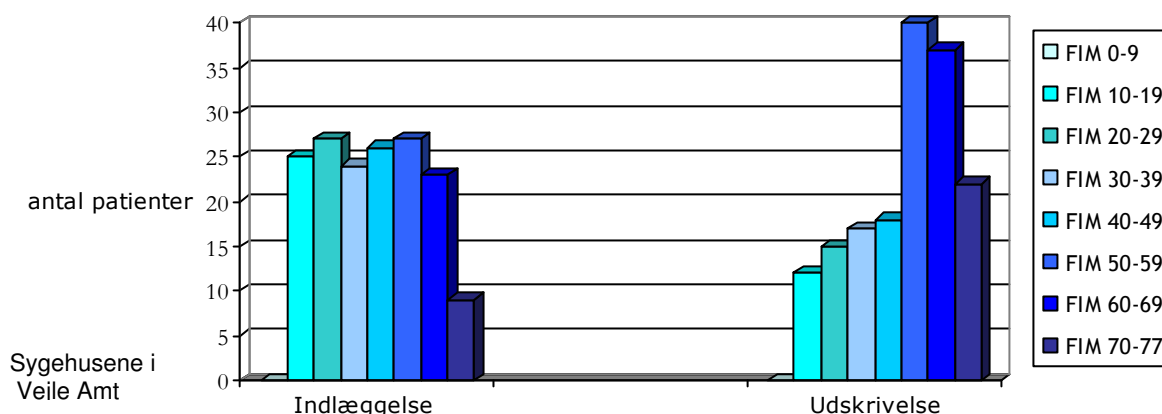


Bemærkninger

I figuren indgår 4 ud af amtets 6 sygehuse. I opgørelsen indgår egenomsorg, forflytning og selvtransport.

Figur 4

Scoring ved indlæggelse og udskrivelse for kategori 3 patienter (161 patienter)



Bemærkninger

I figuren indgår sygehusene i Vejle Amt. I opgørelsen indgår egenomsorg, forflytning og selvtransport.

Figur 3 og 4 viser, at der for patienterne i både kategori 2 og 3 var en fremgang i FIM-scoren fra indlæggelse og til udskrivelse. Figur 3 viser desuden, at det især var patienter med en score svarende til 30 – 39 ved indlæggelse, som i løbet af indlæggelsen ændrede funktionsevne.

Endvidere viser tabel 7, at den procentvise fremgang i funktionsevnen var størst for patienterne i kategori 3, samt at indsatsen i sygehusregi i forhold til de udvalgte områder havde størst effekt på kategorierne forflytning og selvtransport.

Indlæggelsesscoren for patienterne i kategori 2 var samlet for de tre parametre på 51,8. Med en maksimalscore på 77, viser evalueringen, at patienterne, som indgår i kategori 2, havde et plejebehov og dermed reduceret funktionsevne. Patienterne i kategori 3 havde en indlæggelsesscore på 40,8, hvilket viser, at patienterne i kategori 3 i forhold til kategori 2 havde et endnu større plejebehov og dermed en endnu lavere funktionsevne (tabel 7).

Tabel 7. Det gennemsnitlige FIM-score ved indlæggelse og udskrivelse og andelen af ændring ved egenomsorg, forflytning og selvtransport, fordelt på kategori 2 og 3. Vejle Amt. 01.09.2003- 31.05.2004.

	Gennemsnit for FIM-score ved indlæggelse		Gennemsnit for FIM-score ved udskrivelse		Ændring	
	Kat. 2 N=74	Kat. 3 N=161	Kat. 2 N=74	Kat. 3 N=161	Kat. 2 %	Kat. 3 %
Egenomsorg ^a	29,3	23,3	30,2	27,7	3,1	18,9
Forflytning og selvtransport ^b	22,6	17,6	25,2	23,0	11,5	30,7
Egenomsorg/ forflytning og selvtransport ^c	51,8	40,8	56,7	50,5	9,5	23,8

^a Egenomsorg, har en max. FIM-score på 42 og udgør en del af det der i FIM-skalaen benævnes ADL-FIM, som har en max. score på 56. Øvre elementer i ADL-FIM er kontinens, som er opgjort særskilt i aktuelle undersøgelse.

I egenomsorg indgår: Spise/drikke; personlig hygiejne; sengebåd/brusebåd; øve påklædning; nedre påklædning; toiletbesøg.

^b Forflytning og selvtransport defineres samlet i FIM-skalaen, som Mobilitets FIM, har en max. score på 35

I forflytning indgår: fra seng til stol/kørestol; til/fra toilet; til/fra brusebåd.

I selvtransport indgår: til fods /kørestol; trapper.

^c Egenomsorg, forflytning og selvtransport har en Max-score på 77, ud af FIM-skalaens totale score på 126.

Ændringen er udregnet som forskellen i procent mellem indlæggelse og udskrivelsesscore.

Udregnet som $\frac{27,7 - 23,3}{23,3} \times 100$

23,3

4.4.2 Uddybende beskrivelse af områderne: kontinens, kommunikation og social-cognitive færdigheder på FIM-skalaen

Praksisbeskrivelsen viser, at sygehusene har anvendt FIM-skalaen forskelligt. Som tidligere beskrevet har alle sygehuse anvendt tre ud af seks områder på FIM-skalaen. De sygehuse, der har scoret på mere end 3 områder, har udtrukket yderligere stikprøver med det formål at vurdere, hvilken indflydelse den manglende registrering har på det samlede resultat.

