

# Reducering af genindlæggelser blandt ældre medicinske patienter

Bachelorprojekt

**Studerende:** Elise Rino (708213)

**Opgavetype:** Bachelorprojekt, kriteriesæt B

**Holdbetegnelse:** syne20b

**Vejleder:** Birgitte Bøcher Bennich

**Referencesystem:** The American Psychological Association (APA)

**Dato for aflevering:** 04.01.2024

**Antal tegn inkl. mellemrum:** 59.724

**Uddannelsesinstitution:** Københavns Professionshøjskole, Institut for Sygepleje- og Ernæringsuddannelserne. Tagensvej 86, 2200 København N.

## Resumé

**Formål:** At undersøge, hvilke sygeplejefaglige interventioner, der i forbindelse med udskrivelse fra hospital til eget hjem kan reducere antallet af genindlæggelser for den ældre medicinske patient.

**Metode:** I opgaven udføres et litteraturstudiet til at afdække eksisterende viden på området.

Litteratursøgningen blev udført i databaserne PubMed, Cinahl Complete og Embase. Til analysen af de inkluderede studier anvendes metoden: narrative syntese.

**Resultater:** I opgaven inkluderes tre RCT-studier med interventioner relateret til udskrivelse fra hospital til eget hjem. To ud af de i alt seks interventioner i studierne har en statistisk signifikant effekt på antallet af genindlæggelser for ældre medicinske patienter.

**Konklusion:** Dette litteraturstudie peger på, at langvarige og systematiske fysiske og telefoniske sygeplejefaglige opfølgninger i sig selv og i kombination med fysisk træning med en fysioterapeut har en reducerende effekt på antallet af genindlæggelser for ældre medicinske patienter.

## Abstract

**Objective:** The aim of this study was to investigate if nursing intervention can reduce the number of readmissions for elderly medical patients who are discharged from hospital to their own home.

**Method:** The present study was a literature review. A systematic search was undertaken in PubMed, Cinahl Complete and Embase. A narrative synthesis was performed.

**Results:** Three RCT-studies were included in the review. Included studies involved a total of six interventions. Two interventions had a statistically significant effect on the number of readmissions for elderly medical patients.

**Conclusion:** This literature review indicates that long-term and high-intensity nurse home visits and telephone follow-up as an intervention or in combination with physical exercise have a positive effect on the number of readmissions for elderly medical patients.

## Indholdsfortegnelse

<b>1.0 Introduktion</b> .....	<b>4</b>
1.1 Indledende litteratursøgning .....	4
1.2 Baggrund .....	5
1.3 Formål og afgrænsning .....	9
<b>2.0 Metode</b> .....	<b>9</b>
2.1 Litteraturstudie.....	9
2.2 In- og eksklusionskriterier .....	10
2.3 Valg af databaser.....	10
2.4 Søgestrategi og søgefunktion.....	11
2.5 Ethiske overvejelser.....	15
2.6 Analysestrategi.....	15
<b>3.0 Resultater</b> .....	<b>16</b>
3.1 Inklusion af forskningsartikler.....	16
3.2 Præsentation af de inkluderede forskningsartikler .....	18
3.3 Analyse og vurdering af de inkluderede forskningsartikler.....	21
3.4 Analyse og syntese af resultaterne .....	24
<b>4.0 Diskussion</b> .....	<b>26</b>
4.1 Diskussion af resultaterne.....	26
4.2 Diskussion af metoden.....	29
4.3 Konklusion.....	30
4.4 Implikationer for praksis .....	30
<b>Referencer</b> .....	<b>32</b>
<b>Bilag</b> .....	<b>37</b>
Bilag 1: Dokumentation for litteratursøgning .....	37
Bilag 2: Argumentation for eksklusion af artikler efter læsning af fuldtekst .....	38
Bilag 3: Argumentation for eksklusion af artikler efter kvalitetsvurdering.....	39
Bilag 4: CASP-tjekliste for ref. 1 .....	40
Bilag 5: CASP-tjekliste for ref. 2 .....	43
Bilag 6: CASP-tjekliste for ref. 3 .....	46

## 1.0 Introduktion

Antallet af ældre over 65 år i Danmark er steget betydeligt siden 2010, og det forventes at denne gruppe vil udgøre ca. 25 % af befolkningen i år 2040 (Social-, Bolig- og Ældreministeriet 2023). Som følge af bl.a. forbedrede levevilkår og behandlingsmuligheder, lever flere langvarigt med kroniske sygdomme, der kræver behandling på tværs af sundhedsvæsenets sektorer (Sundhedsstyrelsen, 2022a). Dette stiller store krav til sundhedsvæsenets aktører, der skal samarbejde om at sikre sammenhæng og kontinuitet i patienternes forløb for bl.a. at øge kvaliteten og mindske risikoen for fejl. I forbindelse med sektorovergange, særligt ved udskrivelse fra hospital til eget hjem, er der stor risiko for, at et manglende tværsektorielt samarbejde og kommunikation kan medføre utilsigtede hændelser herunder uplanlagte genindlæggelser (Rasmussen et al., 2021). Disse problemstillinger er omdrejningspunktet for denne opgave, der overordnet omhandler sygeplejefaglige interventioner til den ældre medicinske patient, der behandles på tværs af sundhedsvæsenet sektorer.

### 1.1 Indledende litteratursøgning

For at afgrænse emnet for denne bacheloropgave, har jeg foretaget en indledende litteratursøgning med udgangspunkt i mit ønske om at undersøge en klinisk problemstilling relateret til den ældre medicinske patient og sektorovergange. Med metoden bevidst tilfældig søgning foretog jeg brede søgninger med ordene ”sektorovergange”, ”sammenhængende patientforløb” og ”den ældre medicinske patient” på Google og Google Scholar for at undersøge, hvilken litteratur der allerede var tilgængelig på området samt hvordan emnet tidligere var blevet undersøgt (Fjordside, 2019). Ud fra disse søgninger fik jeg et indblik i en stor mængde af litteratur, der omhandler udfordringer og problemstillinger relateret til udskrivelser fra hospital til eget hjem for den ældre medicinske patient. Jeg fik dog ikke et entydigt svar på, hvilke sygeplejefaglige interventioner der kan bidrage til en mere sikker sektorovergang for patientgruppen. Dette har derfor inspireret mig til at undersøge disse problemstillinger nærmere i denne opgave. Nedenstående baggrundsafsnit afspejler den viden, jeg har opnået gennem den indledende litteratursøgning inddelt i et makro-, meso- og mikroperspektiv på den ældre medicinske patients samlede forløb på tværs af sektorerne i sundhedsvæsenet. I denne opgave referer begrebet *den ældre medicinske patient* (DÆMP) til ældre (65+-årige) patienter, der har haft minimum én indlæggelse på en medicinsk afdeling inden for et år, og som har en eller flere af følgende karakteristika: svær sygdom, kronisk sygdom, komorbiditet,

nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, begrænset egenomsorgskapacitet, polyfarmaci eller behov for kommunale sundhedsydelser (Sundhedsstyrelsen, 2016).

## 1.2 Baggrund

### Makroperspektiv

Et stadigt stigende antal af patienter modtager sundhedsydelser på tværs af sundhedsvæsenets sektorer. Mere end 60 % af de indlagte patienter over 65 år var i 2020 såkaldte *fælles patienter*, som modtog sundhedsydelser i både primær- og sekundær sektor (Kleist, 2020). At være fælles patient sætter dels store krav til patienten, der skal forholde sig til og kunne navigere i sundhedsvæsenets ydelser, men det sætter også store krav til sundhedsvæsenets aktører, der skal arbejde aktivt for at sikre trygge sektorovergange for patienterne. Fra politisk side har man forsøgt at sikre sammenhæng og kontinuitet i de patientforløb, der går på tværs af sektorerne, gennem både lovgivning samt nationale, regionale og kommunale initiativer, såsom Sundhedsaftaler, Kommunikationsaftaler og Forløbsprogrammer. Fælles for disse er, at de har til formål at styrke samarbejdet i sektorovergange gennem fastsatte rammer for den tværsektorielle kommunikation, koordinering samt fordeling af arbejdsopgaver mellem de involverede aktører (Region Hovedstaden 2019, Sundhedsstyrelsen 2022b, Sundhedsstyrelsen 2023b). Målet om at sikre et sammenhængende patientforløb for særligt multisyge og ældre patienter er endvidere afspejlet i de otte nationale mål for sundhedsvæsenet. Målene har til formål at sikre, at alle sundhedsvæsenets aktører arbejder i en fælles retning mod højere kvalitet (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2016). Blandt disse mål er *bedre sammenhængende patientforløb og styrket indsats for kronikere og ældre patienter*, som er særlig relevante for problemfeltet i denne opgave. Ud fra et organisatorisk perspektiv har disse politiske redskaber og kvalitetsmål altså til formål at bidrage til mere sammenhæng og kontinuitet i et ellers sektoropdelt og fragmenteret sundhedsvæsen. Og for udsatte patientgrupper, som ofte bevæger sig på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, er der et stort behov for netop sammenhæng, kommunikation og koordination i det samlede patientforløb, så relevant information om patienten bliver formidlet rettidigt til relevante aktører (Jensen, 2018).

På trods af at man fra politisk side har forsøgt at imødekomme de strukturelle og organisatoriske problemstillinger, der er relateret til behandling på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, er der fortsat udfordringer på området. Ifølge et dansk systemisk review fra 2021 er ældre medicinske patienter i øget risiko for utilsigtede hændelser (UTH'er), når de bevæger sig på tværs af sektorerne.

Særligt i forbindelse med udskrivelse fra en hospitalsindlæggelse, er der risiko for fejl som følge af manglende kommunikation og koordination mellem de sundhedsprofessionelle, hvilket kan medføre uplanlagte genindlæggelser, forlængede hospitalsophold, medicinfejl og død (Rasmussen et al., 2021). Risikoen for fejl i forbindelse med sektorovergange afspejles endvidere i de i alt 5.120 UTH'er, der blev rapporteret i 2022 relateret til henvisninger, indlæggelser, udskrivelser og medicinlister, hvoraf to af hændelserne førte til dødelig udgang (Styrelsen for Patientsikkerhed, 2022). Dette understreger vigtigheden af, at der fortsat fokuseres på kvalitetssikring og udvikling i relation til sektorovergange særligt for de udsatte patientgrupper, der ofte bevæger sig på tværs af sektorerne, herunder DÆMP.

### **Mesoperspektiv**

Sygeplejen til DÆMP, der behandles på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, er ofte præget af kompleksitet (Ældresagen, 2019). Anvendes begrebet kompleksitet med udgangspunkt i Sidsel Vinges begrebsramme herfor, er det både medicinsk-, social- og organisatorisk kompleksitet, der præger DÆMP's forløb (Vinge, 2018). Den medicinske- og sociale kompleksitet kommer til udtryk ved, at DÆMP ofte lever med både langvarige kroniske sygdomme, komorbiditeter, polyfarmaci, nedsat fysisk- og kognitivt funktionsniveau samt har begrænsede egenomsorgskapacitet, der påvirker deres evne til at deltage aktivt i deres patientforløb. Dette kræver, at man som sygeplejerske har en bred vifte af kliniske kompetencer, for at kunne imødekomme og håndtere de mange og varierende sygeplejefaglige problemstillinger patienterne har, samt at man formår at tilpasse sygeplejen til den enkeltes behov og forudsætninger (ibid). Derudover behandles DÆMP ofte med sundhedsydelser hos mange forskellige aktører på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, der alle dokumenterer og kommunikerer i forskellige systemer, hvilket skaber organisatorisk kompleksitet. For at kunne håndtere den organisatoriske kompleksitet samt skabe sammenhæng og kontinuitet i patientforløbene, er det en forudsætning, at man som sygeplejerske har et indgående kendskab til sundhedsvæsenet som organisation samt til de øvrige involverede aktørens ansvarsområder og arbejdsopgaver (ibid). Kompleksitet i DÆMP's forløb sætter altså krav til sygeplejerskens kliniske lederskab, der skal omfatte både kliniske og organisatoriske kompetencer. Netop samspillet mellem kliniske og organisatoriske kompetencer er beskrevet som *den dobbelte kompetence* i Arne Orvik's teori om klinisk lederskab. Ifølge Orvik er de kliniske og organisatoriske kompetencer internt forbundet i et dialektisk forhold, og det er en forudsætning, at der er et samspil

mellem begge kompetencer, for at sygeplejersken kan håndtere en kompleks klinisk hverdag samt kan sikre høj faglighed og kvalitet i sygeplejen (Glasscock, 2019).

Når DÆMP bevæger sig på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, beskrives sygeplejersken som en nøgleperson med ansvar for både at organisere, informere og klargøre patienten ved både indlæggelse og udskrivelse (Dusek et al., 2015). På trods af at man fra politisk side har iværksat adskillige initiativer, der skal bidrage til øget sammenhæng i patientforløbene til særligt ældre og kronisk syge, mener sygeplejerskerne stadig, at der er udfordringer på området. Sygeplejerskerne oplever eksempelvis, at de skal varetage en ikke klart defineret koordinations- og tovholderfunktion, som omfatter arbejdsopgaver, kompetencer og systemviden, som de ikke har (Nielsen, 2019). Dette underbygges endvidere i en dansk undersøgelse om sektorovergange fra 2019. Her er det beskrevet, at sygeplejersker fra både primær og sekundær sektor mener, at usammenhængende patientforløb ofte er et resultat af manglende kendskab til indbyrdes roller og ansvar, og at der er behov for, at man på tværs af sektorerne får indsigt i hinandens arbejdsgange og arbejdsvilkår (Møller & Delmar, 2019). Ifølge sygeplejerskerne kræver en succesfuld sektorovergang med optimal koordinering og kommunikation en klar og tydelig rolle- og ansvarsfordeling mellem de involverede aktører både før, under og efter at patienten bevæger sig på tværs af sektorerne (Dusek et al., 2015). Sygeplejen til DÆMP, der behandles på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, er altså både udfordret af, at patienterne ofte er multisyge, men også i høj grad af sundhedsvæsenets organisering. Det sætter store krav til, at man som sygeplejerske aktivt tager ansvar for at koordinere og kommunikere med de relevante aktører i patientforløbet i målet om at sikre sammenhæng og kontinuitet i patientforløbene.

