

Ulf Hjelmar

Kvalitativ evaluering af organiseringen af opfølgende hjemmebesøg i Københavns Kommune



Publikationen *Kvalitativ evaluering af organiseringen af opfølgende hjemmebesøg i Københavns Kommune* kan downloades fra hjemmesiden www.akf.dk

AKF, Anvendt KommunalForskning

Købmagergade 22

1150 København K

Telefon: 43 33 34 00

Fax: 43 33 34 01

E-mail: akf@akf.dk

© 2010 AKF og forfatteren

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til AKF.

© Omslag: Phonowerk, Lars Degnbol

Forlag: AKF

ISBN: 978-87-7509-954-2

i:\08 sekretariat\forlaget\ulf\5024\5024_opfoelgende_hjemmebesoeg.docx

September 2010

AKF, Anvendt KommunalForskning

AKF's formål er at levere ny viden om væsentlige samfundsforhold. Hovedvægten ligger på forskning i velfærds- og myndighedsopgaver i kommuner og regioner. Det overordnede mål er at kvalificere beslutninger og praksis i det offentlige.

Ulf Hjelmar

Kvalitativ evaluering af organiseringen af opfølgende hjemmebesøg i Københavns Kommune

Forord

Opfølgende hjemmebesøg er en mulighed for at styrke indsatsen efter udskrivelse af ældre og skrøbelige patienter, og undersøgelser på området har vist, at denne indsats giver gode resultater i form af navnlig en lavere genindlæggelsesprocent og en forbedret medicinhåndtering. På denne baggrund har Københavns Kommune iværksat et modelprojekt, som skal belyse, hvordan man med fordel kan implementere opfølgende hjemmebesøg i kommunen. Modelprojektet har form af en randomiseret og kontrolleret undersøgelse, og dette har medført, at der er en række særegne forhold i projektet, som ikke ville have været gældende, hvis der havde været tale om en almindelig driftssituation.

Denne evaluering af organiseringen af opfølgende hjemmebesøg er finansieret af Københavns Kommune. Ud over denne kvalitative evaluering gennemfører Dansk Sundhedsinstitut en kvantitativ effektevaluering af opfølgende hjemmebesøg i Københavns Kommune på baggrund af modelprojektet. Denne effektevaluering forventes offentliggjort i 2011.

Der har til evalueringen været knyttet en arbejdsgruppe, hvor følgende medlemmer af følgegrupper fra projektet har deltaget: Carsten Hendriksen (Bispebjerg Hospital), Susanne Ploug Larsen (Københavns Kommunes hjemmesygepleje), Benny Ehrenreich (almen praksis, København) og Kirsten Hansen fra Københavns Kommune, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Denne gruppe har kommenteret oplæg til evalueringens gennemførelse og udkast til rapporten. Gruppen takkes for gode kommentarer og et godt samarbejde. Desuden takkes tre referees, som har givet værdifulde kommentarer til manuskriptet. Ansvar for denne rapport og dens konklusioner er alene forfatterens.

Endvidere takkes praktiserende læger, ansatte på Bispebjerg Hospital, hjemmesygeplejersker i Københavns Kommune samt ansatte i visitationen i hjemmesygeplejen for, at de velvilligt har stillet sig til rådighed for interview til brug for evalueringen.