Tabel 8. Det gennemsnitlige FIM-score ved indlæggelse og udskrivelse og andelen af ændring ved inkontinens, fordelt på kategori 2 og 3. Vejle Amts sygehuse. 01.09.2003- 31.05.2004.

	Gennemsnit for FIM-score ved indlæggelse		Gennemsnit for FIM-score ved udskrivelse		Ændring	
	Kat. 2 N=36	Kat. 3 N=88	Kat. 2 N=36	Kat. 3 N=88	Kat. 2 %	Kat. 3 %
Kontinens*	8.9	8.5	9.3	9.3	4.5	9.4

Bemærk: Der indgår to af amtets sygehuse. Inkontinens har en score på 14 ud af den maksimale FIM-score på 126. Beregning som udregnet ved tabel 7

Tabel 9. Det gennemsnitlige FIM-score ved indlæggelse og udskrivelse og andelen af ændring ved kommunikation, social-kognitive færdigheder, fordelt på kategori 2 og 3. Vejle Amts sygehuse. 01.09.2003- 31.05.2004.

	Gennemsnit for FIM-score ved indlæggelse		Gennemsnit for FIM-score ved udskrivelse		Ændring	
	Kat. 2 N=37	Kat. 3 N=120	Kat. 2 N=74	Kat. 3 N=120	Kat. 2 %	Kat. 3 %
Kommunikation og social-cognitive færdigheder*	27.6	27.6	28	28.9	1.4	4.7

Bemærkninger: Der indgår for kategori 2 og 3 henholdsvis 2 og 4 af amtets sygehuse. Kommunikation og social-cognitive færdigheder har en score på 35 ud af den maksimale FIM-score på 126. Beregning som udregnet ved tabel 7.

De ekstra registreringskemaer fra to af amtets sygehuse, viser for både kategori 2 og 3 begrænset ændringer i scoren for kontinens, kommunikation og social færdigheder. Målingerne viser, at der er fremgang fra indlæggelse og til udskrivelse, samt at fremgangen er størst for kategori 3, en tendens som stemmer overens med de øvrige områder.

5. Terapeuternes vurdering af interventionen

Spørgeskema vedr. screening og vurdering af funktionsevne ved hjælp af FIM

Blev efterfølgende fordelt til amtets terapiafdelinger.
<p>Hvad er den største gevinst?</p> <p>Er der negative konsekvenser?</p> <p>Har du forslag til forbedringer?</p> <p style="text-align: center;">- Proceduremæssigt, screeningsmæssigt og scoringsmæssigt.</p>

<p>Hvad er den største gevinst?</p> <p>Sygehus 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>At samtlige patienter, som har behov, tilbydes træning under indlæggelsen. Særligt vigtigt i forbindelse med forflytning / mobilitet, personlig hygiejne og påklædning. Mulighed for at sikre nødvendige støtteforanstaltninger i hjemme efter udskrivning. Mere kvalificeret stillingtagen til hjemmebesøg / samarbejde med primær sektor.</i> - <i>At alle patienter vurderes og får den nødvendige træning</i> - <i>Et øget samarbejde med plejen, at vi er mere synlige og plejen vænnes til at have fokus på mobilisering – at vi har ”fanget” mange patienter.</i> <p>Sygehus 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>At vi får et overblik over alle nyindlagte patienter på de medicinske afdelinger.</i> - <i>At træning igangsættes tidligt i indlæggelsesforløbet. Patienterne er allerede i gang med træning og udstyret med relevante hjælpemidler inden de overflyttes til stamafdelingen.</i> - <i>At det tværfaglige samarbejde er styrket i forhold til den medicinske patient</i>

Hvad er den største gevinst?

- Vi ser færre "sidste øjeblikks henvisninger" på patienter, som har været indlagt i et længere forløb.
- Vi ser ikke gevinst i forhold til selve FIM-testen, som er omstændig på akutte medicinske afdelinger med stor gennemstrømning af patienter.

Sygehus 3

- Tilfredsstillende for både patient og terapeut,
- At alle får et behandlingstilbud, hvis behovet er der.
- Pt. oplever mindre usikkerhed ved at komme hjem igen, hvis tingene er klarert før udskrivelse. (hjælpemidler, hj. pleje, iværksat).
- At vi får fat i en del patienter tidligere, da vi læser journaler og taler med plejen.
- Flere med. henvisninger medfører mere obs. på mobilisering af medicinske ptt.
- Fanger nogle ptt. der ellers bare ville blive liggende i sengen.

Sygehus 4

- Hurtig overblik over den enkelte patient.
- Mange flere relevante patienter henvises og behandles meget tidligere i indlæggelsesforløbet.
- Akut vurdering indenfor 1. indlæggelsesdøgn.
- Forebygger skader (f. eks tryksår) og funktionstab under indlæggelsen.
- Fokus på at etablere samarbejde med kommunerne er styrket.
- Kunne med fordel bruges på andre afdelinger på sygehuset.

Sygehus 5

- Vi får synliggjort, at ingen taber funktionsniveau under indlæggelsen. Dette må tilskrives, at plejepersonalet er særdeles effektive til at mobilisere patienterne.
- Stor velvilje og samarbejde med plejen. Der er ikke mange patienter som smutter igennem systemet uden at få relevant terapeutisk tilbud.
- Indlæggelserne er endda blevet forlænget, da der skulle vurderes ved terapeut inden udskrivelse.
- Vi oplever, at der er bedre overlevering til primærsektoren i forbindelse med udskrivelse, med flere hjemmebesøg i forhold til tidligere pga. bedre samarbejde / koordinering mellem terapeuter og plejen.