### **Mikroperspektiv**

Selvom det i Sundhedslovens §2 er angivet, at sundhedsvæsenet skal sikre sammenhæng mellem ydelserne i et patientforløb, og at der fra politisk side både nationalt, regionalt og kommunalt er iværksat talrige initiativer for at sikre dette, oplever de ældre medicinske patienter forsat en dårlig koordinering både i og på tværs af sundhedsvæsenets sektorer (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2022; KOPA, 2020). For patienterne selv er deres sygdomme ikke opdelt i ”sektorer”, men når deres behandlingsforløb uddeles mellem mange aktører i sundhedsvæsenet, oplever de sjældent, at der bliver koordineret og skabt sammenhæng på tværs (KOPA, 2020). Dette bliver særlig tydeligt i forbindelse med udskrivelser fra hospitalet, hvor op mod 20 % af de 80+ årige oplever, at der ikke

er tilstrækkeligt med samarbejde mellem hospitalsafdelingen og de kommunale sundhedstilbud (LUP, 2021). En manglende inddragelse i udskrivelsen medfører utryghed hos patienterne, og giver dem en oplevelse af ikke at blive taget alvorligt. En patient udtrykker eksempelvis: ”*Jeg opdagede slet ikke, at de planlagde, at jeg skulle udskrives. De gjorde det bare hen over hovedet på mig uden at spørge mig, hvordan jeg havde det, hvordan det gik eller noget som helst.*” (Uhd & Frederiksen, 2011, s. 52). I et dansk studie, der undersøger ældre multisyge patienters oplevelse af sammenhængen mellem deres sundhedsydelser, udtrykker patienterne, at de oplever sammenhæng i deres forløb, når de føler sig set og lyttet til ud fra et helhedsperspektiv, der rummer alle aspekter af livet som kronisk syg (Boye et al., 2019). I stedet for at patienten med KOL og diabetes skal til blodsukkerkontrol i diabetesambulatoriet den ene dag og have lavet lungefunktionsundersøgelse hos egen læge den næste, ønsker de at blive mødt af sundhedsprofessionelle, der ser sammenhængen mellem deres sygdomme, og som kan hjælpe med koordinere, prioritere og holde styr på deres aftaler i sundhedsvæsenet (ibid).

Et andet vigtigt aspekt i DÆMP's oplevelse af en succesfuld sektorovergang er inddragelsen af pårørende (ibid). Involvering af pårørende har ifølge Sundhedsstyrelsen en positiv effekt på DÆMP's sygdomsforløb, sundhed og trivsel (Sundhedsstyrelsen, 2023a). Pårørende er en stor ressource, da de ofte kan bidrage med viden og indsigt om bl.a. patientens boligforhold, præferencer og habituelle funktionsniveau, som er vigtig viden i forbindelse med en udskrivelse (Brochstedt, 2023). Selvom man fra politisk side gennem mange år har haft et mål om at styrke patient- og pårørendeinddragelsen i sundhedsvæsenet, oplever op imod 50 % af pårørende til ældre medicinske patienter, at de ikke får lov at bidrage med den viden de har om patienten, når der skal træffes beslutninger i sundhedsvæsenet (Dansk Selskab for Patientsikkerhed & Trygfonden, 2016). Ifølge et dansk studie fra 2022 er inddragelse af pårørende helt essentiel når DÆMP skal udskrives fra hospitalet. I artiklen finder forfatterne en statistisk signifikant sammenhæng mellem inddragelse af pårørende ved udskrivelse og en lavere risiko for genindlæggelser (OR: 0.48, P = 0.05) (Kongensgaard et al., 2022). Og netop genindlæggelser er hyppigt forekommende for DÆMP. Op mod 20 % af patienter over 65 år genindlægges inden for 30 dage efter udskrivelse (Klinge et al., 2020). Disse genindlæggelser er essentielle at forebygge, da de er forbundet med nedsat livskvalitet og funktionsniveau samt øget risiko for mortalitet (Andreasen et al., 2019). Genindlæggelserne opstår ofte som følge af en mangelfuld planlægning ved udskrivelse samt UTH'er i sektorovergangen, såsom medicineringsfejl og utilstrækkelig tværsektoriel kommunikation



(Rasmussen et al., 2021). Fra et patientperspektiv er der altså også fortsat mange udfordringer forbundet med at blive behandlet på tværs af sundhedsvæsenets sektorer. Særligt har patientinddragelse en stor indflydelse på DÆMP's oplevelse af at have et sammenhængende patientforløb med trygge sektorovergange.

### **1.3 Formål og afgrænsning**

Som det fremgår af ovenstående baggrundsafsnit, er det at sikre et sammenhængende patientforløb for DÆMP, der behandles på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, forbundet med stor kompleksitet. På trods af iværksættelsen af talrige politiske initiativer, der skal bidrage til sammenhæng og samarbejde, er der fortsat adskillige problemstillinger på både mikro-, meso- og makroniveau. Særligt i relation til udskrivelser fra hospital til eget hjem er der behov nye interventioner, der kan sikre bedre sektorovergange samt forebygge genindlæggelser blandt ældre medicinske patienter. For at afgrænse problemfeltet i denne opgave, tager jeg udgangspunkt i den problemstilling, der er relateret til DÆMP's øgede risiko for genindlæggelser efter udskrivelse fra hospital til eget hjem. Dette ønsker jeg at undersøge med udgangspunkt i nedenstående undersøgelsesspørgsmål.

### **Undersøgelsesspørgsmål**

*Hvilke sygeplejeinterventioner kan i forbindelse med udskrivelse fra hospital til eget hjem reducere antallet af genindlæggelser for den ældre medicinske patient?*

## **2.0 Metode**

### **2.1 Litteraturstudie**

Til at besvare undersøgelsesspørgsmålet udarbejdes et kvantitativt litteraturstudie. Et litteraturstudie er en undersøgelsesmetode, der har til formål at afdække eksisterende viden på et klinisk område gennem en systematisk indsamling, analyse og syntese af den forskning, der allerede findes om en given problemstilling (Wodskou, 2023). I den indledende litteratursøgning fik jeg et indblik i, at der er en stor mængde af litteratur på området. Det er derfor relevant at sammenfatte denne eksisterende viden gennem et litteraturstudie i besvarelsen af opgavens undersøgelsesspørgsmål. Litteraturstudiet er endvidere valgt med et ønske om at bidrage til udvikling og kvalitetssikring af sygeplejen på et evidensbaseret niveau.

## 2.2 In- og eksklusionskriterier

Med udgangspunkt i undersøgelsesspørgsmålet har jeg valgt en række in- og eksklusionskriterier for litteratursøgningen, som fremgår af nedenstående tabel 1. Disse har til formål at præcisere og afgrænse litteratursøgningen, således at kun litteratur, der er relevant for undersøgelsesspørgsmålet inddrages. In- og eksklusionskriterierne har endvidere betydning for, hvorledes mit litteraturstudie kan generaliseres og overføres til klinisk praksis (Fjordside, 2019).

**Tabel 1: In- og eksklusionskriterier**

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
<ul style="list-style-type: none"><li>• Randomiserede kontrollerede studier (RCT)</li><li>• Interventioner relateret til udskrivelse fra hospital</li><li>• Ældre medicinske patienter indlagt på et hospital</li><li>• Studier på engelsk</li><li>• Studier udgivet i perioden 2015-2023</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Upublicerede studier</li><li>• Patienter der ikke udskrives til eget hjem</li><li>• Ikke-sygeplejerelevante interventioner</li><li>• Studier fra ikke-vestlige lande</li></ul>

Jeg har valgt kun at inkludere studier, der omhandler interventioner relateret til udskrivelse fra hospital til eget hjem, for at afgrænse undersøgelsesfeltet mest muligt i henhold til opgavens omfang. Der inkluderes kun RCT-studier i opgaven, dels grundet deres høje placering i evidenshierarkiet samt at dette studiedesign er den sikreste metode til at afgøre om effekterne i et studie skyldes interventionerne og ikke forskelle i studiepopulationerne (Rosén, 2018). Der inkluderes kun studier på engelsk for at mindske risikoen for, at en eventuel sprogbarriere kunne påvirke min forståelse af litteraturen. Dertil inkluderes studier udgivet i perioden 2015-2023 for at afgrænse mængden af litteratur samt for at prioritere det nyeste tilgængelige. Jeg har valgt at ekskludere upublicerede studier for at sikre, at den litteratur, der inddrages i opgaven, har et højt evidensniveau samt for at sikre validitet. For at øge generaliserbarheden har jeg valgt at ekskludere studier fra ikke-vestlige lande. Derudover ekskluderes studier, der omhandler ikke-sygeplejerelevante interventioner f.eks. interventioner udført af andre faggrupper, der har arbejdsopgaver, der ligger udenfor sygeplejerskens virksomhedsområde såsom læger, farmaceuter og psykologer.

## 2.3 Valg af databaser

Til at fremsøge litteratur har jeg anvendt de tre internationale databaser: Cinahl Complete, PubMed og Embase. Der er udvalgt tre databaser for at søge bredt på tilgængelig litteratur samt for at

imødekomme, at databaserne har forskelligt fagligt indhold (Kristensen, 2020). PubMed og Embase er valgt, da de er de største internationale sundhedsfaglige databaser, der dagligt opdateres med ny forskningsviden. Databaserne indeholder en stor mængde af kvantitativ litteratur, der bl.a. omfatter sygeplejefaglig forskning, hvorfor disse er særligt velegnede i denne opgave (ibid). Cinahl Complete er valgt som supplement til de øvrige databaser, da der er adgang til mere end 1.500 sygeplejefaglige- og sundhedsvidenskabelige tidsskrifter. På trods af, at databasen primært omfatter kvalitativ forskning, findes også mere end 150.000 artikler med en kvantitativ tilgang, hvorfor databasen er tilvalgt i dette projekt (ibid).

## 2.4 Søgestrategi og søgefunktion

Med udgangspunkt i opgavens undersøgelsesspørgsmål har jeg opbygget min søgeprofil ud fra PICO-modellen. PICO-modellen kan anvendes til at strukturere og fokusere den systematiske søgeproces gennem en konkret formulering af undersøgelsesspørgsmålet. PICO-modellen anvendes når man ønsker at søge efter kvantitative forskningsartikler, der undersøger effekten af en given intervention (Fjordside, 2019). I tabel 2 præsenteres PICO-modellen for denne opgave, hvori de forskellige elementer i mit undersøgelsesspørgsmål er opstillet systematisk ud fra de fire komponenter i modellen:

- **Patient**, der angiver hvilken patientgruppe undersøgelsen omfatter.
- **Intervention**, der beskriver den intervention, man ønsker at undersøge effekten af.
- **Comparison**, hvor alternativet til den udvalgte intervention afgrænses.
- **Outcome**, der beskriver de udfald, som man ønsker at måle interventionens effekt ud fra.

**Tabel 2: PICO-model**

Patient	Intervention	Comparison	Outcome
Den ældre medicinske patient	Interventioner relateret til udskrivelse fra hospital til eget hjem	Almindelig udskrivelsesproces	Genindlæggelser

Med udgangspunkt i PICO-modellen samt mine in- og eksklusionskriterier har jeg udarbejdet et aspektskema, som er illustreret i nedenstående tabel 3. Aspektskemaet omfatter centrale nøgleord i litteratursøgningen, så denne målretter sig litteratur, der kan anvendes til besvarelse af

undersøgelsesspørgsmålet (Kristensen, 2020). Ordene er valgt med udgangspunkt i den engelske oversættelse af komponenterne fra PICO-modellen samt synonymer og beslægtede begreber hertil. Særligt for aspektet ”den ældre medicinske patient” har det været vanskeligt at lave en direkte oversættelse af begrebet. Dette skyldes at man på engelsk har forskellige termer, der anvendes til at beskrive denne patientgruppe, og ikke én samlet betegnelse som på dansk. Dette har jeg forsøgt at imødekomme ved at anvende forskellige søgeord, som jeg er stødt på i den indledende litteratursøgning.

**Tabel 3: Aspektskema**

<b>Aspekt 1:</b> Den ældre medicinske patient	<b>AND</b>	<b>Aspekt 2:</b> Sygeplejefaglige interventioner	<b>AND</b>	<b>Aspekt 3:</b> Udskrivelse	<b>AND</b>	<b>Aspekt 4:</b> Genindlæggelser
Elderly medical patient <b>OR</b> Old medical patient <b>OR</b> Older adults <b>OR</b> 65+ <b>OR</b> Frail Elderly		Nursing interventions <b>OR</b> Interventions		Discharge <b>OR</b> Patient discharge <b>OR</b> Hospital discharge		Readmission <b>OR</b> Rehospitalization <b>OR</b> Rehospitalisation

Den endelige søgeprotokol for litteratursøgning er illustreret i nedenstående tabel 4.

Søgeprotokollen har dels til formål at illustrere den systematik, der har været omkring søgningen samt skabe transparens og reproducerbarhed. Som det fremgår af tabellen, foretog jeg først bloksøgninger inden for hvert af aspekterne. Her er den boolske operator **OR** anvendt mellem søgeordene for at udvide søgningen. Ved at anvende OR mellem ordene øges sandsynligheden for, at alt relevant litteratur fremkommer, hvilket øger sensitiviteten af søgningen (Fjordside, 2019). Mellem hver af aspektsøgningerne har jeg anvendt den boolske operator **AND**. Dette medfører at kun litteratur, der indeholder minimum ét af ordene fra hver af bloksøgningerne inddrages. Hermed kommer søgningen til at afspejle undersøgelsesspørgsmålet og den opsatte PICO-model (ibid). Af bilag 1 fremgår dokumentation for søgningerne i de tre databaser.