Ulf Hjelm

September 2010

Indhold

Sammenfatning.....	7
1 Indledning	9
1.1 Baggrund	9
1.2 Formål og afgrænsning	10
1.3 Begrebsafklaring.....	11
2 Evalueringens tilrettelæggelse og metode.....	13
3 Indholdet i det opfølgende hjemmebesøg	16
4 Generelle arbejdsgange og kommunikation.....	20
4.1 Overgangen mellem hospital og kommune	20
4.2 Overgangen fra hospital til almen praksis	21
4.3 Overgangen mellem kommune og almen praksis	23
4.4 Interne udfordringer på hospital, i kommune og almen praksis	26
5 Patientgruppens relevans.....	30
6 Diskussion af evalueringens resultater.....	33
6.1 Generelle resultater – tværgående udfordringer.....	33
6.2 Organisering på hospital	35
6.3 Organisering i almen praksis	37
6.4 Organisering i kommunen	38
7 Konklusion.....	40
Litteratur	44
English Summary	45
Bilag 1: Oversigt over forløb	47
Bilag 2: Interviewguide	48
Bilag 3: Vejledende tjekliste	51
Bilag 4: Informationsmateriale til praktiserende læge	52

Sammenfatning

På baggrund af et ønske om at reducere omfanget af genindlæggelser, styrke det tværfaglige samarbejde og skabe et mere sammenhængende patientforløb for ældre og skrøbelige borgere er det blevet besluttet at iværksætte et modelprojekt for opfølgende hjemmebesøg i Københavns Kommune i samarbejde med praktiserende læger og Bispebjerg Hospital. Modelprojektet, som gennemføres som en randomiseret og kontrolleret videnskabelig undersøgelse, har til formål at afprøve og videreudvikle opfølgende hjemmebesøg som indsats. Hvis undersøgelsen viser en positiv effekt af indsatsen, er det hensigten generelt at kunne tilbyde Københavns Kommunes borgere denne form for opfølgende indsats efter et hospitalsindhold. Det opfølgende hjemmebesøg består af et hjemmebesøg inden for ca. en uge efter udskrivelse fra sygehus, hvor praktiserende læge og hjemmesygeplejerske deltager. Dette opfølgende hjemmebesøg kan suppleres med to efterfølgende besøg/kontakter i hjemmet eller hos praktiserende læge, hvis det vurderes nødvendigt. Disse besøg/kontakter skal finde sted henholdsvis tre og otte uger efter udskrivelse.

Formålet med denne evaluering er at belyse de organisatoriske udfordringer i forhold til en vellykket implementering af opfølgende hjemmebesøg. Evalueringen er baseret på en kvalitativ undersøgelse blandt de mest centrale aktører på området. Der er gennemført et fokusgruppeinterview med ansatte på Bispebjerg Hospital, som har været involveret i projekt om opfølgende hjemmebesøg (læge, sygeplejersker, projektmedarbejdere), et fokusgruppeinterview med hjemmesygeplejersker, som har været involveret i projektet, to individuelle interview med medarbejdere fra visitationen i Københavns Kommunes hjemmesygepleje, og fem individuelle interview med praktiserende læger, som har været involveret i projektet.

Evalueringen viser, at der generelt blandt aktørerne på området er en positiv indstilling til opfølgende hjemmebesøg og en vilje til at få optimeret processen omkring opfølgende hjemmebesøg, så borgerne kan få det fulde udbytte af denne form for opfølgende indsats. Generelt vurderes patientgruppen således som relevant, ligesom indholdet af det opfølgende hjemmebesøg vurderes som værende meget relevant.

Hovedudfordringen, som deltagerne i evalueringen peger på, er at gøre organiseringen af opfølgende hjemmebesøg mere enkel og overskuelig for de involverede parter. Dette kræver bl.a., at overgangen fra part til part lettes. Udfordringen er først og fremmest 1) at skabe en mere effektiv overlevering af patientoplysninger, herunder navnlig udskrivningsbreve (epikriser) og medicinlister, 2) at skabe en mere enkel kommunikationsgang i forhold til aftaler om opfølgende hjemmebesøg, fx ved en direkte kontakt mellem hospital og praktiserende læge ved udskrivelse, og 3) at klargøre, hvad fordelene ved opfølgende hjemmebesøg er i forhold til andre typer af opfølgingsordninger med samme målgruppe, fx følge hjem-ordninger som netop nu iværksættes på hospitaler i Region Hovedstaden.