Sygehus 6

- Vi får fat i de patienter, der har behov for træning.
- FIM er med til at målrette rehabiliteringen, idet den tager fat om centrale områder omkring det at klare sig selv.
- Muligvis ses flere patienter, idet der er større opmærksomhed på alle patienter.
- Overblik over pt's aktuelle funktionsniveau her og nu.

Er der negative konsekvenser?

Sygehus 1

- Omfang af papirarbejde er øget betydeligt.
- Ja- tidssluger med arbejdsgangene. Det er dobbelt skrivearbejde for terapeuterne at udfylde screeningsarket og FIM-skemaerne, da vi i forvejen skriver udførlige vurderinger i EPJ.

Er der negative konsekvenser?

Sygehus 2

- *Det er dobbelt skrivearbejde for terapeuterne at udfylde screeningskemaet og FIM-skemaerne, da vi i forvejen skriver udførlige vurderinger i EPJ.*
- *Vi oplever, at det er svært at holde styr på udscoring af kategori 2 patienter, som kun skal have råd og vejledning, instruktion og herefter hurtigt afsluttes i terapien. Det samme gælder kategori 3 patienter, hvis træning afsluttes før udskrivelse.*
- *FIM-testen er problematisk, da det handler om hvad pt. "gør" i afdelingen og ikke hvad pt. "kan". Vi kommer nemt til at vurdere pt. ud fra, hvad de kan gennemføre af aktiviteter i samarbejde med os eller plejepersonalet (især ved vurderingen kort efter indlæggelse).*
- *FIM-testen viser som oftest mærkbart fremskridt fra indlæggelse til udskrivelse. Det er naturligt, idet patienterne indlægges på grund af akut sygdom (lav score) og under indlæggelsen modtager lægelig behandling og træning. (forbedring i score)*

Sygehus 3

- *Enormt tungt og tidskrævende. Overdreven tidsforbrug i forhold til FIM – skalaen.*
- *For mange utilstrækkeligt udfyldte skemaer + sjussen sig frem til tal på FIM-skalaen.*
- *Nogle ptt. bliver alligevel "glemt" i forhold til mob., fordi deres behov opstår undervejs i indlæggelsen.*
- *Bruger megen tid på at læse journaler samt at finde en sygepl. som kender pt., irritations- og stress moment, især når der er travlhed.*

Sygehus 4

- *Der bruges meget tid på registrering af patienter, der er udskrevet før screening og patienter, der ikke har behov for terapi.*
- *Plejens opmærksomhed på terapi er flyttet til screeningsterapeuterne.*
- *Dobbeltarbejde ved både at lave FIM og ADL-taxonomi.*
- *Tidsforbruget på skriftligt arbejde er øget.*

Sygehus 5

- *Meget stort tidsforbrug til papirarbejde i forhold til den konfrontationstid man har med patienten.*
- *Der er brugt meget tid på at søge information om patienten både i journal og hos personale til patienter der slet ikke skal have terapeut tilbud.*

Sygehus 6

- *Det er tidskrævende og mindre tid til patientbehandling pga. meget papirarbejde.*
- *Svært at følge op på patienten der er indlagt, men som er afsluttet træningsmæssigt, men som skal scores igen inden udskrivelse – det kokser ofte.*
- *Bliver ikke brugt /set på som det burde.*
- *Patienter der er stoppet træning noget tid før de reelt udskrives, får man ikke fat i – og derfor bliver de ikke scoret ved udskrivelse.*
- *Vurderer, at selve screeningen og papirarket ikke bliver brugt til noget ved udskrivelsen, det udfyldes og sættes i en mappe.*

Har du forslag til forbedringer?

- **Proceduremæssigt, screeningsmæssigt og scoringsmæssigt.**

Sygehus 1

Proceduremæssigt: Vedr. nye indlæggelser. Primært se indlæggelsesoversigt på afdeling eller i grønt system. Læse journal samtidig med udfyldelse af screeningskema. Udfordring; det er svært for os at få screeningskemaet i journalen, sekretærerne er trætte af at de skal arkivere.

Løsningsforslag: 1.)Få screeningskemaet på EPJ. 2.) Fast aftale med sekretæren om at arkivere.

Screeningsmæssigt: Screeningskema som tjekliste i EPJ, afkrydse når screeningen er udført.

Læg det ind på EPJ

Scoringsmæssigt: Hvis FIM fortsat skal bruges, kan det være godt at kende patientens færdighedsniveau før indlæggelsen / aktuelle sygdom for at finde det habituelle niveau. FIM er ikke det bedste scoringsredskab!! Bedre at benytte ADL-taxonomien.

Sygehus 2

Proceduremæssigt: Fortsætte med daglig gennemgang af ny indlagte medicinske patienter via EPJ og samarbejde med læge/plejepersonale. Bruge print af belægningsliste som redskab til terapeuten til: - at få overblik over nyindlagte patienter - gennemgang med tværfaglige kollegaer etc. De patienter som terapeuten /plejepersonalet vurderer, har behov for træning under indlæggelsen tages op på stuegang samme dag. De patienter der tilhører kategori 1 streges og afsluttes uden tiltag. Der registreres ikke i GS og der noteres ikke i journal. Hvis der senere bliver behov for træning bliver disse patienter typisk fundet ved de tværfaglige konferencer. For kategori 2 og 3 patienter påbegyndes instruktion / træning hurtigst muligt efter henvisninger en modtaget.