I søgeprotokollen har jeg gjort brug af både fritekstsøgninger og emneordssøgninger. Ved en fritekstsøgning søges der i hele databasen. Det giver mulighed for at inkludere de artikler, der ikke

er omfattet af de emneord, som jeg har søgt med. Fritekstsøgninger medfører ofte mange resultater, og dermed et større screeningsarbejde, hvilket kan anses en ulempe (Kristensen, 2020). Ved emneordssøgning søges blandt de emneord, som artiklerne i databaserne har fået tildelt fra databasens emneordsliste. Ved brug af emneord i søgningen, får man ofte en mere præcis søgning med et færre antal hits end ved fritekstsøgning. Dog er det ikke alle artikler, der har fået tildelt emneord, og disse vil i så fald ikke være omfattet af emneordssøgningen (ibid). I udvælgelsen af mine søgeord gennemgik jeg de tre databasers emneordslister. Da jeg kun fandt et begrænset antal af emneord inden for hvert af aspekterne, supplerede jeg med øvrige fritekstsord. Ved at anvende både emneord og fritekstord i søgningen øges præcisionen af søgningen (ibid). I relation til fritekstsøgningen har jeg gjort brug af forskellige søgetekniske redskaber. Jeg har anvendt trunkering efter flere af ordenes grundstamme for at medtage alle endelser af ordet. F.eks. vil "elder\*" inkludere både elder, elderly, elders og elderlies. Derudover har jeg anvendt strengsøgning ved at sætte citationstegn omkring sammenhængende ord, såsom: "elder medical patient". Dette medfører, at ordene opfattes som ét sammenhængende ord, og at der kun fremsøges litteratur, hvor ordene fremkommer samlet i den angivne rækkefølge (ibid).

Efter at have udført søgningerne som ovenfor beskrevet og med udgangspunkt i søgeprotokollen i tabel 4, har jeg valgt at afgrænse søgeresultaterne ved brug af limits. Jeg har anvendt de samme limits for alle databaserne for at sikre systematik. Med udgangspunkt i mine in- og eksklusionskriterier har jeg valgt at afgrænse søgningerne ud fra publikationsår, sprog, studiedesign samt at artiklerne skal være udgivet og kunne fremsøges i fuld tekst. Dette er med til at frasortere en stor del af de resultater, som ikke lever op til mine in- og eksklusionskriterier fra start af (ibid).

**Tabel 4: Søgeprotokol**

Database Dato	Aspekt 1	AND	Aspekt 2	AND	Aspekt 3	AND	Aspekt 4	Hits	Limits	Resultat
<b>Cinahl Complete</b> 04.11.2023	"elder* patient*" <b>OR</b> "elder* medical patient*" <b>OR</b> "old* medical patient*" <b>OR</b> "older adults" <b>OR</b> 65+ <b>OR</b> (MM "Frail elderly") <b>Hits:</b> 165.134		(MM "Nursing Interventions") <b>OR</b> Intervention* <b>Hits:</b> 594.652		(MM "Patient Discharge") <b>OR</b> discharge* <b>OR</b> (MM "hospital discharge") <b>Hits:</b> 112.810		(MM "readmission") <b>OR</b> readmission* <b>OR</b> rehospitali* <b>Hits:</b> 28.503	425	2015 -2023 Engelsk Full-text RCT-studier	6
<b>PubMed</b> 04.11.2023	"elder* medical patient*" <b>OR</b> "old medical patient*" <b>OR</b> "older adults" <b>OR</b> 65+ <b>OR</b> ("Frail Elderly"[Mesh]) <b>Hits:</b> 6.799.522		("Nursing process" [Mesh]) <b>OR</b> Intervention* <b>Hits:</b> 1.586.884		("Patient Discharge" [Mesh]) <b>OR</b> discharge* <b>OR</b> "hospital discharge" <b>Hits:</b> 350.048		("Patient Readmission" [Mesh]) <b>OR</b> readmission* <b>OR</b> rehospitali* <b>Hits:</b> 58.262	3.122	2015 -2023 Engelsk Full-text RCT-studier	295
<b>Embase</b> 04.11.2023	"elder* patient*" <b>OR</b> "elder* medical patient*" <b>OR</b> "old* medical patient*" <b>OR</b> "older adults" <b>OR</b> 65+ <b>OR</b> "Frail elderly"/exp <b>Hits:</b> 2.712.694		'intervention study'/exp <b>OR</b> Intervention* <b>Hits:</b> 2.194.791		"patient discharge" <b>OR</b> Discharge* <b>OR</b> 'hospital discharge'/exp <b>Hits:</b> 639.094		"Hospital readmission" /exp <b>OR</b> readmission* <b>OR</b> rehospitali* <b>Hits:</b> 122.452	2.195	2015 -2023 Engelsk Full-text RCT-studier	132

## 2.5 Etiske overvejelser

Denne opgave følger de etiske retningslinjer for sygeplejeforskning i Norden, herunder de grundlæggende etiske principper om autonomi, om at gøre godt, om ikke at gøre skade og om retfærdighed (Sygepleiernes Samarbeid i Norden, 2013). Der inddrages kun studier, der har modtaget godkendelse fra en relevant videnskabsetisk komité. Derudover medtages kun studier, der lever op til krav om samtykke og information, så alle deltagerne er blevet informeret både mundtligt og skriftligt om studiet samt har haft mulighed for at kunne trække sit samtykke tilbage og forlade undersøgelsen uden konsekvenser. Dette for at sikre patienternes autonomi. I mit valg af undersøgelsesspørgsmål og metode har jeg yderligere gjort mig nogle etiske overvejelser, idet problemfeltet er komplekst og omhandler en sårbar patientgruppe. Ved at indsamle og analysere allerede publicerede studier kan jeg få et indblik i det ønskede materiale samtidig med, at der ikke er behov for, at patienterne deltager i unødige undersøgelser. Dette efterlever principperne om respekt for det sårbare liv samt om retfærdighed (ibid). Princippet om at gøre godt er afspejlet i mit ønske om at bidrage til udvikling i sygeplejen, herunder undersøge om der er indikation for at implementere yderligere interventioner for at forebygge unødige genindlæggelser blandt ældre medicinske patienter (ibid). Opgaven er endvidere udarbejdet med det formål at levere god videnskabelig praksis, hvorfor min søgestrategi, metodevalg og analyse er forsøgt nøjagtigt gengivet i opgaven med understøttelse af figurer og tabeller, så det er muligt for læseren at efterprøve søgningen (ibid).

## 2.6 Analysestrategi

Til at analysere den litteratur, der inddrages i dette litteraturstudie, gør jeg brug af analysemetoden narrativ syntese, som denne er beskrevet af Pernille Wodskou. Med metoden analyseres og syntetiseres de inddragede studier ud fra fire fastsatte trin (Wodskou, 2023):

- **Trin 1:** I dette trin beskrives udvælgelses- og vurderingsprocessen for inklusion af forskningsartikler med udgangspunkt i den systematiske litteratursøgning. Dette trin skal bidrage til stringens og transparens.
- **Trin 2:** I dette trin præsenteres de inkluderede studier i en samlet tabel for at vise sammenhængen mellem de inkluderede studier og undersøgelsesspørgsmålet samt for at skabe et overblik over studierne.

- **Trin 3:** I dette trin analyseres de inkluderede studiers metodiske kvalitet systematisk for at identificere styrker og svagheder ved studierne. Her anvendes tjeklisten for RCT-studier fra Critical Appraisal Skills Programme (CASP).
- **Trin 4:** I dette trin præsenteres resultaterne i de enkelte studier i en samlet tabel. Dertil foretages en analyse og syntese af resultaterne på tværs af studierne i en skriftlig sammenfatning.

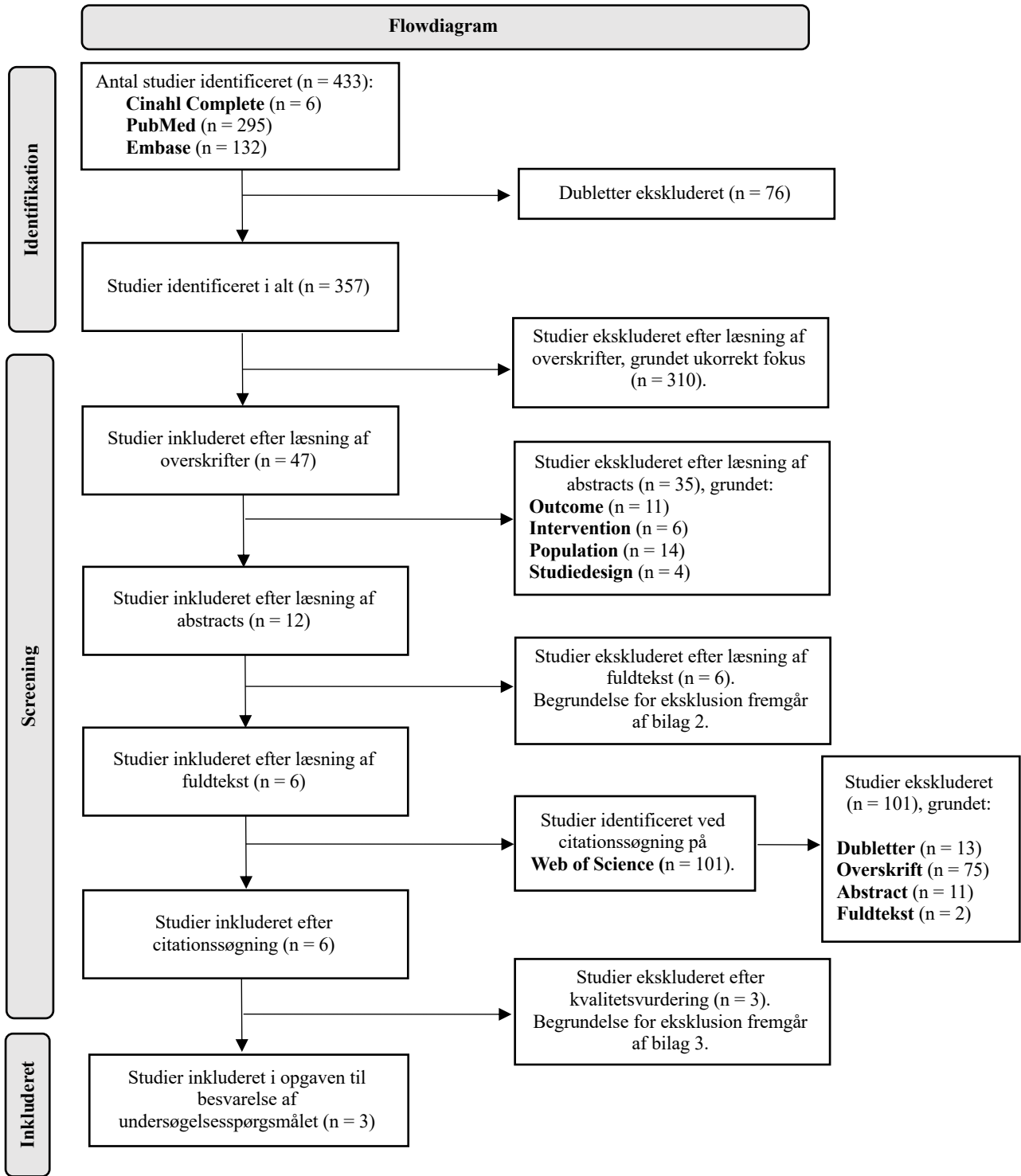
## 3.0 Resultater

### 3.1 Inklusion af forskningsartikler

Nedenstående figur 1 illustrerer et flowdiagram over udvælgelsesprocessen af litteratur fra den systematiske litteratursøgning. Søgningen er udført som angivet i søgeprotokollen i tabel 4. Der blev i alt identificeret 433 studier, hvoraf 76 var dubletter og blev ekskluderet. Med udgangspunkt i de 357 studier foretog jeg først en screening af studiernes overskrifter, hvor 310 studier blev ekskluderet som følge af ukorrekt fokus. Dette omfattede eksempelvis artikler om interventioner målrettet forkerte målgrupper, såsom børn eller cancerpatienter. Dernæst læste jeg de resterende 47 artiklers abstract, hvoraf 35 studier blev ekskluderet jf. mine in- og eksklusionskriterier. De 12 tilbageværende artikler læste jeg i deres fulde format, hvoraf jeg ekskluderede seks af dem, som følge af, at studierne population, outcome eller interventioner ikke opfyldte mine in- og eksklusionskriterier (se uddybning heraf i bilag 2). Med udgangspunkt i de resterende seks artikler foretog jeg en citationssøgning i Web of Science, hvor jeg identificerede 101 artikler, men ekskluderede dem alle, enten fordi de var dubletter eller ikke opfyldte mine in- og eksklusionskriterier. De seks studiers kvalitet er vurderet med udgangspunkt i CASP-tjeklisten for RCT-studier, hvor yderligere tre ekskluderes grundet deres metodiske kvalitet (se uddybning heraf i bilag 3). De resterende tre studier er vurderet til at kunne bidrage til besvarelse af undersøgelsesspørgsmålet, og er derfor inkluderet i denne opgave.



**Figur 1: Flowdiagram over udvælgelsesprocessen**



### 3.2 Præsentation af de inkluderede forskningsartikler

Følgende tre forskningsartikler er inkluderet i opgaven:

- **Ref. 1:** Lindhardt, T., Løvgreen, S. M., Bang, B., Bigum, C., & Klausen, T. W. (2019). A targeted assessment and intervention at the time of discharge reduced the risk of readmissions for short-term hospitalized older patients: A randomized controlled study. *Clinical Rehabilitation*, 33(9), 1431–1444.
- **Ref. 2:** Finlayson, K., Chang, A. M., Courtney, M. D., Edwards, H. E., Parker, A. W., Hamilton, K., Pham, T. D. X., & O'Brien, J. (2018). Transitional care interventions reduce unplanned hospital readmissions in high-risk older adults. *BMC Health Services Research*, 18(956), 1–9.
- **Ref. 3:** Lembeck, M. A., Thygesen, L. C., Sørensen, B. D., Rasmussen, L. L., & Holm, E. A. (2019). Effect of single follow-up home visit on readmission in a group of frail elderly patients – a Danish randomized clinical trial. *BMC Health Services Research*, 19(751), 1–10.

Der refereres herefter til studierne som ref. 1, ref. 2 og ref. 3.

I nedenstående tabel 5 præsenteres de inkluderede studier med fokus på geografi, formål, kontekst, studiedesign, deltagerkarakteristika, interventioner og outcome. Tabellen er udarbejdet på baggrund af gentagende nærlæsninger af de tre studier. For at sikre systematik, stringens og transparens er dataekstraktionen og udfyldning af tabellen udført ens for alle tre studier.