For at gøre organiseringen af opfølgende hjemmebesøg mere enkel og overskuelig kræves også en intern tilpasning af organisationen i henholdsvis Københavns Kommune, på Bispebjerg Hospital og i almen praksis. I Københavns Kommune er der en organisatorisk adskillelse mellem bestilleren af ydelserne og den udførende del (BUM-modellen), og udfordringen er

navnlig at undgå, at dette ekstra led i opgaveudførelsen komplicerer sagsgangen. På Bispebjerg Hospital har det været nødvendigt med en meget aktiv tovholder/projektkoordinator for at sikre, at udvælgelsen til den randomiserede undersøgelse foregik på den rette måde, så udfordringen fremover bliver først og fremmest at få sygehusafdelingerne mere involveret i processen omkring at tilbyde opfølgende hjemmebesøg, således at det i højere grad bliver sygehusafdelingernes ansvar at vurdere, hvorvidt opfølgende hjemmebesøg er en passende opfølgningsindsats over for den givne patient. I almen praksis er udfordringen primært at få de praktiserende læger til at deltage mere aktivt i opfølgende hjemmebesøg, enten ved at få mere forpligtende aftaler på området (fx i sundhedsaftaler), få en højere honorering eller få en højere grad af fleksibilitet i ordningen.

1 Indledning

1.1 Baggrund

Der har de senere år været fokus på tiltag, som kan reducere omfanget af genindlæggelser for ældre, svækkede patienter. Baggrunden er, at når ældre, svækkede, medicinske patienter udskrives fra hospital, er risikoen for genindlæggelser stor, hvis der ikke iværksættes en særlig indsats. Ud fra et medicinsk – og patientmæssigt – synspunkt er gentagne genindlæggelser uhensigtsmæssige i et patientforløb, og ud fra et økonomisk synspunkt er der meget at spare ved at reducere genindlæggelserne for denne gruppe af patienter. I forbindelse med kommunalreformen er kommunerne blevet pålagt at medfinansiere alle hospitalsindlæggelser, og det har givet et ekstra incitament for kommunerne til at iværksætte tiltag, der kan reducere antallet af genindlæggelser.

Samtidig har der været fokus på at styrke samarbejdet på tværs af sektorgrænser i sundhedsvæsenet. Et væsentligt element i kommunalreformen var, at der skulle ske en forbedring af samarbejdet mellem region, kommune og praktiserende læger i forhold til det forebyggende sundhedsarbejde.

Dertil kommer, at der inden for de seneste år har været et stigende fokus på at skabe et mere sammenhængende patientforløb. Der er bl.a. indgået sundhedsaftaler på en række områder for at styrke denne indsats.¹ Sundhedsaftalerne indeholder typisk beskrivelser af, hvordan parterne på området vil sikre, at der er sammenhæng i hospitalsbehandlingen og den opfølgende indsats.

I 2003-2005 blev der gennemført en medicinsk teknologivurdering af opfølgende hjemmebesøg i form af et randomiseret, kontrolleret interventionsstudie (Sundhedsstyrelsen 2007).² Formålet med denne evaluering var at undersøge, om et opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse fra hospital med deltagelse af praktiserende læge og hjemmesygeplejerske bidrog til en forbedret patientbehandling, herunder en reduktion i antallet af genindlæggelser. Undersøgelsen påviste først og fremmest, at det opfølgende hjemmebesøg har en positiv effekt i forhold til genindlæggelse, den medicinske behandling samt opfølgning på anbefalingerne i epikrisen (Sundhedsstyrelsen 2007). Genindlæggelsen viste sig at være signifikant lavere i interventionsgruppen (40%) i forhold til kontrolgruppen (52%). Den medicinske behandling blev ændret for markant flere i interventionsgruppen (59%) i forhold til kontrolgruppen (44%). Og epikrisens behandlingsplan blev i langt højere grad fuldført i interventionsgruppen (95%) i forhold til kontrolgruppen (72%).