Screeningsmæssigt: Patienten vurderes med ergo – eller fysioterapeutisk undersøgelse. Den terapeutiske vurdering skrives i EPJ her nævnes: enten hvilken kategori patienten tilhører og tilhørende mål og behandlingstiltag eller i stede for kategori (som personalet ikke kender) skriver vi mål og behandlingstiltag i ord.

Sygehus 3

Proceduremæssigt: fortsat at læse alle journaler, men kun skrive i journal / kardex på kat. 2 og 3 ptt. At der udarbejdes et fællesark, hvorpå der både screenes og føres arbejdsnotater. Så men er fri for dobbeltskrivning. Kat 2 + 3 noteres i kardex indtil grønne system fungerer for tp. Som der er nu læser vi samtlige journaler og ” fanger bl.a. lunge fys ptt og hjerte ptt. Det vil vi ikke gøre hvis vi f. eks spurgte til patienterne, hvilket jo eller ville hjælpe på tidsforbruget.

Screeningsmæssigt: Minus FIM, Vigtigt er at bevare screening, men forsøge at lette arbejdsgangen. Lave et afkrydsningsskema – let og overskueligt.

Scoringsmæssigt: undlad scoring.

Sygehus 4

Proceduremæssigt: Man kunne godt bruge screeningsarket i en anden udformning – som en slags huskeseddel.

Screeningsmæssigt: Udnyttelse af belægningslisten som screeningsark. Ingen screeningsark på kat. 1 patienterne. Stadig screening men med langt mindre papirarbejde.

Scoringsmæssigt: Ingen scoring til patienter der bare skal have udleveret hjælpemidler – som de har hjemme + evt. støttestrømpe. Fastholde scoring til relevante risiko-patienter.

Sygehus 5

Proceduremæssigt: Trække liste over indlagte patienter daglig. Indlæggelsesdato bruges som indikator for nye patienter. Disse screenes ved behov for terapi. Behandlingskort laves og lægges til underskrift. Minimere papirarbejde og papirgangene.

Screeningsmæssigt: Fastholde et ark med oplysninger om patienten. Drop screeningsarket helt.

Scoringmæssigt: FIM er ikke anvendelig.

Sygehus 6

Proceduremæssigt: Der er generelt meget papirarbejde, så det skal være meget enkelt og ikke tidskrævende. Evt. slut-score ved afslutning af træning og ikke ved udskrivelsen.

Sammenfattende kommentar

Ud fra terapeuternes vurdering har screeningen været en fordel for patienten, det tværfaglige og det tværsektorielle samarbejde. Kommentarerne viser ligeledes, at målingen af patienternes funktionsevne ved hjælp af FIM er en tung og tidskrævende indsats. Generelt viser de skriftlige udsagn, at terapeuterne har oplevet, at registreringerne har været for omfattende.

6. Diskussion

6.1 Undersøgelsens validitet

Interventionen med terapeutisk screening af alle patienter, der indlægges på de medicinske afdelinger på sygehuse i Vejle Amt var en ny indsats, som blev indført, da amtet indgik en samarbejdsaftale med amtets 16 kommuner om træning og træningsplaner på sygehus og i primær sektor.

I undersøgelsen blev der brugt data fra ad hoc -udarbejdet registreringsskema, valideret rating-scale-skema, eksisterende database og spørgeskema med åbne spørgsmål.

I de ad hoc - udarbejdede registreringsskemaer, som i undersøgelsen blev brugt til registrering af screening, kategorisering samt tidsberegning, var udfyldningsgraden yderst varieret, fra korrekt og fuldstændig udfyldelse til meget tilfældig udfyldelse. Den varierede udfyldningsgrad er der taget højde for i stikprøveudtagningen, idet der er sikret 100 % udfyldning på de anvendte måleparametre.

Kategoriseringen i de tre screeningsgrupper (ingen behov, behov for vejledning og behov for træning) blev ikke valideret eller "pilottestet" inden opstart af undersøgelsen. Der blev udarbejdet en vejledning vedrørende kategoriseringen, som terapeuterne har forholdt sig til ud fra et individuelt professionelt skøn. De samlede FIM-værdier for kategori 2 og 3 viser, at kategori 2 har en højere FIM-score og dermed mindre plejebæbehov end patienterne i gruppe 3, hvilket indikerer, at inddelingen af kategori 2 og 3 blev foretaget hensigtsmæssig.

Undersøgelsens resultat af den faktiske fordeling af den tredelte kategorisering af patienterne, specielt med den store forskel fra sygehus til sygehus, viser, at der er behov for en valideret vejledning med mere præcise kriterier for kategoriseringen

Til brug ved vurdering af funktionsevne blev patienterne i screeningskategori 2 og 3 ved indlæggelse og udskrivelse FIM-testet, som er en valideret funktionel selv-hjulpethedsskala. Her har problemet været, at der er flere sygehuse, som ikke har anvendt hele FIM-skalaen. Den

manglende registrering indgår i proceduren for stikprøveudtagningen, idet der i forhold til analyse af de udeladte parametre, er udtrukket flere stikprøver fra de sygehuse, der har anvendt hele FIM-skalaen. Resultatet af de ekstra udtrukne stikprøver viser, at de udeladte parametre ikke har haft indflydelse på målet for undersøgelsen.