**Tabel 5: Oversigt over de inkluderede studier**

Ref.	Formål	Design	Kontekst	Deltagere				Intervention(er)	Kontrol	Outcome
				Land	Antal	Alder ( $\mu$ )	Køn			Karakteristika
Ref. 1	At sammenligne effekten af to udskrivelsesinterventioner på antallet af genindlæggelser, funktionsniveau, livskvalitet samt brug af kommunale tilbud blandt ældre patienter udskrevet efter en kortvarig indlæggelse.	RCT	Udsk. fra hospital til eget hjem	N = 330 IG = 221 KG = 109	75	M: 151 K: 179	$\geq 65$ årige, udsk. til eget hjem <72 t efter indl., modtager ikke hjemmehjælp	A) Måltrettet informationsbaseret intervention med fokus på egenomsorg.  B) Intervention baseret på den motiverende samtale + hjemmebesøg en uge efter udsk.	Alm. udsk.	Genindl.
										Danmark
Ref. 2	At undersøge og sammenligne effekten af tre udskrivelsesinterventioner på antallet af uplanlagte genindlæggelser inden for 28 dage, 12 uger og 24 uger efter udsk.	RCT	Udsk. fra hospital til eget hjem	N = 222 IG = 167 KG = 55	77,6	M: 60 K: 162	$\geq 65$ årige medicinske patienter, som er i risiko for genindlæggelser	1) 6 ugers skræddersyet træningsprogram med en fysioterapeut i hjemmet.  2) Sygeplejefaglig opfølgning: et fysisk møde <48 t efter udsk. + telefonisk opfølgning i 24 uger.  3) Kombination af intervention 1 og 2.	Alm. udsk.	Genindl.
										Australien
Ref. 3	At undersøge om udskrivelsesplanlægning inkl. et opfølgende hjemmebesøg reducerer antallet af genindlæggelser blandt ældre.	RCT	Udsk. fra hospital til eget hjem	N = 537 IG = 270 KG = 267	82,3	M: 214 K: 323	$\geq 65$ årige skrøbelige patienter	Følge-hjem ordning inkl. opfølgende besøg med spl. fra både primær- og sekundær sektor omkring sygeplejefaglige problemområder, interventioner hertil samt gennemgang af fremtidige aftaler i sundhedsvæsenet.	Alm. udsk.	Genindl.
										Danmark

IG = interventionsgruppe, KG = kontrolgruppe, udsk. = udskrivelse, genindl. = genindlæggelse.

\*\*\*: Data ikke præsenteret for follow-up tidspunkt.

Som det fremgår af tabel 5, er der inkluderet tre RCT-studier i opgaven, herunder fra Danmark og et fra Australien. Studierne omfatter tilsammen 1.089 patienter, hvoraf 431 indgik i en kontrolgruppe og 658 i en interventionsgruppe. Gennemsnitsalderen på tværs af studierne var 78,3 år. Der ses en overvægt af kvinder i alle studierne, og samlet udgør kvinder 61% af studiepopulationen på tværs af studierne. Alle tre studier inkluderer patienter  $\geq 65$  år, der skal udskrives fra hospital til eget hjem. I ref. 1 er kommunal hjemmehjælp et eksklusionskriterie, hvorimod de to øvrige studier inkluderer patienter med hjælp i hjemmet. I ref. 2 er det et inklusionskriterie, at patienterne skal være i risiko for at blive genindlagt, og i ref. 3 skal patienterne kunne karakteriseres som skrøbelige (frailty). I ref. 2 og ref. 3 anvendes faktorer som polyfarmaci, nedsat fysisk og psykisk funktionsevne, hyppige indlæggelser samt multisygdom som baggrund for at afgøre om patienterne er hhv. i risiko for genindlæggelser eller kan karakteriseres som skrøbelige. Disse faktorer mener jeg kan sammenlignes med karakteristika for DÆMP jf. opgavens begrebsafklaring i afsnit 1.1, hvorfor studierne vurderes til, at leve op til mine in- og eksklusionskriterier.

Fælles for interventionerne i de tre studier er, at de udføres i forbindelse med udskrivelse fra hospital til eget hjem. Interventionerne inkluderer alle en sygeplejerske, med undtagelse af intervention 1 i ref. 2., der omfatter et individualiseret træningsprogram og træning med en fysioterapeut. Studierne inddeler patienterne i hhv. en, to og tre interventionsgrupper samt en kontrolgruppe. Interventionerne i de tre studier adskiller sig fra hinanden på flere parametre. Hvor nogle af interventionerne udelukkende udføres på dagen for udskrivelsen, har andre opfølgende besøg og telefoniske samtaler gennem en længere periode. I de to danske studier er der endvidere fokus på at inddrage patienternes praktiserende læge samt det kommunale sundhedsområde.

Det primære outcome er i alle tre studier uplanlagte genindlæggelser efter en hospitalsudskrivelse. I de to danske studier indhentes data om genindlæggelser fra nationale registre, hvorimod det australske studie indhenter data om genindlæggelser gennem follow-up interview, der efterfølgende blev sammenholdt med patienternes journaler.

### 3.3 Analyse og vurdering af de inkluderede forskningsartikler

Til at analysere og vurdere de inkluderede forskningsartiklers metodiske kvalitet anvendes CASP tjeklister for RCT-studier (Critical Appraisal Skills Programme, 2020). I tabel 6 præsenteres en sammenfatning af de udfyldte tjeklister for de tre studier, og af bilag 4, 5 og 6 fremgår de udfyldte tjeklister for hvert af studierne.

**Tabel 6: Kvalitetsvurdering af de inkluderede forskningsartikler**

Spørgsmål	Ref. 1	Ref. 2	Ref. 3
1. Did the study address a clearly focused research question?	Ja	Ja	Ja
2. Was the assignment of participants to interventions randomized?	Ja	Ja	Ja
3. Were all participants who entered the study accounted for at its conclusion?	Ja	Ja	Ja
4.1 Were the participants 'blind' to intervention they were given?	Nej	Nej	Nej
4.2 Were the investigators 'blind' to the intervention they were giving to participants?	Nej	Nej	Nej
4.3 Were the people assessing/analyzing outcome/s 'blinded'?	Ja	Ja	Ja
5. Were the study groups similar at the start of the randomized controlled trial?	Nej	Ja	Ja
6. Apart from the experimental intervention, did each study group receive the same level of care (that is, were they treated equally)?	Ja	Ja	Ja
7. Where the effects of intervention reported comprehensively?	Ja	Ja	Ja
8. Was the precision of the estimate of the intervention or treatment effect reported?	Ja	Ja	Ja
9. Do the benefits of the experimental intervention outweigh the harms and costs?	Ja	Ja	Ja
10. Can the results be applied to your local population/in your context?	Ja	Ja	Ja
11. Would the experimental intervention provide greater value to the people in your care than any of the existing interventions?	Ja	Ja	Ja

**Ref. 1:** Studiet udviser metodiske styrker ved deres systematiske randomisering af deltagerne. En sådan tilfældig allokering af deltagerne mindsker risikoen for confounding og systematiske fejl samt styrker studiets interne validitet, da eventuelle forskelle mellem grupperne må tilskrives interventionen og ikke forskelle i deltagerkarakteristika (Vilstrup et al., 2023). Dog ses der en statistisk signifikant forskel i antallet af mænd mellem intervention B og kontrolgruppen ved baseline, og randomiseringen er dermed ikke lykkedes. Dette er en svaghed ved studiet, der kan medføre confounding. I dette tilfælde er der risiko for, at effekten af intervention B på antallet af genindlæggelser kan være betinget af deltagernes køn, hvilket vil medføre en skævvridning af data. Forfatterne forsøger at imødekomme dette ved at justere for køn i deres statistiske analyser (ibid). Som følge af interventionens karakter har det ikke været muligt at blinde deltagere og forskere i studiet. Dette kan medføre en risiko for bias, idet både forskere og patienter utilsigtet kan komme til at lade interventionen eller mangel på samme have indflydelse på deres vurderinger og rapportering. Dog er det en styrke ved studiet, at man har blindet statistikerne (ibid). En anden styrke ved studiet er, at der er udført en 80% styrkeberegning, hvilket er med til at sikre, at man har tilstrækkeligt med deltagere i studiet, og dermed mindsker risikoen for type-2 fejl (ibid). Dertil er der anvendt intention-to-treat analyse, der kan mindske risikoen for potentielle bias som følge af frafald (Roelsgaard, 2023). Det er yderligere en styrke ved studiet, at data om genindlæggelser er indhentet via registerdata, da dette bidrager til både validitet og reliabilitet, idet der måles præcist på det ønskede outcome uden risiko for fx informationsbias (Vilstrup et al., 2023). Samlet set vurderes studiet til at have en middel metodisk kvalitet som følge af den risiko for bias og confounding, som den manglende randomisering kan medføre.

**Ref. 2:** I dette studie er det også en metodisk styrke, at der er foretaget en systematisk randomisering af deltagerne. Denne er vellykket, idet der ikke er nogen statistisk signifikant forskel på de fire grupper ved baseline. I studiet har man gjort brug af blindede statistikere, hvilket er en styrke for at undgå bias (ibid). En anden styrke ved studiet er, at der foretaget en frafaldsanalyse. Dog er der en statistisk signifikant højere forekomst af nyresygdomme ( $p = 0.015$ ) og lav social support ( $p = 0.037$ ) blandt dem, der er droppet ud af studiet undervejs (Finlayson et al., 2018). Dette kan medføre en skævvridning af data i form af selektionsbias, da dem der er frafaldet, kan have en anden prognose end de tilbageværende (Vilstrup et al., 2023). Da det ikke er ikke beskrevet, hvorvidt dette har en betydning for resultaterne, må det anses som en svaghed ved studiet. En anden svaghed ved studiet er, at der ikke er foretaget en styrkeberegning, og særligt fordi grupperne er

relativt små med mellem 54-57 personer i hver, er det svært at vurdere, om grupperne skulle have været større for at mindske risikoen for type-2 fejl (ibid). En styrke ved studiet er derimod, at forskerne har forsøgt at mindske risikoen for recall-bias, ved at sammenligne data om genindlæggelser fra interviews med patienternes journaler. På trods af, at studiet er udført i Australien, har det en relativ stor grad af overførbare til en dansk kontekst, idet interventionerne ligner sundhedsydelse i det danske sundhedsvæsen samt at organiseringen af sundhedsvæsenet i Australien til en vis grad kan sammenlignes med det danske. På trods af de nævnte svagheder, vurderes studiet til at have en høj metodisk kvalitet.

**Ref. 3:** I studiet er det en metodisk styrke, at den systematiske computerbaserede randomisering er vellykket, og at der ikke er nogle statistisk signifikante forskelle på grupperne ved baseline. Dog er det i studiet blot beskrevet, at grupperne var ens ved baseline, men der er ikke præsenteret p-værdier i tabellen for baselinekarakteristika, hvilket ellers ville have styrket studiets validitet yderligere. Studiet har som de øvrige blindet statistikerne, hvilket er en styrke. En yderligere styrke ved studiet er, at al data om outcome ved alle follow-up tidspunkter er indhentet fra relevante danske registre, hvilket øger studiets validitet og reliabilitet samt mindsker risikoen for informationsbias (ibid). Dertil mindskes risikoen for frafald, idet undersøgelsen ikke kræver at deltagerne bliver fysisk inddraget ved follow-up tidspunkterne. Dette må anses som en styrke, da patienterne i denne undersøgelse er karakteriseret ved at være skrøbelige, og dermed rent etisk ikke bør udsættes for unødige forstyrrelser. Da studiet er udført i Danmark og omhandler en population, der ligner den, der er omdrejningspunktet i denne opgave, er der en stor grad af overførbare. Dertil er interventionen opbygget omkring en allerede eksisterende sygeplejefaglig intervention, der tilbydes bestemte patientgrupper i form af følge-hjem-ordningen ved udskrivelse fra hospital til eget hjem, hvilket styrker studiets eksterne validitet. Studiet vurderes til at have en høj metodisk kvalitet på baggrund af kvalitetsvurderingen.

### 3.4 Analyse og syntese af resultaterne

For at analysere og syntetisere resultaterne i de inkluderede studier, præsenteres studierne fund først i tabel 7, hvorefter jeg på tværs af studierne sammenfatter deres resultater skriftligt. Studierne sekundære outcome er ikke medtaget i denne analyse, da jeg udelukkende vælger at forholde mig til interventionernes effekt på genindlæggelser jf. mit undersøgelsesspørgsmål.

**Tabel 7: Oversigt over resultaterne i de tre inkluderede studier**

Reference	Interventions-gruppe	Outcome	Måle-tidspunkt	Ratio <sup>1</sup>	95% CI	P-værdi
Ref. 1	Intervention A	Antal genindl.	12 uger	OR = 0.70	(0.38;1.29)	p = 0.26
	Intervention B		12 uger	OR = 0.78	(0.41;1.51)	p = 0.46
Ref. 2	Intervention 1	Antal genindl.	28 dage	HR = 0.50	(0.19;1.28)	p = 0.148
			12 uger	HR = 0.74	(0.37;1.47)	p = 0.385
	Intervention 2	Antal genindl.	28 dage	HR = 0.38	(0.13;1.07)	p = 0.067
			12 uger	HR = 0.38	(0.18;0.82)	p = 0.014**
	Intervention 3	Antal genindl.	28 dage	HR = 0.28	(0.09;0.88)	p = 0.029**
			12 uger	HR = 0.47	(0.23;0.97)	p = 0.040**
Ref. 3	Intervention	Antal genindl.	8 dage	OR = 1.16	(0.67;2.00)	p = 0.61
			30 dage	OR = 1.18	(0.81;1.73)	p = 0.38
			180 dage	OR = 1.07	(0.75;1.51)	p = 0.71

<sup>1</sup> Reference er kontrolgruppen i de enkelte studier.

OR = Odds ratio, HR = Hazard ratio

\*\* Statistisk signifikant på 95% signifikansniveau.



### **Den tværsektorielle tilgang**

I ref. 1 og ref. 3 er interventioner opbygget omkring en tværsektoriel tilgang, hvor aktører fra både primær- og sekundær sektor er involveret i udskrivelsesprocessen. Ref. 1 undersøges to tværsektorielle interventioner, hvor både en sygeplejerske og det kommunale forebyggende team er involveret samt hvor den praktiserende læge informeres om udskrivelsen. I studiet finder forfatterne, at interventionsgrupperne har hhv. 30% og 22% lavere odds for at blive genindlagt efter 12 uger sammenlignet med kontrolgruppen. Resultaterne er dog ikke statistisk signifikante (Lindhardt et al., 2019). I ref. 3 undersøges effekten af en tværsektoriel sygeplejefaglig følge-hjem ordning, der inkluderer et udskrivelsesmøde i patientens hjem på dagen for udskrivelse, hvor en sygeplejerske fra både primær og sekundær sektor deltager. I studiet finder forfatterne, at interventionsgruppen har større risiko for genindlæggelser end kontrolgruppen efter både 8, 30 og 180 dage efter udskrivelsen. Resultaterne er dog ikke statistisk signifikante (Lembeck et al., 2019). Resultaterne i de to studier viser altså modsatrettede effekter af udskrivelsesinterventioner med en tværsektoriel tilgang, og der kan med udgangspunkt i de to studier ikke fastslås, hvorvidt en sådan tilgang har en effekt på antallet af genindlæggelser blandt ældre medicinske patienter.