¹ Sundhedsloven forpligter regioner og kommuner til at samarbejde via bl.a. Sundhedsaftaler. Der stilles bl.a. krav om, at sundhedsaftalerne skal indeholde en beskrivelse af, hvordan parterne forebygger uhensigtsmæssige akutte indlæggelser (Sundhedsstyrelsen 2009).

² Forud for dette studie var fra navnlig 1980 og frem gennemført en række studier, som påviste, at der var en positiv effekt af opfølgende hjemmebesøg i forhold til genindlæggelsesprocenten, og hvor anbefalingerne var, at der skulle arbejdes videre med denne type af indsats (Vinge & Buch 2007).

På baggrund af denne undersøgelse (*Glostrupundersøgelsen*) og det generelle ønske om at reducere omfanget af genindlæggelser, styrke det tværfaglige samarbejde og skabe et mere sammenhængende patientforløb blev det besluttet at iværksætte et modelprojekt for opfølgende hjemmebesøg i Københavns Kommune i samarbejde med praktiserende læger og Bispebjerg Hospital³. Modelprojektet har til formål at afprøve og videreudvikle opfølgende hjemmebesøg som indsats, navnlig med henblik på at reducere antallet af genindlæggelser samt styrke det tværsektorielle samarbejde. Modelprojektet gennemføres som et randomiseret, kontrolleret forsøg, og effekten af interventionen evalueres af Dansk Sundhedsinstitut i 2010/2011. Henvisningshospital er Bispebjerg Hospital, og som optageområder er udpeget Østerbro, Brønshøj/Husum, Ydre Nørrebro og Bispebjerg. Målgruppen er skrøbelige borgere, der er 65 år eller ældre.

I det opfølgende hjemmebesøg deltager praktiserende læge og hjemmesygeplejerske. Besøget foretages inden for ca. en uge efter udskrivelse fra sygehus. Dette opfølgende hjemmebesøg kan suppleres med to efterfølgende besøg/kontakter, henholdsvis tre og otte uger efter udskrivelse. Disse kontakter kan være i form af et hjemmebesøg eller en konsultation hos praktiserende læge afhængig af patientens samlede problematik, og der er fleksibilitet i forhold til, hvem der deltager (praktiserende læge og/eller hjemmesygeplejerske). I bilag 1 er en oversigt over de forskellige elementer, der indgår i det opfølgende hjemmebesøg.

Der er gennemført færre opfølgende hjemmebesøg i Københavns Kommune end planlagt. Det første halvår 2010 er der således gennemført lidt over 50 hjemmebesøg, og det er betydelig færre end, hvad man havde regnet med ved projektets start. Dette skyldes en lang række forskellige forhold, herunder at borgeren bliver genindlagt, praktiserende læge siger nej til at medvirke, borgeren vil ikke medvirke, og at borgeren dør.

1.2 Formål og afgrænsning

Evalueringen har til formål at belyse de organisatoriske udfordringer, som de involverede parter peger på, i forhold til en vellykket implementering af opfølgende hjemmebesøg. Evalueringen omfatter følgende områder:

- Generelle arbejdsgange og kommunikation mellem hospital, praktiserende læge og kommunen
- Specifikke procedurer i forhold til patienter og samarbejde mellem praktiserende læger og hjemmesygeplejen
- Besøgenes relevans ifølge praktiserende læger og hjemmesygeplejen, herunder relevansen af den vejledende tjekliste
- Hensigtsmæssigheden af de anvendte kriterier til afgrænsning af patientgruppen

³ I planlægningen af projektet deltog repræsentanter fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, hjemmesygeplejen, Bispebjerg Hospital samt Københavns Praktiserende Læger.