Til beregning af screeningsandelen af indlagte medicinske patienter eksklusiv apopleksi-patienter, var udgangspunktet anvendelse af det Grønne System, som er sygehusenes sundhedsinformationsdatabase. I evalueringen har det imidlertid vist sig, at det ikke umiddelbart er muligt at udskille antallet af apopleksipatienter fra de øvrige medicinske patienter, derfor er der anvendt data fra en tidligere undersøgelse om patienter med apopleksi på amtets sygehuse, hvilket her betyder en usikker beregning af den faktiske andel af screenede indlagte medicinske patienter.

6.2 Undersøgelsens repræsentativitet

Målet med indsatsen var, at alle patienter, der blev indlagt på en medicinsk afdeling på et af Vejle Amts sygehuse, eksklusiv patienter med apopleksi, skulle screenes og vurderes af en terapeut med henblik på træningsbehovet under indlæggelse for derved at sikre at den enkelte patient som minimum fastholdt funktionsevnen.

Den gennemsnitlige screeningsandel i undersøgelsen var på 70 til 75 %, alt efter om screeningsandelen beregnes inklusiv eller eksklusiv apopleksipatienter. I undersøgelsen blev der ikke udarbejdet oversigter over de nyindlagte ikke-screenede medicinske patienter, hvorfor det ikke har været muligt at lave en bortfaldsanalyse og dermed vurdere, om gruppen af ikke-screenede patienter adskilte sig væsentligt fra screeningspopulationen. Dog udgør screeningspopulationen så stor en andel af den samlede gruppe af indlagte patienter på de medicinske afdelinger i amtet, at den samlede kategorifordeling i 1, 2 og 3 kan forventes at være repræsentativ

Ved udtrækningsproceduren til stikprøver er der sikret tilfældighed og acceptabel udfyldning af registreringsskemaerne. I forhold til udfyldte og manglende udfyldelse af registreringsskemaerne er der i stikprøveudtagningen sket en selektion, med da selektionen er på baggrund af registreringsproblemer og ikke i forhold til målgruppen, antages det, at det er uden indflydelse på repræsentativiteten. På grund af den manglede udfyldning har det ikke været muligt at lave en repræsentativitetsanalyse af alder køn mm.

6.3 Diskussion af undersøgelsens resultater

Interventionsmodellen bestod af tre elementer: 1) Screening af alle nyindlagte medicinske patienter, 2) Vurdering af funktionsevnen hos patienter i risikogrupperne, 3) Træning/ understøttelse af aktivitetsudfoldelse af medicinske patienter under indlæggelse. Ud fra screeningen blev patienterne kategoriseret i tre kategorier. Kategori 1 skønnes ikke at have behov for træning eller terapeutisk tiltag, kategori 2 som skønnes at have behov for terapeut-

vejledning til patient/ pårørende og evt. læge og/eller sygeplejerske om bl.a. aktivitetsudfoldelser, mobilisering og hjælpemidler, og kategori 3, som har behov for en udvidet terapeutisk funktionsvurdering og træningsindsats.

Det var estimeret, hvordan fordelingen i de tre kategorier ville forventes at blive og hvor meget tid der terapeutisk skulle anvendes på de tre kategorier.

6.3.1 Screeningsandelen

Screeningsandelen i undersøgelsen var på 70 til 75 % og en del af årsagen hertil kan sandsynligvis findes i, at screeningen ikke blev gennemført i weekenden, og at patienter, som var indlagt i 24 timer og derunder, indgår i opgørelsen over indlagte medicinske patienter, men ikke i andelen af screenede patienter.

6.3.2 Patientkategoriseringen

Undersøgelsesresultatet viser, at den gennemsnitlige faktiske fordeling af kategori 1, 2 og 3 er meget forskellig fra den estimerede fordeling, idet der er en markant større andel af patienter i kategori 1 og 3, mens andelen af patienter i kategori 2 er markant mindre end skønnet.

En del af undersøgelsen var at undersøge den faktiske patientfordeling i de tre kategorier, da der ikke forelå data, som kunne være med til at kvalificere den estimerede fordeling. Den mindre andel i kategori 2 kan begrundes med, at den terapeutiske indsats var et nyt initiativ i forbindelse med interventionen og at der ved en ny indsats kræves tid til implementering, som i denne sammenhæng indebærer et tæt og anderledes samarbejde med læge- og sygeplejerskegruppen.

Ligeledes viser undersøgelsen, at der er store forskelle i fordelingen af patienterne i kategori 1, 2, og 3 sygehusene imellem. Mulige årsager hertil kan være, at der mellem afdelingerne og sygehusene har været individuelle forskelle i implementeringshastigheden, og at vejledningen har været for upræcis eller tolkningen af vejledningen har været forskelligt, sygehusene imellem.

En anden forklaring kan være at sygehusene i Vejle Amt, som tidligere beskrevet, varetager forskellige specialer, og at forskellene sygehusene imellem derfor kan henføres til, at der i relation til specialerne er forskellige terapeutiske behov.

Undersøgelsen viser, at anvendeligheden af kategoriseringen på baggrund af screeningen er hensigtsmæssigt, idet patienterne i kategori 2 har en højere FIM-score end patienterne i kategori 3. Terapeuternes vurderinger i spørgeskemaundersøgelsen underbygger ovenstående antagelser, idet de oplyste, at screeningen betød både tidligere og øget terapeutisk indsats. Ud fra en antagelse om, at længere indlæggelse øger risikoen for fald i funktionsevne, ligesom

længere indlæggelsestid ofte kan sidestilles med komplekse medicinske problemstillinger, underbygges den hensigtsmæssige kategorisering af, at patienterne i kategori 3 har flere indlæggelsesdage end patienterne i kategori 2.