### **Den monofaglige tilgang**

I ref. 2 er to af studiets tre interventioner udført af hhv. en fysioterapeut og en sygeplejerske. I forhold til intervention 1, der består af et seks ugers individualiseret træningsprogram med en fysioterapeut, finder forfatterne ingen signifikant effekt på antallet af genindlæggelser efter hverken 28 dage eller efter 12 uger. Studiets intervention 2 udføres af en sygeplejerske og består af et fysisk møde med patienten i hjemmet inden for 48 timer efter udskrivelse samt regelmæssig telefonisk opfølgning i de første 24 uger efter udskrivelse. Her finder forfatterne ingen signifikant effekt på antallet af genindlæggelser efter 28 dage, men derimod havde gruppen statistisk signifikant 62% mindre sandsynlighed for at blive genindlagt efter 12 uger sammenlignet med kontrolgruppen (HR = 0.38, 95% CI (0.18;0.82), p = 0.014) (Finlayson et al., 2018). Dette fund tyder altså på, at en langvarig og hyppig sygeplejefaglig opfølgning kan reducere antallet af genindlæggelser blandt ældre medicinske patienter.

## **Den multidisciplinære tilgang**

I ref. 3 undersøger forfatterne endvidere effekten af en multidisciplinær intervention i deres intervention 3. Denne intervention er en kombination af de førnævnte to monofaglige interventioner, og omfatter både et seks ugers træningsprogram ved en fysioterapeut samt fysisk- og telefonisk sygeplejefaglig opfølgning i de første 24 uger efter udskrivelsen. Her finder forfatterne en statistisk signifikant effekt på antallet af genindlæggelser ved begge follow-up tidspunkter. Efter 28 dage havde gruppen 72,2% mindre sandsynlighed for genindlæggelser end kontrolgruppen (HR = 0.278, 95% CI (0.09;0.88), p = 0.029), og efter 12 uger havde gruppen 53% mindre sandsynlighed for genindlæggelser end kontrolgruppen (HR = 0.47, 95% CI (0.23;0.97), p = 0.040) (ibid). Dette resultat vidner altså om, at langvarige multidisciplinære interventioner med både fysisk træning samt sygeplejefaglig opfølgning efter udskrivelsen fra hospital til eget hjem kan reducere antallet af genindlæggelser blandt ældre medicinske patienter.

## **4.0 Diskussion**

### **4.1 Diskussion af resultaterne**

Formålet med dette litteraturstudie var at undersøge, hvilke interventioner, der i forbindelse med udskrivelse fra hospital til eget hjem kan reducere antallet af genindlæggelser for DÆMP. Med baggrund i ovenstående analyse og syntese af de inkluderede studiers resultater viser det sig, at både langvarige multidisciplinære interventioner samt monofaglige interventioner i form af sygeplejefaglig opfølgning efter udskrivelse fra hospital til eget hjem har en reducerende effekt på antallet af genindlæggelser blandt ældre medicinske patienter (ibid). Derimod viste effekten af de tværsektorielle interventioner tvetydige og modsatrettede effekter (Lembeck et al., 2019; Lindhardt et al., 2019).

De varierende resultater af interventionerne kan muligvis tilskrives heterogenitet mellem studierne. Studierne omfatter tilsammen seks interventioner, og fælles for disse er, at de er relateret til udskrivelse fra hospital til eget hjem. Dog adskiller interventionerne sig fra hinanden i både indhold, varighed samt hvilke professioner og aktører, der er inddraget. Dette kan være en af årsagerne til, at studierne fund peger i forskellige retninger. Men da jeg jf. undersøgelsesspørgsmålet i opgaven ønsker at undersøge, hvilke interventioner der kan reducere antallet af genindlæggelser for DÆMP, og ikke effekten af én bestemt intervention, anser jeg denne

heterogenitet i interventionerne, og dermed de tvetydige resultater, som en naturlig konsekvens af mit undersøgelsesspørgsmål.

Et andet sted hvor der er heterogenitet i studierne, er i studiepopulationerne. På trods af, at studierne alle omfatter ældre medicinske patienter, er disse defineret og inkluderet forskelligt i studierne. I ref. 1 inddrages de med baggrund i deres alder, hvorimod både ref. 2 og ref. 3. anvender en række kriterier til at afgøre, hvorvidt patienterne er hhv. i risiko for genindlæggelser eller kan anses som værende skrøbelige. Selvom DÆMP altså er omdrejningspunktet i alle tre studier, kan studiepopulationerne variere betydeligt fra hinanden som følge af de forskellige inklusionskriterier i studierne. Dette kan have en betydning for, hvorvidt studierne er sammenlignelige, idet der potentielt kan være store forskelle i studiepopulationernes prognoser samt risiko for genindlæggelser ved baseline. Fælles for studierne er dog, at de alle har antallet af genindlæggelser som primære outcome, hvilket har gjort det muligt at sammenligne studierne resultater med hinanden for at undersøge, om nogle af interventionerne havde større effekt end andre, og dermed besvare mit undersøgelsesspørgsmål.

Selvom interventionerne i ref. 1 ikke har en statistisk signifikant effekt på antallet af genindlæggelser, finder forfatterne derimod en statistisk signifikant forbedring i interventionsgruppernes sundhedsrelaterede livskvalitet målt ud fra det validerede spørgeskema EQ-5D-5L VAS score (Lindhardt et al., 2019). Dette fund er værd at fremhæve, da nedsat sundhedsrelateret livskvalitet er forbundet med en øget risiko for genindlæggelser og mortalitet, hvorfor det er vigtigt også at have fokus på dette element, når man arbejder med udskrivelser og genindlæggelser (Andreasen et al., 2019). De øvrige to studier finder ingen statistisk signifikante effekter af deres sekundære outcomes.

Mine overordnede fund i dette litteraturstudie bekræftes af et dansk systemisk review fra 2021, der undersøger effekten af interventioner ved sektorovergange på antallet af genindlæggelser hos ældre medicinske patienter. I artiklen finder forfatterne, at udskrivelsesinterventioner har en positiv effekt på antallet af genindlæggelser, men at mange af resultaterne i de inkluderede studier ikke er statistisk signifikante. Forfatterne finder endvidere, at de mest signifikante effekter findes ved interventioner af høj intensitet, der varede minimum en måned, omfattede flere faggrupper og som var målrettet patienter, der allerede var identificeret som værende i risiko for en genindlæggelse

(Rasmussen et al., 2021). Dette stemmer overens med mine fund i opgaven. Forfatterne fastslår, at de på baggrund af deres systematiske review ikke finder tilstrækkelig evidens til, at de vil anbefale en specifik intervention til fremtidig brug, men at der er behov for yderligere forskning på området (ibid).

I denne opgave har jeg haft DÆMP som studiepopulation, og dermed frasorteret et stort antal af artikler i min litteratursøgning, som omhandlede patienter med specifikke sygdomme, såsom kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). Det tyder dog på, at sygdomsspecifikke interventioner ved udskrivelse, der f.eks. omfatter patientuddannelse, har en større signifikant effekt på antallet af genindlæggelser. Dette bekræftes bl.a. i et systemisk review og metaanalyse fra 2019, der undersøger effekten af interventioner ved sektorovergange til personer med KOL. I meta-analysen finder forfatterne en statistisk signifikant reduceret risiko for både KOL-relaterede genindlæggelser (OR = 0.599, 95% CI (0.421;0.852)) og genindlæggelser af alle årsager (OR = 0.720, 95% CI (0.531;0.97)). Også i dette studie fastslås det, at der er en stor heterogenitet i den tilgængelige litteraturs interventioner, og at effekten varierer ud fra f.eks. interventionernes varighed og om der anvendes en multidisciplinær tilgang, hvilket gør det vanskeligt at fremhæve en enkel intervention, der kan anvendes til at forebygge genindlæggelser (Ridwan et al., 2019).

Overordnet set er udskrivelser af ældre medicinske patienter forbundet med stor kompleksitet, dels relateret til patientens medicinske og sociale problemstillinger, men også som følge af sundhedsvæsenets organisering. Udskrivelser kan anses som et eksempel på et såkaldt wicked-problem, der er kendetegnet ved at være vanskelige eller umulige at løse uden at det medfører nye problemstillinger (Crowley & Head, 2017). Det vanskelige ved udskrivelser er, at de omfatter mange forskellige aktører, forskellige økonomiske incitamenter, er omfattet af politiske love og initiativer og ikke mindst skal være personcentrerede og tage udgangspunkt i den enkelte patientens behov og ønsker for at være vellykkede. Dette betyder også, at det er svært dels at måle på og at sammenligne udskrivelsesinterventioner, da der kan være mange faktorer forbundet med risikoen for genindlæggelser, som er vanskelige at få belyst effekten af i et interventionsstudie (Andreasen et al., 2019; Mabire et al., 2017).

## 4.2 Diskussion af metoden

Med udgangspunkt i undersøgelsesspørgsmålet i denne opgave, er litteraturstudiet som metode med til at sikre validitet, idet der er en logisk sammenhæng mellem det jeg ønsker at undersøge og metoden, hvorpå jeg ønsker at finde svaret på dette (Mathar & Sandholm Larsen, 2023). En styrke ved et litteraturstudie som metode er, at man ved at afdække, analysere og sammenligne tidligere studiers resultater, opnår et mere sikkert grundlag for kliniske beslutninger, end hvis man blot inddrager ét studie (Wodskou, 2023). I opgaven har jeg forsøgt at arbejde systematisk og stringent i min systematiske litteratursøgning for at leve op til kvalitetsbegreberne inden for kvantitativ forskning. Ved transparent at beskrive min argumentation for valg af metode, litteratursøgningen samt min analyse af den inkluderede litteratur, har jeg forsøgt at styrke opgavens reliabilitet samt øge reproducerbarheden af undersøgelsen. Dertil har jeg systematisk fulgt de fire trin i den narrative syntese, som de er beskrevet af Wodskou samt anvendt CASP-checklisten til kvalitetsvurdering, for at sikre at resultatet i opgaven er mest muligt transparent og nøjagtigt, og mindst muligt påvirket af mine egne antagelser og holdninger til problemstillingen (ibid). For at styrke generaliserbarheden af mine fund, har jeg valgt kun at inddrage studier fra vestlige lande. Da to af studierne er danske, er der en høj grad af overførbare til den kontekst, som denne opgave undersøger. Dertil har jeg vurderet, at det australske studie også har en relativ høj grad af overførbare til en dansk kontekst, idet interventionerne på mange måder ligner sundhedstilbud, der er udbydes i Danmark. Dog skal der tages højde for, at der kan være demografiske forskelle på populationerne, der potentielt kan have en betydning for overførbareheden.

En metodisk svaghed ved denne opgave er, at jeg ikke har haft mulighed for at udføre et reelt systematisk litteraturstudie, hvor alt tidligere forskning på området inddrages. Dette skyldes primært opgavens omfang og tidsramme, men også de metodiske erfaringer og kvalifikationer, jeg har som studerende. Dette begrænser opgavens eksterne validitet, da jeg på baggrund af kun tre studier ikke kan udlede noget generelt, men blot undersøge tendenser. Jeg har dog forsøgt at efterleve de akademiske principper for et systematisk litteraturstudie alle de steder, der har været muligt for at styrke opgavens metodiske kvalitet mest muligt. Ved kun at have søgt litteratur i tre databaser, har jeg med stor sandsynlighed overset relevante videnskabelige artikler på området. Derudover kan mit valg af søgeord og søgestrategi også have medført, at jeg ikke har fremsøgt alle relevante studier, og dermed er der risiko for, at jeg har overset eventuelle sammenhænge. Det samme gør sig gældende for mit valg om kun at inddrage RCT-studier, idet der kan været andre

relevante eksperimentelle studier, som er ekskluderet i litteratursøgning. En anden svaghed ved opgaven er, at definitionen af DÆMP varierer i litteraturen, hvorfor det er svært at opnå homogenitet i studiepopulationerne. Dertil findes der ikke en entydig engelsk oversættelse af "DÆMP", men der anvendes derimod en række forskellige ord til at beskrive målgruppen, hvorfor der er en risiko for, at jeg ikke har fået medtaget alle artikler, der omhandler denne population. Jeg vurderer dog ikke, at disse nævnte svagheder har betydning for opgavens konklusioner, da de studier, der er inkluderet, er indhentet og kvalitetsvurderet systematisk, analyseret transparent samt at de kan overføres til en dansk kontekst.

### **4.3 Konklusion**

Formålet med opgaven var med udgangspunkt i et litteraturstudie at undersøge:

*Hvilke sygeplejeinterventioner kan i forbindelse med udskrivelse fra hospital til eget hjem reducere antallet af genindlæggelser for den ældre medicinske patient?*

I opgaven inkluderes tre RCT-studier til besvarelse af ovenstående undersøgelsesspørgsmål. Med udgangspunkt i analysen og syntesen af studierne resultater, kan det konkluderes, at langvarige multidisciplinære interventioner i form af seks ugers fysisk træning samt fysisk- og telefonisk sygeplejefaglig opfølgning i de første 24 uger efter udskrivelse har en statistisk signifikant effekt på antallet af genindlæggelser efter både 28 dage og 12 uger. Den monofaglige sygeplejeintervention i form af fysisk- og telefonisk opfølgning har en statistisk signifikant effekt på antallet af genindlæggelser efter 12 uger. Netop langvarige multidisciplinære interventioner bekræftes også af øvrig forskning på området som værende det mest effektive til at reducere antallet af genindlæggelser blandt ældre medicinske patienter. Jeg fandt ingen statistisk signifikant effekt af de tværsektorielle interventioner.