Evalueringen dækker de involverede fagpersoners syn på, hvad udfordringerne er i forhold til organiseringen af opfølgende hjemmebesøg i Københavns Kommune. Brugernes/patienternes oplevelse af opfølgende hjemmebesøg er ikke inkluderet i evalueringen, da de ikke umiddelbart har de samme forudsætninger for at kunne vurdere organiseringen af denne form for indsats som fagpersonerne på området: hospitalsansatte, visitationen, hjemmesygeplejen og praktiserende læger.

1.3 Begrebsafklaring

Der eksisterer forskellige former for ordninger i forbindelse med udskrivelse af ældre medicinske patienter for at sikre et sammenhængende patientforløb, ligesom der eksisterer flere forskellige former for hjemmebesøg. Derfor er det hensigtsmæssigt kort at lave en begrebsafklaring, så det er klart, hvad der menes med opfølgende hjemmebesøg, og hvad der ikke er indbefattet i dette begreb.

Opfølgende hjemmebesøg er et eksempel på en *følge op-ordning*, hvor aktører fra primærsektoren umiddelbart efter udskrivelse fra hospital følger op på sygehusbehandlingen. Denne ordning indebærer, at nyudskrevne patienter modtager et opfølgende besøg af praktiserende læge og hjemmesygeplejerske ca. en uge efter udskrivelsen.

Der arbejdes i regionerne også med andre typer af ordninger for at sikre et sammenhængende patientforløb for ældre, bl.a. iværksættes i Region Hovedstaden *følge hjem-ordninger* på flere hospitaler (Region Hovedstaden 2009). Disse følge hjem-ordninger indebærer, at patienten følges hjem på udskrivelsesdagen af hospitalspersonale.

De opfølgende hjemmebesøg skal ikke forveksles med *opsøgende hjemmebesøg*. De opsøgende hjemmebesøg er uafhængige af udskrivelse fra hospital og aflægges typisk alene af praktiserende læge. Målgruppen for opsøgende hjemmebesøg er skrøbelige ældre, normalt over 75 år. Formålet med besøget er at:

- opnå indsigt i de ældres ressourcer og funktionsevne,
- identificere og evt. forebygge begyndende sundhedsproblemer,
- vurdere og evt. revidere patientens medicinforbrug,
- have kendskab til den ældres daglige livssituation for at kunne indgå som en kompetent samarbejdspartner i det tværfaglige sundhedsarbejde.

Det opsøgende hjemmebesøg er en aktuel status uden fokusering på et specifikt symptom eller specifik lidelse. Besøget kan, ifølge Landsoverenskomsten om almen lægegering, gennemføres op til én gang årligt.

Opfølgende hjemmebesøg skal heller ikke forveksles med *forebyggende hjemmebesøg*. De forebyggende hjemmebesøg aflægges af kommunen og har overordnet til formål at opprioritere den forebyggende og sundhedsfremmende indsats over for ældre (75 år eller ældre). Formålet med besøgene er:

- at fremme og sikre trivsel og aktivitet blandt de ældre,

- at støtte og opmuntre de ældre i udnyttelse af egne ressourcer og bevarelse af funktionsevnen længst muligt,
- at fremme viden og bevidsthed blandt de ældre om sund levevis og om forebyggelse af sygdom, ulykker og isolation,
- at orientere om kommunens tilbud om aktiviteter og støttemuligheder,
- at borgerne får mulighed for at fremkomme med ønsker og ideer til kommunen med henblik på at forbedre forholdene for de ældre.

Det forebyggende hjemmebesøg aflægges af en forebyggende medarbejder fra kommunen, typisk med en bred sundhedsfaglig og social baggrund. Indholdet i det forebyggende hjemmebesøg adskiller sig først og fremmest fra det opfølgende hjemmebesøg ved, at det ikke er knyttet til udskrivelse fra hospital, og at fokus i det forebyggende hjemmebesøg er på brede sundhedsmæssige og sociale problemstillinger og ikke på en egentlig helbreds-vurdering. Der er dog mulighed for at få målt blodtryk og blodsukker i forbindelse med det forebyggende hjemmebesøg.