På baggrund af sandsynligheden af en hensigtsmæssig fordeling, er det endvidere rimeligt at antage, at patienterne i kategori 1 er i minimal risiko for fald i funktionsevnen under indlæggelsen. Men undersøgelsen kan ikke give en personkarakteristik af den patientkategori, da der ikke er sket nogen form for registrering.

Overordnet gav undersøgelsen ikke, som ønsket, et tydeligt svar på den samlede faktisk fordeling af indlagte medicinske patienter med behov for terapeutisk vejledning eller træning under indlæggelse. Den store screeningspopulation betyder imidlertid, at det må antages at den samlede faktiske fordeling af de tre kategorier afspejler dette behov.

6.3.3 Tidsforbruget

Ud over kendskab til kategorifordelingen af patienterne i 1, 2 og 3 er formålet med evalueringen også at få viden om det faktiske tidsforbrug pr. patient indenfor de 3 kategorier. I registreringsskemaerne blev kun det samlede tidsforbrug anført, hvorfor evalueringen kun giver mulighed for en vurdering af det samlede tidsforbrug og ikke en udspecificering af de mangeartede terapeutiske behandlings- og træningsformer. Tidsforbruget til screening af den nyindlagte medicinske patient svarede til de estimerede gennemsnitlige 7 min. pr. patient.

Det gennemsnitlige tidsforbrug pr. patient i kategori 2 og 3 var overestimeret, men da estimeringen var på baggrund af et skønnet maksimalt tidsforbrug, indeholdende mange forskellige terapeutiske indsatsområder, giver undersøgelsen, på grund af den uspecifikke tidsregistrering ikke svar på, hvorvidt overestimeringen skyldtes, at der er anvendt mindre tid på de enkelte indsatsområder eller om overestimeringen skyldtes, at antallet af indsatsområder pr. patient er mindre end forventet.

Undersøgelsesresultatet viser, at der er stor tidsmæssig spredning blandt den ene halvdel af patienterne i kategori 2 og 3. Ud fra ressourcemæssige betragtninger ville det være interessant at sætte yderligere fokus på sammenhæng mellem det terapeutiske tidsforbrug under indlæggelse og funktionsevnen ved udskrivelse.

6.3.4 Tabt, forbedret eller fastholdt funktionsevne

I forhold til måling af funktionsevne ved hjælp af FIM er det u hensigtsmæssigt, at FIM-målingen ikke er gennemført i sin helhed på fire af amtets seksts sygehuse, på trods af en fælles overordnet vejledning.

De ekstra stikprøver og uddybende analyser viser, at den manglende måling af områderne kontinens, kommunikation og social-cognitive færdigheder, ikke har haft afgørende negativ indflydelse på undersøgelsen af patienternes funktionsevne fra indlæggelse til udskrivelse.

Undersøgelsen viser i relation til screening og vurdering af funktionsevne, at parametrene egenomsorg, forflytning og selvtransport i FIM-testen er velegnet at anvende som risikoparametre for behov for styrket terapeutisk vejledning til patient/pårørende og sygeplejersker under indlæggelse. Undersøgelsen viser, at det for disse parametre gælder, at der for kategori 2, men specielt kategori 3, er en lav FIM-score ved indlæggelsen, samt en betydelig forbedring ved udskrivelse.

Hvorvidt FIM-testen som målemetode er den mest optimale i forhold til måling af funktionsevne ved indlæggelse og udskrivelse, kan der stilles spørgsmålstegn ved. Undersøgelsesresultaterne ved parametrene kontinens, social-cognitive færdigheder og kommunikation kan tolkes i retning af, at det valgte testredskab i forhold til vurdering af funktionsevnen medtager irrelevante funktionsområder. En antagelse som underbygges af terapeuternes faglige udsagn om, at FIM-testen var for omfattende. Proceduren omkring scoring af patienter i kategori 2 og 3 ved udskrivelse, blev fra terapeutisk side angivet som upraktisk, i forhold til de patienter, som terapeutisk var afsluttet, inden udskrivelsen fra sygehuset. Endeligt kan det diskuteres, om det er hensigtsmæssigt, at der med anvendelsen af FIM-testen sættes lighedstegn mellem funktionsevne og plejebehov.

6.4 Patientudbyttet

Formålet med den styrkede træningsindsats var, at alle indlagte medicinske patienter skulle sikres en træningsindsats under indlæggelsen for så vidt muligt at fastholde eller forbedre patientens funktionsevne.

Der er ikke foretaget en patienttilfredshedsundersøgelse af interventionen, men den tidlige indsats med terapeutisk screening og behov for styrket vejlednings- og træningsindsats under indlæggelsen må alt andet lige antages at være til fordel for den enkelte patient indlagt på en medicinsk afdeling.

6.5 Sundhedsvæsenets udbytte af interventionen

Interventionen blev iværksat i forbindelse med indgåelsen af en samarbejdsaftale i Vejle Amt om træning og træningsplaner, hvor det amtslige sygehusvæsen havde det faglige ansvar for træning af patienter med behov herfor på det kropslige område jf. ICF. Den tidlige og styrkede træningsindsats til patienter, der blev indlagt på de medicinske afdelinger i amtet, hvoraf mange var ældre patienter, skulle være med til at sikre amtets overholdelse af aftalen. Desuden skulle interventionen også være med til at sikre, at ældre medicinske patienter under en indlæggelse ikke mistede funktioner, jf. kommunale udtalelser.