### **4.4 Implikationer for praksis**

Denne opgaves fund peger på, at særligt multidisciplinære interventioner bør indtænkes i udskrivelsesprocessen for at forebygge genindlæggelser for de ældre medicinske patienter. Derudover er det relevant at undersøge nærmere, hvorvidt sygdomsspecifikke interventioner bør være en mere integreret del af udskrivelsesprocessen i målet om at sikre trygge sektorovergange og mindske risikoen for genindlæggelser. Med afsæt i opgavens fund vurderes det, at der fortsat er

behov for flere undersøgelser på området, før man kan fastslå en endelig intervention med effekt på antallet af genindlæggelser for DÆMP i en dansk kontekst. Disse undersøgelser bør fokusere på den kompleksitet, som patientgruppens forløb er præget af. På trods af at jeg i dette studie fandt modsatrettede effekter af de tværsektorielle interventioner, er det relevant fortsat at undersøge disse, da det netop er manglende tværsektoriel kommunikation og koordination, der ofte er årsag til utilsigtede hændelser og fejl i sektorovergangen. Slutteligt er det relevant at undersøge patienternes oplevelse af sektorovergange i kvalitative studier, for at få belyst deres behov og indsigter så disse kan integreres i de fremtidige interventioner.

## Referencer

I dette dokument anvendes referencesystemet APA, 7th edition, som er hentet på følgende hjemmeside: <https://www.apastyle.org/index>.

- Andreasen, J., Gobbens, R. J. J., Eriksen, H. H., & Overvad, K. (2019). Health-related quality of life at hospital discharge as a predictor for 6-month unplanned readmission and all-cause mortality of acutely admitted older medical patients. *Quality of Life Research*, 28(11), 3015–3024.
- Boye, L. K., Mogensen, C. B., Mechlenborg, T., Waldorff, F. B., & Andersen, P. T. (2019). Older multimorbid patients' experiences on integration of services: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 19(795), 1–9.
- Brochstedt, K. D. (2023). Pårørende inddragelse og familiesundhed. I L. Aaskov Falch & D. Boe Danbjørg (Red.), *Et sundhedsvæsen for fremtiden—Sygeplejersker viser vejen* (1. udgave, s. 167–175). København: Samfundslitteratur.
- Critical Appraisal Skills Programme (2020). *CASP Randomised Controlled Trial Standard Checklist*. Hentet 11. december 2023, fra <https://casp-uk.net/images/checklist/documents/CASP-Randomised-Controlled-Trial-Checklist/CASP-RCT-Checklist-PDF-Fillable-Form.pdf>
- Crowley, K., & Head, B. W. (2017). The enduring challenge of 'wicked problems': Revisiting Rittel and Webber. *Policy Sciences*, 50(4), 539–547.
- Dansk Selskab for Patientsikkerhed, & Trygfonden (2016). *Hej pårørende—Undersøgelse af pårørendes oplevelser, roller, holdninger, forventninger og ønsker*. Hentet 11. december 2023, fra [https://www.tryghed.dk/-/media/files/pdf/publikationer/sundhed/2016-hej-paerrende\\_prrrende-p-spring.pdf](https://www.tryghed.dk/-/media/files/pdf/publikationer/sundhed/2016-hej-paerrende_prrrende-p-spring.pdf)
- Dusek, B., Pearce, N., Harripaul, A., & Lloyd, M. (2015). Care Transitions: A Systematic Review of Best Practices. *Journal of Nursing Care Quality*, 30(3), 233–239.
- Finlayson, K., Chang, A. M., Courtney, M. D., Edwards, H. E., Parker, A. W., Hamilton, K., Pham, T. D. X., & O'Brien, J. (2018). Transitional care interventions reduce unplanned hospital readmissions in high-risk older adults. *BMC Health Services Research*, 18(956), 1–9.
- Fjordside, S. (2019). Systematisk litteraturstudie—Viden om betydningen af mundpleje. I J. Frederiksen & N. Sandholm Larsen (Red.), *Undersøgelsesmetoder i sundhedsfagligt arbejde: En grundbog* (1. udgave, s. 141–158). København: Samfundslitteratur.



- Glasscock, T. (2019). Klinisk lederskab i sygeplejen. I D. S. Eldrup & T. Glasscock (Red.), *At lede sygepleje—Sygeplejerskens virksomhedsområde*. (2. udgave, s. 13–52). København: Gads forlag.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2016). *Aftale om nationale mål for sundhedsvæsenet—2016*. Hentet 11. december 2023, fra <https://sum.dk/Media/9/0/Aftaletekst%20Nationale%20mål%20for%20sundhedsvæsenet%202016.pdf>
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2022). Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr 210 af 27/01/2022.
- Jensen, J. H. (2018). Det sammenhængende patientforløb. I J. Friis Andersen & K. Falk (Red.), *Sundhedsvæsenet på tværs* (3. udgave, s. 85–107). København: Munksgaard.
- Kleist, B. H. (2020). *De fælles patienter*. Kommunernes Landsforening. Hentet 11. december 2023, fra <https://www.kl.dk/media/ienfwd0q/ni-ud-af-ti-indlagte-patienter-over-80-aar-faar-ogsaa-en-kommu.pdf>
- Klinge, M., Aasbrenn, M., Öztürk, B., Christiansen, C. F., Suetta, C., Pressel, E., & Nielsen, F. E. (2020). Readmission of older acutely admitted medical patients after short-term admissions in Denmark: A nationwide cohort study. *BMC Geriatrics*, 20(203), 1–10.
- Kongensgaard, R., Hansen, T. K., Krogseth, M., & Gregersen, M. (2022). Impact of involvement of relatives in early home visits by a hospital-led geriatric team. *Geriatric Nursing*, 2022(45), 64–68.
- KOPA (2020). *En værdig behandling—Ældre medicinske patienters oplevelser af værdighed i mødet med sundhedsvæsenet*. Kompetencecenter for Patientoplevelser, Region Hovedstaden for Ældre Sagen. Hentet 11. december 2023, fra <https://www.aeldresagen.dk/-/media/aeldresagen-dk/delte/dokumentation/analyser/2020-analyse-en-vaerdig-behandling.pdf>
- Kristensen, H. G. (2020). Litteratursøgning. I J. L. Rasmussen & M. K. Pedersen (Red.), *Folkesundhedsvidenskab og epidemiologi* (2. udgave, s. 205–235). København: Gads forlag.
- Lembeck, M. A., Thygesen, L. C., Sørensen, B. D., Rasmussen, L. L., & Holm, E. A. (2019). Effect of single follow-up home visit on readmission in a group of frail elderly patients – a Danish randomized clinical trial. *BMC Health Services Research*, 19(751), 1–10.
- Lindhardt, T., Løvgreen, S. M., Bang, B., Bigum, C., & Klausen, T. W. (2019). A targeted assessment and intervention at the time of discharge reduced the risk of readmissions for

short-term hospitalized older patients: A randomized controlled study. *Clinical Rehabilitation*, 33(9), 1431–1444.

LUP (2021). *Somatik 2021*. Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser. Hentet 11. december 2023, fra <https://www.aeldresagen.dk/-/media/aeldresagen-dk/delte/dokumentation/analyser/2021-lup-dk.pdf>

Mabire, C., Dwyer, A., Garnier, A., & Pellet, J. (2017). Meta-analysis of the effectiveness of nursing discharge planning interventions for older inpatients discharged home. *Journal of Advanced Nursing*, 74(4), 788–799.

Mathar, H., & Sandholm Larsen, N. (2023). Indledning. I H. Mathar (Red.), *Analysestrategier i sundhedsfaglige undersøgelser* (1. udgave, s. 11–22). København: Samfundslitteratur.

Møller, L. A., & Delmar, C. (2019). Hjemmesygeplejerskers rolle, opgaver og ansvar i sammenhængende patientovergange fra hospital til primærsektor. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 9(2), 156–165.

Nielsen, C. S. (2019). Tværprofessionelt samarbejde og samarbejde med patient, borger og pårørende. I D. S. Eldrup & T. Glasscock (Red.), *At lede sygepleje—Sygeplejerskens virksomhedsområde*. (2. udgave, s. 249–268). København: Gads forlag.

Rasmussen, L. F., Grode, L. B., Lange, J., Barat, I., & Gregersen, M. (2021). Impact of transitional care interventions on hospital readmissions in older medical patients: A systematic review. *BMJ Open*, 11(1), 1–13.

Region Hovedstaden (2019). *Kommunikationsaftale—Aftale om tværsektoriel kommunikation mellem kommunerne og hospitalerne i Region Hovedstaden om indlæggelser og udskrivninger i somatikken*. Hentet 11. december 2023, fra [https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/Vaerktoejskasse/Documents/Kommunikationsaftale\\_2019final.pdf](https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/Vaerktoejskasse/Documents/Kommunikationsaftale_2019final.pdf)

Ridwan, E. S., Hadi, H., Wu, Y.-L., & Tsai, P.-S. (2019). Effects of Transitional Care on Hospital Readmission and Mortality Rate in Subjects With COPD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Respiratory Care*, 64(9), 1146–1156.

Roelsgaard, I. K. (2023). Analyse af randomiseret kontrolleret studie. I H. Mathar (Red.), *Analysestrategier i sundhedsfaglige undersøgelser* (1. udgave, s. 141–148). København: Samfundslitteratur.

Rosén, M. (2018). Systematisk litteraturreview. I M. Henricson (Red.), *Videnskabelig teori og metode* (2. udgave, s. 447–464). København: Munksgaard.

- Styrelsen for Patientsikkerhed (2022). *Dansk Patientsikkerhedsdatabase Årsberetning 2022*. Hentet 11. december 2023, fra <https://stps.dk/Media/638278604225186556/4B0AE27173904601BF25E2613A83F03B.pdf>
- Sundhedsstyrelsen (2016). *Styrket indsats for den ældre medicinske patient*. Hentet 11. december 2023, fra <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2016/Styrket-indsats-for-den-aeldre-medicinske-patient.ashx>
- Sundhedsstyrelsen (2022a). *Danskernes sundhed 2021: Den nationale sundhedsprofil*. Hentet 11. december 2023, fra [https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Sundhedsprofil/Sundhedsprofilen.ashx?sc\\_lang=da&hash=5C9A9A81483F6C987D5651976B72ECB2](https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Sundhedsprofil/Sundhedsprofilen.ashx?sc_lang=da&hash=5C9A9A81483F6C987D5651976B72ECB2)
- Sundhedsstyrelsen (2022b). *Sundhedsaftaler*. Hentet 11. december 2023, fra <https://www.sst.dk/da/Fagperson/Sundhedsvaesenets-rammer-og-uddannelser/Sundhedsplanlægning/Sundhedsaftaler>
- Sundhedsstyrelsen (2023a). *Det gode samarbejde med pårørende i ældreplejen*. Hentet 11. december 2023, fra [https://sst.dk/-/media/Videnscenter-for-værdig-ældrepleje-Subsite/Udgivelser-2023/Paaroerendehaandbog\\_Digital\\_version\\_01.ashx?sc\\_lang=da&hash=A28F072C5574B0772177BFF770879377](https://sst.dk/-/media/Videnscenter-for-værdig-ældrepleje-Subsite/Udgivelser-2023/Paaroerendehaandbog_Digital_version_01.ashx?sc_lang=da&hash=A28F072C5574B0772177BFF770879377)
- Sundhedsstyrelsen (2023b). *Forløbsprogrammer*. Sundhedsstyrelsen. Hentet 11. december 2023, fra <https://www.sst.dk/da/om-os/saadan-arbejder-vi/forloepsprogrammer>
- Sykepleiernes Samarbeid i Norden (2013). *Etiske retningslinjer for sygeplejeforskning i Norden*. Hentet 11. december 2023, fra [https://ssn-norden.dk/wp-content/uploads/2020/05/ssns\\_etiske\\_retningslinjer\\_0-003.pdf](https://ssn-norden.dk/wp-content/uploads/2020/05/ssns_etiske_retningslinjer_0-003.pdf)
- Uhd, M. H., & Frederiksen, K. N. (2011). Den ældre medicinske patient mellem hospital og hjemmepleje. *Sygeplejersken*, 2011(11), 50–53.
- Vilstrup, D. L., Bennich, B. B., & Pihl, G. T. (2023). *Basal epidemiologi og statistik* (2. udgave). København: Munksgaard.
- Vinge, S. (2018). *Kompleksitet i den kommunale sygepleje*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. Hentet 11. december 2023, fra <https://www.vive.dk/da/udgivelser/kompleksitet-i-den-kommunale-sygepleje-rv73bdxn/>

Wodskou, P. M. (2023). Narrativ syntese—Analyse og syntese i kvantitative litteraturstudier. I H. Mathar (Red.), *Analyse strategier i sundhedsfaglige undersøgelser* (1. udgave, s. 89–100). København: Samfundslitteratur.