2 Evalueringens tilrettelæggelse og metode

Med henblik på at belyse de organisatoriske udfordringer, som de involverede parter peger på i forhold til en vellykket implementering af opfølgende hjemmebesøg, er der gennemført en kvalitativ evaluering blandt de mest centrale aktører på området. I det følgende redegøres for evalueringens design, udvælgelse af informanter, interviewenes gennemførelse, bearbejdning af interview og evalueringens validitet.

Evalueringens design

Der er gennemført fokusgruppeinterview og individuelle interview. Fokusgruppeinterview er gennemført, hvor dette har været muligt, da det giver et godt grundlag for erfaringsudveksling og mulighed for at få debatteret de væsentligste problemstillinger i en kreds, som har en forholdsvis ens erfaringsbaggrund.

Der er gennemført to fokusgruppeinterview:

- En fokusgruppe på Bispebjerg Hospital med ansatte, som har været involveret i projekt om opfølgende hjemmebesøg. I fokusgruppen deltog syv ansatte.
- En fokusgruppe med hjemmesygeplejersker som har været involveret i projektet. I fokusgruppen deltog i alt ni hjemmesygeplejersker.

Derudover er der gennemført en række individuelle interview:

- To individuelle interview med medarbejdere fra visitationen
- Fem individuelle interview med praktiserende læger

Udvælgelse af informanter

Til fokusgruppen med *ansatte på Bispebjerg Hospital* er udvalgt forskellige typer af medarbejdere, som har været involveret i patientudvælgelsen til opfølgende hjemmebesøg. I fokusgruppen indgik således administrative medarbejdere med et ansvar for koordinering af patientudvælgelsen, sygeplejersker fra de involverede afdelinger (kontaktsygeplejerske og anden sygeplejerske) samt en læge.

I fokusgruppen med *hjemmesygeplejersker* er det blevet tilstræbt, at alle distrikter i Københavns Kommune, der indgår i projektet, var repræsenteret i fokusgruppen. Baggrunden for dette er, at organiseringen af opfølgende hjemmebesøg kan variere fra distrikt til distrikt.

Der er gennemført to interview med *visitationen* i Københavns Kommunes hjemmesygepleje. Det ene interview er gennemført med en medarbejder, som til daglig arbejdede med opfølgende hjemmebesøg og havde kendskab til de specifikke procedurer på området. Det andet interview er gennemført med en medarbejder i en mellemlederstilling, som havde et mere overordnet syn på visitationens rolle i forhold til opfølgende hjemmebesøg.

I forbindelse med udvælgelsen af *praktiserende læger* har Københavns Kommune, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, været behjælpelig med at lave en liste over læger, der har været involveret i projektet. På det grundlag har AKF udvalgt de endelige informanter. Til

evalueringen er udvalgt praktiserende læger, som har sagt ja til at være med i opfølgende hjemmebesøg, og praktiserende læger som har sagt nej til dette. Samtidig er det blevet tilstræbt, at de praktiserende læger, der indgår i evalueringen, dækker et bredt område inden for Københavns Kommune. Baggrunden for dette er, at der kan være store sociodemografiske forskelle mellem de enkelte lægers patientgrupper, og dette kan tænkes at have en indflydelse på lægens holdning til opfølgende hjemmebesøg, idet nogle læger vil have mange potentielle patienter inden for målgruppen og dermed en stor arbejdsbyrde i forhold til gennemførelsen af opfølgende hjemmebesøg, mens andre vil have forholdsvis få patienter inden for målgruppen.

Interviewenes gennemførelse

Interviewene er gennemført ud fra en interviewguide med formulerede spørgsmål, men med mulighed for at springe rundt i guidens temaer og tilpasse spørgsmålene til den (eller de) interviewede. Der er brugt fire forskellige interviewguides til interviewene med henholdsvis praktiserende læger, hjemmesygeplejen, visitationen samt hospitalsansatte. Et eksempel på interviewguide er vedlagt i bilag 2.