Da der i undersøgelsen ikke indgår en sammenligning med tidligere eller vanlig praksis kan det ikke med sikkerhed antages, at resultatet skyldes screeningen og den efterfølgende vejledning samt træning. Samlet for kategori 2 og kategori 3 viser undersøgelsen, at 92 % af de 235 patienter, som indgår i evalueringen, har forbedret eller fastholdt deres funktionsevne. Desuden viser undersøgelsen, at 73 % af patienterne i kategori 3, som ved indlæggelsen har den laveste FIM-score, forbedrer deres funktionsevne under indlæggelsen og at 43 % af patienterne i kategori 2, der ved indlæggelse har en højere FIM-score, fastholder deres funktionsevne under indlæggelsen. Dermed understøttes tesen om, at screening, tværfagligt samarbejde og træning kan være med til at fastholde eller forbedre funktionsevnen under indlæggelse.

De tidligere kommunale udtalelser om, at mange ældre medicinske patienter ikke har kontakt til en terapeut under indlæggelsen og at ældre patienter ofte under indlæggelse mister funktioner, som de havde inden indlæggelsen, indikerer, at indsatsen med stor sandsynlighed har haft den ønskede effekt.

7. Konklusion

Den overordnede konklusion på evalueringen er, at den styrkede træningsindsats i perioden 1. september 2003 til 31. maj 2004 har medvirket til et kvalitetsløft på træningsområdet, idet 92 % af de patienter, som ved hjælp af screeningen, karakteriseres som værende i risiko for at tabe funktionsevne under indlæggelsen, har fastholdt eller forbedret deres funktionsevne ved udskrivelsen. Kvalitetsforbedringen i form af en gennemsnitlig 7 min. screening pr. patient har desuden, ifølge terapeuterne, været med til at sikre en mere koordineret udskrivelse, idet der tidligere i indlæggelsesforløbet blev sat fokus på behovet for f. eks hjælpemidler og hjemmebesøg.

I forhold til undersøgelsen kan det ligeledes konkluderes, at indsatsen med ekstra fokus på patienternes behov for træning under indlæggelse og dermed sekundært en øget opmærksomhed på behovet for terapeutiske intervention, har været med til at sikre og synliggøre, at sygehuse har kunnet overholde den indgåede aftale mellem Vejle Amt og amtets 16 kommuner.

Som en yderligere konklusion på projektet må der konstateres, at det for undersøgelsens validitet og kvalitet vil have været hensigtsmæssig, om der i projektet havde været en mere stringent indhentning af data, testning af registreringsskemaer inden anvendelse samt anvendelse af ens tolkning og procedurer for måling.

8. Perspektivering

Screening og den styrkede træningsindsats vil være relevant at udvide til også at omfatte de øvrige sengeafdelinger på et sygehus, da evalueringen har vist, at det medfører et kvalitetsløft i forhold til fastholdelse eller forbedring af funktionsevnen under indlæggelse samt bedre koordineringen af udskrivelsen.

Ifølge den nye sundhedslov skal kommunerne medfinansiere en indlæggelse på sygehus og den genoptræning, som skal foregå under indlæggelsen. Ses indsatsen med terapeutisk screening af patienter, der indlægges på et sygehus i relation hertil, viser evalueringseresultaterne, at denne indsats kan medvirke til at sikre, at indlagte patienter får den træning, som der terapeutisk vurderes at være behov for i relation til indlæggelsesårsagen.

Desuden betyder indsatsen, at patienterne ved selvhjælp og eventuelt med plejepersonalets og/eller terapeuternes vejledning og evt. tidlig træningsindsats kan undgå at miste funktioner under en indlæggelse.

Det betyder, at den terapeutiske screeningsindsats med sundhedslovens nye ansvars- og opgavefordeling, herunder den økonomiske, vil kunne sikre en hurtigere, bedre og mere kvalificeret træningsindsats under en indlæggelse på et sygehus, og at kommunerne vil kunne undgå en øget kommunal træningsindsats efter udskrivelse.

Bilag

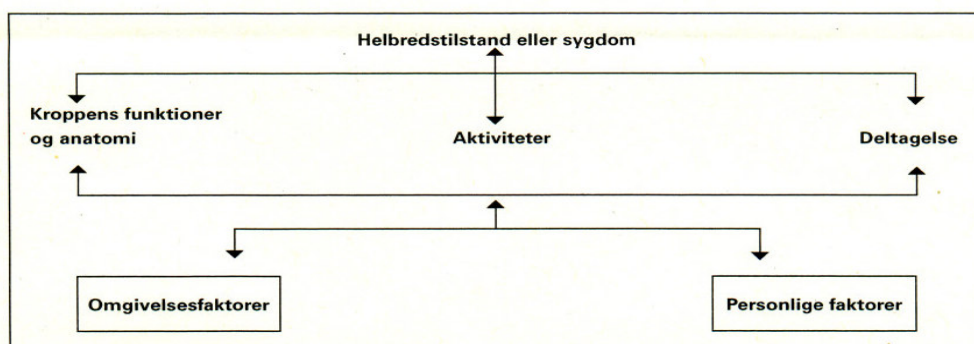
Bilag nr. 1

(Samarbejde om træning og træningsplaner på sygehusene og primær sektor i Vejle Amt)



3.3. Begreber og definitioner inden for træningsområdet

Forklaringsmodel for funktionsevne og samspillet mellem ICF's komponenter



Beskrivelse af opgavefordelingen mellem amtet og kommune ved en træningsindsats - udtrykt ved ICF's begrebsramme

Træningsbehov Træningsintensitet	ICF's begrebsramme		
	Kropsniveau	Aktivitet	Deltagelse
5 x ugentligt	Amtet	Kommunen	Kommunen
3 x ugentligt			
1-2 x ugentligt			

Patienter, der indlægges på sygehus efter sygdom eller skade, kan efterfølgende have behov for at gennemgå en træningsindsats, som gradvist skifter fokus fra en medicinsk og naturvidenskabelig vinkel til en social og samfundsmæssig vinkel, hvor det primære fokus er, hvordan patienten lever med sine skader.