Ældresagen. (2019). *Ny national handlingsplan for den ældre medicinske patient*. Ældresagen. Hentet 11. december 2023, fra <https://www.aeldresagen.dk/-/media/aeldresagen-dk/05-Presser/fv19/FV19-Handout-Patientliv-uden.pdf>

# Bilag

## Bilag 1: Dokumentation for litteratursøgning

### Søgning i Cinahl Complete d. 04.11.2023:

S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Limiters - Full Text; Published Date: 20150101-20231231; English Language; Randomized Controlled Trials Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (6)
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (425)
S4	(MM "readmission") OR readmission* OR rehospitali*	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (28,503)
S3	(MM "Patient Discharge") OR discharge* OR (MM "hospital discharge")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (112,810)
S2	(MM "Nursing Interventions") OR Intervention*	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (594,652)
S1	"elder* patient*" OR "elder* medical patient*" OR "old* medical patient*" OR "older adults" OR 65+ OR (MM "Frail elderly")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	<a href="#">View Results</a> (165,134)

### Søgning i PubMed d. 04.11.2023:

History and Search Details				Download	Delete
Search	Actions	Details	Query	Results	Time
#10	...	>	Search: #2 AND #3 AND #4 AND #5 Filters: Full text, Randomized Controlled Trial, English, from 2015 - 2023	295	16:49:38
#9	...	>	Search: #2 AND #3 AND #4 AND #5 Filters: Full text, Randomized Controlled Trial, English	514	16:49:32
#8	...	>	Search: #2 AND #3 AND #4 AND #5 Filters: Full text, Randomized Controlled Trial	520	16:49:28
#7	...	>	Search: #2 AND #3 AND #4 AND #5 Filters: Full text	3,006	16:49:24
#6	...	>	Search: #2 AND #3 AND #4 AND #5	3,122	16:49:12
#5	...	>	Search: ("Patient Readmission" [Mesh]) OR readmission* OR rehospitali*	58,262	16:48:06
#4	...	>	Search: ("Patient Discharge" [Mesh]) OR discharge* OR hospital discharge	350,048	16:47:57
#3	...	>	Search: "Nursing Process"[Mesh] OR intervention* Sort by: Most Recent	1,586,884	16:46:53
#2	...	>	Search: elder* medical patient* OR old medical patient* OR older adults OR 65+ OR ("Frail Elderly"[Mesh])	6,799,522	16:44:52

Showing 1 to 9 of 9 entries

### Søgning i Embase d. 04.11.2023:

#6	#1 AND #2 AND #3 AND #4 AND [article]/lim AND [2015-2023]/py AND [english]/lim AND [randomized controlled trial]/lim	132
#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	2,195
#4	'hospital readmission'/exp OR readmission* OR rehospitali*	122,452
#3	'patient discharge' OR discharge* OR 'hospital discharge'/exp	636,094
#2	'intervention study'/exp OR intervention*	2,194,791
#1	'elder* patient*' OR 'elder* medical patient*' OR 'old* medical patient*' OR 'older adults' OR 65+ OR 'frail elderly'/exp	2,712,694

## Bilag 2: Argumentation for eksklusion af artikler efter læsning af fuldtekst

1. Biese et al., 2018. *Telephone Follow-up for Older Adults Discharged to Home from the Emergency Department: A Pragmatic Randomized controlled Trial*. Studiet er fravalgt grundet **forkert outcome**, idet der ikke skelnes mellem planlagte og uplanlagte indlæggelser i deres indsamling af data omkring genindlæggelser.
2. Carter et al., 2018. *Implementing community health worker-patient pairings at the time of hospital discharge: A Randomized Controlled Trial*. Studiet er fravalgt grundet **studiepopulationen**. Artiklen inkluderer personer >18 år, og hhv. 55 % af interventions- og 54% af kontrolgruppen er < 65 år, hvorfor jeg ikke mener, at artiklen møder mine inklusionskriterier.
3. Cossette et al., 2015. *Randomized controlled trial of a nursing intervention to reduce emergency department revisits*. Studiet er fravalgt grundet **studiepopulationen**. Artiklen inkluderer personer >18 år, og hhv. 35,6 % i interventions- og 38,3 % i kontrolgruppen er <65 år, hvorfor jeg ikke mener, at artiklen møder mine inklusionskriterier.
4. Lisby et al., 2019. *Clinical impact of comprehensive nurse-led discharge intervention on patients being discharged home from an acute medical unit: Randomised controlled trial*. Studiet er fravalgt grundet **studiepopulationen**. Artiklen inkluderer personer >18 år. Mean (SD) for alder er hhv. 60,3 år (19,8) i interventionsgruppen og 61,7 år (20,6) i kontrolgruppen. Jeg mener at aldersspændet er for stort, og at artiklen dermed ikke møder mine inklusionskriterier.
5. McWilliams et al., 2019. *Aiming to Improve Readmissions Through InterGrated Hospital Transitions (AIRTIGHT): a Pragmatic Randomized Controlled Trial*. Artiklen er fravalgt grundet **studiepopulationen**. Artiklen inkluderer personer >18 år. Mean (SD) for alder er hhv. 58,3 år (17,7) i interventions- og 59,4 år (17,4) i kontrolgruppen. Jeg mener at aldersspændet er for stort, og at artiklen dermed ikke møder mine inklusionskriterier.
6. Pedersen et al., 2016. *Early geriatric follow-up after discharge reduces readmissions – A quasi-randomised controlled trial*. Artiklen er fravalgt grundet **interventionen**. I artiklen deles studiepopulationen i to grupper, der begge modtager en intervention. Dermed er kontrolgruppen ikke ”usual care”, som jeg ønsker at sammenligne med jf. PICO-modellen.

### Bilag 3: Argumentation for eksklusion af artikler efter kvalitetsvurdering

Følgende tre artikler er fravalgt efter kvalitetsvurdering ud fra CASP-checklisten for RCT-studier.

1. Gilbert et al., 2021. *A Nurse-Led Bridging Program to Reduce 30-Day Readmissions of Older Patients Discharged From Acute Care Units*. Artiklen er fravalgt, da den med udgangspunkt i kvalitetsvurderingen kun opnår 9 ud af 11 point. Det skyldes bl.a., at artiklen ikke opnår en vellykket randomisering, da kontrol- og interventionsgruppen adskiller sig på flere parametre ved baseline: *social deprivation, antal lægemidler, antal af komorbiditeter* samt *kognitiv svækkelse*. Jeg vurderer, at denne forskel på de to grupper har for stor betydning for artiklens metodiske kvalitet til at den kan inddrages til besvarelse af undersøgelsesspørgsmålet.
2. Thygesen et al., 2015. *Can municipality-based post-discharge follow-up visits including a general practitioner reduce early readmission among the fragile elderly (65+ years old)? A randomized controlled trial*. Artiklen er fravalgt, da den kun opnår 8 ud af 11 point i kvalitetsvurderingen. Randomiseringen er dårligt beskrevet i studiet, hvor forfatterne beskriver, at de to grupper er ens ved baseline, men at der er mindre forskelle i gruppernes *civilstatus* og *antallet af komorbiditeter*. Da der ikke er præsenteret p-værdier, er det ikke muligt for læseren at vurdere, hvorvidt disse forskelle medfører en statistisk signifikant forskel på grupperne eller ej. Derudover er der ikke præsenteret konfidensintervaller i artiklens resultater. Slutteligt er det vurderet uvist, hvorvidt denne intervention vil medføre større værdi i min kontekst, hvis det viste sig at have en positiv effekt, da det er en meget omkostningsfuld intervention, der kræver store organisatoriske ændringer.
3. Loon-van Gaalen et al., 2021. *Telephone follow-up to reduce unplanned hospital returns for older emergency department patients: A randomized trial*. Artiklen er fravalgt, da den kun opnår 8 ud af 11 point i kvalitetsvurderingen. I studiet beskrives randomiseringsprocessen overfladisk, og det er svært at gennemskue rationalet bag at fordele deltagerne på den måde som forfatterne gør. Dertil er det uvist, hvorvidt selve randomiseringen lykkedes, da det blot er beskrevet, at der er balance mellem de to grupper ved baseline, men der er ikke præsenteret p-værdier. Ydermere har forfatterne foretaget en styrkeberegning, men får ikke rekrutteret tilstrækkeligt med deltagere til at leve op til det estimerede beregningen medfører.

## Bilag 4: CASP-tjekliste for ref. 1



**Study and citation:** Lindhardt et al., 2019.

Section A: Is the basic study design valid for a randomised controlled trial?			
<p><b>1.</b> Did the study address a clearly focused research question?  <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Was the study designed to assess the outcomes of an intervention?</li> <li>Is the research question 'focused' in terms of:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Population studied</li> <li>Intervention given</li> <li>Comparator chosen</li> <li>Outcomes measured?</li> </ul> </li> </ul>	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
<p><b>2.</b> Was the assignment of participants to interventions randomised?  <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>How was randomisation carried out? Was the method appropriate?</li> <li>Was randomisation sufficient to eliminate systematic bias?</li> <li>Was the allocation sequence concealed from investigators and participants?</li> </ul>	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
<p><b>3.</b> Were all participants who entered the study accounted for at its conclusion?  <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Were losses to follow-up and exclusions after randomisation accounted for?</li> <li>Were participants analysed in the study groups to which they were randomised (intention-to-treat analysis)?</li> <li>Was the study stopped early? If so, what was the reason?</li> </ul>	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
Section B: Was the study methodologically sound?			
<p><b>4.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Were the participants 'blind' to intervention they were given?</li> <li>Were the investigators 'blind' to the intervention they were giving to participants?</li> <li>Were the people assessing/analysing outcome/s 'blinded'?</li> </ul>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
<p><b>5.</b> Were the study groups similar at the start of the randomised controlled trial?  <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Were the baseline characteristics of each study group (e.g. age, sex, socio-economic group) clearly set out?</li> <li>Were there any differences between the study groups that could affect the outcome/s?</li> </ul>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>



<p><b>6. Apart from the experimental intervention, did each study group receive the same level of care (that is, were they treated equally)?</b></p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Was there a clearly defined study protocol?</li> <li>• If any additional interventions were given (e.g. tests or treatments), were they similar between the study groups?</li> <li>• Were the follow-up intervals the same for each study group?</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td>Yes</td> <td>No</td> <td>Can't tell</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Sædvanlig pleje omfatter den almindelig udskrivelsesproces i Region Hovedstaden.</p> <p>Der er en ekstern studieprotokol, der er godkendt af De Videnskabetiske Komiteer Region Hovedstaden.</p> <p>Der var samme follow-up for alle tre grupper.</p>	Yes	No	Can't tell	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yes	No	Can't tell					
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

**Section C: What are the results?**

<p><b>7. Were the effects of intervention reported comprehensively?</b></p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Was a power calculation undertaken?</li> <li>• What outcomes were measured, and were they clearly specified?</li> <li>• How were the results expressed? For binary outcomes, were relative and absolute effects reported?</li> <li>• Were the results reported for each outcome in each study group at each follow-up interval?</li> <li>• Was there any missing or incomplete data?</li> <li>• Was there differential drop-out between the study groups that could affect the results?</li> <li>• Were potential sources of bias identified?</li> <li>• Which statistical tests were used?</li> <li>• Were p values reported?</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td>Yes</td> <td>No</td> <td>Can't tell</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p><b>Power-beregning:</b> Der er udført power-beregning, og denne er efterlevet.</p> <p><b>Primær outcome:</b> antal genindlæggelser efter hhv. 3 og 6 måneder efter udskrivelse. Data om genindlæggelser blev indhentet via hospitalets registre.</p> <p><b>Resultater:</b> Antal genindlæggelser er præsenteret i tabel i absolutte værdier med p-værdier. Risiko for genindlæggelser præsenteres som odds-ratio med dertilhørende p-værdi og konfidensinterval.</p> <p><b>Missing data:</b> Der præsenteres ikke resultater for antallet af genindlæggelser efter 6 måneder.</p> <p><b>Statistisk:</b> <math>\chi^2</math> tests, t-tests, ANOVA, Kaplan-Meier, 95% konfidensintervaller, HR, OR samt to-sidet p-værdier.</p>	Yes	No	Can't tell	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yes	No	Can't tell					
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<p><b>8. Was the precision of the estimate of the intervention or treatment effect reported?</b></p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Were confidence intervals (CIs) reported?</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td>Yes</td> <td>No</td> <td>Can't tell</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>95% konfidensintervaller.</p>	Yes	No	Can't tell	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yes	No	Can't tell					
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<p><b>9. Do the benefits of the experimental intervention outweigh the harms and costs?</b></p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• What was the size of the intervention or treatment effect?</li> <li>• Were harms or unintended effects reported for each study group?</li> <li>• Was a cost-effectiveness analysis undertaken? (Cost-effectiveness analysis allows a comparison to be made between different interventions used in the care of the same condition or problem.)</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td>Yes</td> <td>No</td> <td>Can't tell</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Jeg vurderer ikke, at interventionerne er forbundet med nogen form for risiko/skadelige virkninger for patienterne.</p> <p>Der er ikke lavet en cost-effectiveness analyse, men intervention A er udviklet med tanke på de manglende ressourcer, der er i det danske Sundhedsvæsen.</p>	Yes	No	Can't tell	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yes	No	Can't tell					
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Section D: Will the results help locally?

<p>10. Can the results be applied to your local population/in your context?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Are the study participants similar to the people in your care?</li> <li>• Would any differences between your population and the study participants alter the outcomes reported in the study?</li> <li>• Are the outcomes important to your population?</li> <li>• Are there any outcomes you would have wanted information on that have not been studied or reported?</li> <li>• Are there any limitations of the study that would affect your decision?</li> </ul>	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Da studiet er dansk og udført i Region Hovedstaden, er det direkte overførbart til konteksten for denne opgave.</p> <p>Det havde styrket studiet, hvis der havde været en cost-effectiveness analyse.</p>
<p>11. Would the experimental intervention provide greater value to the people in your care than any of the existing interventions?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• What resources are needed to introduce this intervention taking into account time, finances, and skills development or training needs?</li> <li>• Are you able to disinvest resources in one or more existing interventions in order to be able to re-invest in the new intervention?</li> </ul>	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Studiet undersøger to forskellige interventioners effekt på antallet af genindlæggelser. Jeg mener det kan anvendes til at belyse den kompleksitet, der er forbundet med den ældre medicinske patients risiko for genindlæggelser.</p> <p>Intervention B kræver at sygeplejerskerne i primærsektor mestre den motiverende samtale.</p>

**APPRAISAL SUMMARY:** Record key points from your critical appraisal in this box. What is your conclusion about the paper? Would you use it to change your practice or to recommend changes to care/interventions used by your organisation? Could you judiciously implement this intervention without delay?

Studiet imødekommer mine in- og eksklusionskriterier, og at det kan anvendes til besvarelse af undersøgelsesspørgsmålet.

## Bilag 5: CASP-tjekliste for ref. 2



**Study and citation:** Finlayson et al., 2018.

Section A: Is the basic study design valid for a randomised controlled trial?			
<p><b>1.</b> Did the study address a clearly focused research question?  <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Was the study designed to assess the outcomes of an intervention?</li> <li>Is the research question 'focused' in terms of:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Population studied</li> <li>Intervention given</li> <li>Comparator chosen</li> <li>Outcomes measured?</li> </ul> </li> </ul>	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
<p><b>Formål:</b> At undersøge og sammenligne effekten af tre udskrivelsesinterventioner på antallet af uplanlagte genindlæggelser, brug af sundhedsydelse, funktionsevne, psykosocialt velvære og omkostningseffektivitet af plejen.</p>			
<p><b>2.</b> Was the assignment of participants to interventions randomised?  <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>How was randomisation carried out? Was the method appropriate?</li> <li>Was randomisation sufficient to eliminate systematic bias?</li> <li>Was the allocation sequence concealed from investigators and participants?</li> </ul>	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
<p>Computerbaseret randomisering til tre interventionsgrupper og en kontrolgruppe. Der er lavet forseglede konvolutter forud for rekruttering af projektkoordinator, der efter indsamling af baselinedata blev åbnet af forskningsassistenten.</p>			
<p><b>3.</b> Were all participants who entered the study accounted for at its conclusion?  <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Were losses to follow-up and exclusions after randomisation accounted for?</li> <li>Were participants analysed in the study groups to which they were randomised (intention-to-treat analysis)?</li> <li>Was the study stopped early? If so, what was the reason?</li> </ul>	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
<p>Der er redegjort for samtlige deltagere ved alle follow-up i artiklens figur 1. Der er anvendt intention-to-treat-analyse.</p>			
Section B: Was the study methodologically sound?			
<p><b>4.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Were the participants 'blind' to intervention they were given?</li> <li>Were the investigators 'blind' to the intervention they were giving to participants?</li> <li>Were the people assessing/analysing outcome/s 'blinded'?</li> </ul>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
<p>Yes <input type="checkbox"/>      No <input checked="" type="checkbox"/>      Can't tell <input type="checkbox"/></p>			
<p><b>5.</b> Were the study groups similar at the start of the randomised controlled trial?  <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Were the baseline characteristics of each study group (e.g. age, sex, socio-economic group) clearly set out?</li> <li>Were there any differences between the study groups that could affect the outcome/s?</li> </ul>	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
<p>Artiklens tabel 1 viser baseline karakteristika for de fire grupper. I artiklen er det beskrevet, at der ikke var nogle statistisk signifikant forskel mellem grupperne, men der er ikke angivet p-værdier i tabellen.</p>			

<p><b>6. Apart from the experimental intervention, did each study group receive the same level of care (that is, were they treated equally)?</b></p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Was there a clearly defined study protocol?</li> <li>• If any additional interventions were given (e.g. tests or treatments), were they similar between the study groups?</li> <li>• Were the follow-up intervals the same for each study group?</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td>Yes</td> <td>No</td> <td>Can't tell</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Alle grupper modtager den almindelige udskrivelsesproces, der omfatter en behovsvurdering for fremtidig pleje, udskrivelsesplanlægning samt henvisning til relevante opfølgninger, hvis behov for dette.</p> <p>Der henvises til en ekstern studieprotokol.</p> <p>Der var samme follow-up for alle fire grupper.</p>	Yes	No	Can't tell	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yes	No	Can't tell					
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

**Section C: What are the results?**

<p><b>7. Were the effects of intervention reported comprehensively?</b></p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Was a power calculation undertaken?</li> <li>• What outcomes were measured, and were they clearly specified?</li> <li>• How were the results expressed? For binary outcomes, were relative and absolute effects reported?</li> <li>• Were the results reported for each outcome in each study group at each follow-up interval?</li> <li>• Was there any missing or incomplete data?</li> <li>• Was there differential drop-out between the study groups that could affect the results?</li> <li>• Were potential sources of bias identified?</li> <li>• Which statistical tests were used?</li> <li>• Were p values reported?</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td>Yes</td> <td>No</td> <td>Can't tell</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p><b>Power-beregning:</b> Der er ikke lavet en power-beregning.</p> <p><b>Primær outcome:</b> Uplanlagte genindlæggelser efter 28 dage, 12- og 24 uger efter udskrivelse. Data er indsamlet gennem interviews og sammenholdt med patienternes journaler.</p> <p><b>Resultater:</b> Antallet af genindlæggelser er præsenteret i tabel 2 og 3 som HR med dertilhørende p-værdier og 95% konfidensintervaller.</p> <p><b>Missing data:</b> Der præsenteres ikke resultater for antallet af genindlæggelser efter 24 uger.</p> <p><b>Statistik:</b> <math>\chi^2</math>tests, ANOVA, Kruskal-Wallis, Kaplan-Meier, 95% konfidensintervaller, HR, p-værdier.</p>	Yes	No	Can't tell	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yes	No	Can't tell					
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<p><b>8. Was the precision of the estimate of the intervention or treatment effect reported?</b></p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Were confidence intervals (CIs) reported?</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td>Yes</td> <td>No</td> <td>Can't tell</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>95% konfidensintervaller.</p>	Yes	No	Can't tell	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yes	No	Can't tell					
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<p><b>9. Do the benefits of the experimental intervention outweigh the harms and costs?</b></p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• What was the size of the intervention or treatment effect?</li> <li>• Were harms or unintended effects reported for each study group?</li> <li>• Was a cost-effectiveness analysis undertaken? (Cost-effectiveness analysis allows a comparison to be made between different interventions used in the care of the same condition or problem.)</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td>Yes</td> <td>No</td> <td>Can't tell</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Jeg mener ikke, at interventionerne er forbundet med risici/skade for patienten. Dog kræver de to af interventionerne, der indeholder træningsprogram flere ressourcer end de interventioner, der tilbydes i de kommunale tilbud i dag.</p> <p>Der er ikke lavet cost-effectiveness analyse, men der henvises til et andet studie, der har fundet intervention 4 cost-effective.</p>	Yes	No	Can't tell	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yes	No	Can't tell					
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Section D: Will the results help locally?

<p>10. Can the results be applied to your local population/in your context?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Are the study participants similar to the people in your care?</li> <li>• Would any differences between your population and the study participants alter the outcomes reported in the study?</li> <li>• Are the outcomes important to your population?</li> <li>• Are there any outcomes you would have wanted information on that have not been studied or reported?</li> <li>• Are there any limitations of the study that would affect your decision?</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td>Yes</td> <td>No</td> <td>Can't tell</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Interventionerne kan godt relateres til en dansk kontekst, hvor der tilbydes fysioterapi og sygepleje i hjemmet via det kommunale sundhedsvæsen.</p> <p>Det danske og australske sundhedsvæsen ligner på flere måder hinanden med et offentligt sundhedsvæsen, der er finansieret af skatterne samt muligheden for at tegne private sundhedsforsikringer. Dette studie er lavet på et offentligt specialiseret sygehus.</p>	Yes	No	Can't tell	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yes	No	Can't tell					
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<p>11. Would the experimental intervention provide greater value to the people in your care than any of the existing interventions?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• What resources are needed to introduce this intervention taking into account time, finances, and skills development or training needs?</li> <li>• Are you able to disinvest resources in one or more existing interventions in order to be able to re-invest in the new intervention?</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td>Yes</td> <td>No</td> <td>Can't tell</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Interventionerne baserer sig grundlæggende på sundhedsydelse, der allerede nu udbydes i det primære sundhedsvæsen, men i et større omfang og i en mere koordineret indsats. Jeg mener ikke, at det ville kræve ekstra uddannelse af de sundhedsprofessionelle.</p> <p>Hvis en eller flere af interventionerne kan bidrage til forebyggelse af genindlæggelser på sigt, vil de bidrage til en større værdi.</p>	Yes	No	Can't tell	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yes	No	Can't tell					
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

**APPRAISAL SUMMARY:** Record key points from your critical appraisal in this box. What is your conclusion about the paper? Would you use it to change your practice or to recommend changes to care/interventions used by your organisation? Could you judiciously implement this intervention without delay?

Studiet imødekommer mine in- og eksklusionskriterier, og kan anvendes til besvarelse af mit undersøgelsesspørgsmål.



## Bilag 6: CASP-tjekliste for ref. 3



**Study and citation:** Lembeck et al., 2019.

Section A: Is the basic study design valid for a randomised controlled trial?			
<p><b>1. Did the study address a clearly focused research question?</b>  <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Was the study designed to assess the outcomes of an intervention?</li> <li>Is the research question 'focused' in terms of:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Population studied</li> <li>Intervention given</li> <li>Comparator chosen</li> <li>Outcomes measured?</li> </ul> </li> </ul>	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
<p><b>Formål:</b> At undersøge om udskrivelsesplanlægning inkl. et opfølgende hjemmebesøg reducerer antallet af genindlæggelser blandt skrøbelige ældre.</p>			
<p><b>2. Was the assignment of participants to interventions randomised?</b>  <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>How was randomisation carried out? Was the method appropriate?</li> <li>Was randomisation sufficient to eliminate systematic bias?</li> <li>Was the allocation sequence concealed from investigators and participants?</li> </ul>	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
<p>Der er anvendt et computerbaseret randomiseringssystem.</p>			
<p><b>3. Were all participants who entered the study accounted for at its conclusion?</b>  <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Were losses to follow-up and exclusions after randomisation accounted for?</li> <li>Were participants analysed in the study groups to which they were randomised (intention-to-treat analysis)?</li> <li>Was the study stopped early? If so, what was the reason?</li> </ul>	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
<p>Der er redegjort for alle deltagere fra baseline, ved follow-up og ved studiets afslutning i artiklens figur 1. Der er anvendt intention-to-treat-analyse.</p>			
Section B: Was the study methodologically sound?			
<p><b>4.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Were the participants 'blind' to intervention they were given?</li> <li>Were the investigators 'blind' to the intervention they were giving to participants?</li> <li>Were the people assessing/analysing outcome/s 'blinded'?</li> </ul>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
<p>Der er ingen information om blinding af deltagere, undersøgelsesledere eller udvælgere af resultater.</p>			
<p><b>5. Were the study groups similar at the start of the randomised controlled trial?</b>  <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Were the baseline characteristics of each study group (e.g. age, sex, socio-economic group) clearly set out?</li> <li>Were there any differences between the study groups that could affect the outcome/s?</li> </ul>	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
<p>Artiklens tabel 1 viser baseline karakteristika for de fire grupper. I artiklen er det beskrevet, at der ikke var nogle statistisk signifikant forskel mellem grupperne, men der er ikke angivet p-værdier i tabellen.</p>			

<p><b>6. Apart from the experimental intervention, did each study group receive the same level of care (that is, were they treated equally)?</b></p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Was there a clearly defined study protocol?</li> <li>• If any additional interventions were given (e.g. tests or treatments), were they similar between the study groups?</li> <li>• Were the follow-up intervals the same for each study group?</li> </ul>	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/>      No <input type="checkbox"/>      Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Sædvanlig pleje omfatter den almindelig udskrivelsesproces i Region Sjælland.</p> <p>Der er ingen studie-protokol.</p> <p>Follow-up tidspunkter var det samme for begge grupper.</p>
---	--

**Section C: What are the results?**

<p><b>7. Were the effects of intervention reported comprehensively?</b></p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Was a power calculation undertaken?</li> <li>• What outcomes were measured, and were they clearly specified?</li> <li>• How were the results expressed? For binary outcomes, were relative and absolute effects reported?</li> <li>• Were the results reported for each outcome in each study group at each follow-up interval?</li> <li>• Was there any missing or incomplete data?</li> <li>• Was there differential drop-out between the study groups that could affect the results?</li> <li>• Were potential sources of bias identified?</li> <li>• Which statistical tests were used?</li> <li>• Were p values reported?</li> </ul>	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/>      No <input type="checkbox"/>      Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p><b>Power-beregning:</b> Der er foretaget en power-beregning og denne er efterlevet.</p> <p><b>Primær outcome:</b> Antal genindlæggelser inden for hhv. 8, 30 og 180 dage efter udskrivelse. Data er indhentet via registre.</p> <p><b>Resultater:</b> Antal genindlæggelser samt antal af patienter, der blev genindlagt, er præsenteret i artiklens tabel 2 med absolutte tal, p-værdier samt med odds ratios and <math>\beta</math> coefficients med derilhørende 95% konfidensintervaller.</p> <p><b>Statistik:</b> <math>\chi^2</math>-tests, t-tests, 95% konfidensintervaller, OR, <math>\beta</math> koefficienter, Keplan Meier samt to-sidet p-værdier.</p>
<p><b>8. Was the precision of the estimate of the intervention or treatment effect reported?</b></p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Were confidence intervals (CIs) reported?</li> </ul>	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/>      No <input type="checkbox"/>      Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>95% konfidensintervaller</p>
<p><b>9. Do the benefits of the experimental intervention outweigh the harms and costs?</b></p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• What was the size of the intervention or treatment effect?</li> <li>• Were harms or unintended effects reported for each study group?</li> <li>• Was a cost-effectiveness analysis undertaken? (Cost-effectiveness analysis allows a comparison to be made between different interventions used in the care of the same condition or problem.)</li> </ul>	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/>      No <input type="checkbox"/>      Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Jeg vurderer ikke, at interventionerne er forbundet med nogen form for risiko/skadelige virkninger for patienterne.</p> <p>Der er ikke foretaget en cost-effectiveness analyse.</p>

Section D: Will the results help locally?

<p>10. Can the results be applied to your local population/in your context?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Are the study participants similar to the people in your care?</li> <li>• Would any differences between your population and the study participants alter the outcomes reported in the study?</li> <li>• Are the outcomes important to your population?</li> <li>• Are there any outcomes you would have wanted information on that have not been studied or reported?</li> <li>• Are there any limitations of the study that would affect your decision?</li> </ul>	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/>      No <input type="checkbox"/>      Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Da studiet er dansk og udført i Region Sjælland, er det direkte overførbart til konteksten for denne opgave.</p> <p>Det havde styrket studiet, hvis der var lavet en cost-effectiveness analyse.</p> <p>På trods af, at studiet tager udgangspunkt i skrøbelige (frail) ældre, mener jeg at populationen kan sammenlignes med karakteriseringen af den "den ældre medicinske patient".</p>
<p>11. Would the experimental intervention provide greater value to the people in your care than any of the existing interventions?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• What resources are needed to introduce this intervention taking into account time, finances, and skills development or training needs?</li> <li>• Are you able to disinvest resources in one or more existing interventions in order to be able to re-invest in the new intervention?</li> </ul>	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/>      No <input type="checkbox"/>      Can't tell <input type="checkbox"/></p> <p>Interventionen baserer sig grundlæggelsen på en følge-hjemordning, som allerede udbydes i flere af landets regioner til særligt udvalgte patienter. Kompetencerne findes derfor allerede i sundhedsvæsenet.</p> <p>Studiet kan bidrage til at kaste lys over, om følge-hjem ordningen har en effekt, og dermed bør udvises eller ændres.</p>

**APPRAISAL SUMMARY:** Record key points from your critical appraisal in this box. What is your conclusion about the paper? Would you use it to change your practice or to recommend changes to care/interventions used by your organisation? Could you judiciously implement this intervention without delay?

Studiet imødekommer mine in- og eksklusionskriterier, og at det kan anvendes til besvarelse af undersøgelsesspørgsmålet.