Bilag nr. 2

Styregruppen bag projektet.

Amtssundhedsplejerske Anita Fogh, Sundhedsforvaltningen, Vejle Amt (formand)

Overfysioterapeut Dorthe Hansen, Horsens og Brædstrup Sygehuse

Ledende ergoterapeut Lene Lange, Horsens og Brædstrup Sygehuse

Overfysioterapeut Annette Borch, Horsens og Brædstrup Sygehuse

Ledende fysioterapeut Lisbeth Eriksen Vejle og Give Sygehuse

Ledende ergoterapeut Helle Tiedemann Vejle og Sygehuse.

Ledende terapeut Dorthe Maagaard, Fredericia og Kolding Sygehuse

Ledende terapeut Fateh Singh, Fredericia og Kolding Sygehuse

Terapeuterne, som har gennemført interventionen

Terapeuterne tilknyttet medicinsk afdeling, Horsens og Brædstrup Sygehuse

Terapeuterne tilknyttet medicinsk afdeling, Vejle og Give Sygehuse

Terapeuterne tilknyttet medicinsk afdeling, Fredericia og Kolding Sygehuse

Bilag nr. 3

Patient label				Indlæggelsesdato				FIM-score			
				Udskrivesdato				FIM-score			
Diagnose:				Kategori							
Indlæggelsesårsag:											
Andre relevante diagnoser / funktionsnedsættelser:											
Gentagne indlæggelser (>2 indenfor 6 mdr.) Ja__ Nej__											
Fysioterapeutisk screening.						Ergoterapeutisk screening.					
Dato:						Dato:					
Udført af:						Udført af:					
Fysisk funktionsniveau:						ADL-funktionsniveau:					
	i.a.	Vurderes	Trænes		i.a.	Vurderes	Trænes		i.a.	Vurderes	Trænes
Brug af ganghjælpemidler				Spise og drikke							
Brug af forflytningshjælpemidler				Toiletbesøg							
Siddende balance				Af- og påklædning							
Stående balance				Personlig hygiejne							
Koordination				Anden kropspleje							
Bevægelighed i krop / over led				Kommunikation							
Forflytning fra seng til stående				Transport							
Forflytning fra seng til stol				Madlavning							
Forflytning til / fra toilet				Indkøb							
Gangdistance				Andre relevante aktiviteter							
Gang på trapper											
Færdes indendørs				Kognitivt funktionsniveau:							
Færdes udendørs				Hukommelse							
Lungefysioterapi				Problemløsning							
				Praksi							
				Sprog / tale							
Behov for vurdering af hjælpemidler:						Behov for vurdering af hjælpemidler:					
Behov for vurdering af bolig:											
Behov for samarbejde med primær sektor:											

Konklusion		
Tovholder	Fysioterapeut	Ergoterapeut
Ikke behov for træning		
Vejledning af patient		
Vejledning af plejepersonale (mobilisering / forflytning / ADL/ vedligeholdelse af funktionsniveau)		
Træning ved fysioterapeut		
Træning ved ergoterapeut		

Samlet tidsforbrug	Fysioterapeut _____ minutter	Ergoterapeut _____ minutter
---------------------------	------------------------------	-----------------------------

FIM-SKALA

Funktionel selvhjulpenheds skala

7. Fuldstændig selvhjulpen
6. Selvhjulpen ved brug af hjælpemidler
5. Får verbal hjælp under procedure
4. Får lidt hjælp (klarer selv 75 – 99 %)
3. Får nogen hjælp (klarer selv 50 – 74 %)
2. Får megen hjælp (klarer selv 25 – 49 %)
1. Får hjælp til alt (klarer selv under 25 %)

Dato		
Total score		
Motorisk FIM (A – M)		

Egenomsorg. Max 42 point

A. Spise / drikke		
B. Personlig hygiejne		
C. Sengebåd / brusebåd		
D. Øvre påklædning		
E. Nedre påklædning		
F. Toiletbesøg		

Kontinens. Max. 14 point

G. Blærekontrol		
H. Tarmkontrol		
ADL- FIM (A – H) Max point 56		

Forflytning. Max 21 point

I. Fra seng til stol / kørestol		
J. Til / fra toilet		
K. Til / fra brusebåd		

Selvtransport. Mac 14 point

Dato		
L. Til fods = F Kørestol = K		
M. Trapper		
Mobilitets FIM (I-M) Max. point 35		

Kommunikation. Max. 14 point

N. Forståelse		
O. Udtrykke sig		

Social- cognitive færdigheder. Max. 21 point.

P. Social interaktion		
Q. Problemløsning		
R. Hukommelse		
Cognitiv FIM (N-R) Max point 35		