Interviewene er gennemført på informanternes arbejdsplads, dog undtaget fokusgruppen med hjemmesygeplejersker, der blev afholdt i et lokale stillet til rådighed af Københavns Kommune, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. I dette tilfælde var det den mest praktiske løsning, idet hjemmesygeplejerskerne kom fra en række forskellige distrikter i Københavns Kommune. Placeringen af fokusgruppen påvirkede dog ikke afviklingen af denne på nogen form for negativ måde. Der var generelt i fokusgruppen en høj grad af åbenhed, og alle deltagere i fokusgruppen deltog aktivt.

Interviewene blev optaget på diktafon, og informanterne blev oplyst om, at de ville være anonyme i evalueringen.

Bearbejdning af interview og evalueringens validitet

Interviewene blev transskriberede for at gøre det muligt at få et overblik over indholdet. Der blev i transskriberingen lagt vægt på at skabe mening i informanternes udsagn, og derfor er sproget, hvor det har været nødvendigt, blevet omformet til skriftsprog. Det afgørende i denne proces har været at søge at bibeholde meningen i informanternes udsagn samtidig med, at forståeligheden er søgt øget (Maxwell 2002).

Et overordnet hensyn i fortolkningsprocessen har været respekten for informanternes egne forståelser og fortolkninger. Derfor er der også anvendt mange citater i evalueringen, og citaterne er søgt gengivet i en vis længde, så den sammenhæng, citaterne indgår i, fremgår så tydelig som mulig. Samtidig er informanternes udsagn søgt gengivet uden, at der er inddraget andre kilder (kapitel 3-5). Det giver læseren en mulighed for at vurdere datagrundlaget, før en videre fortolkning af udsagnene finder sted.

I den videre fortolkningsproces er tilstræbt en høj grad af teoretisk validitet. Med teoretisk validitet menes, at der i fortolkningen er søgt anvendt forklaringsrammer, som bedst muligt forklarer og sætter informanternes udsagn i en større sammenhæng (Maxwell 2002). De seneste undersøgelser på området er således blevet inddraget i forhold til at kvalificere og

fortolke informanternes udsagn (se kapitel 6). Den seneste undersøgelse på området er en evaluering af implementeringen af opfølgende hjemmebesøg i 11 kommuner publiceret i december 2009 af Dansk Sundhedsinstitut (Voss 2009), og den er i særlig grad blevet inddraget i diskussionen.

Samtidig har evalueringsrapporten gennemgået en reviewproces, som bl.a. har til formål at vurdere, hvorvidt evalueringen er gennemført på et kvalificeret grundlag, og relevant litteratur på området er blevet inddraget i forhold til at diskutere og nuancere evalueringens resultater. Det skal dog bemærkes, at evalueringens rammer ikke giver mulighed for en høj grad af inddragelse af litteratur og teori på området. Dette søges indfriet ved en senere videnskabelig publikation på området, som med udgangspunkt i denne evaluering vil søge at diskutere koordinationsproblematikker ud fra bl.a. interorganisatorisk netværksteori.

3 Indholdet i det opfølgende hjemmebesøg

Det er en del af evalueringen af implementeringen af opfølgende hjemmebesøg at se på aktørernes vurdering af, hvorvidt indholdet i de opfølgende hjemmebesøg skønnes relevant. I det følgende ses på henholdsvis de praktiserende lægers og hjemmesygeplejerskernes overordnede vurdering af besøgets relevans. Derefter ses mere specifikt på aktørernes syn på tidsrammerne for besøget, antallet af besøg/kontakter og den vejledende besøgsguide, som danner den indholdsmæssige ramme for det opfølgende hjemmebesøg.

De praktiserende lægers vurdering af besøgets relevans

De praktiserende læger giver generelt udtryk for, at det er meget relevant at aflægge ældre og skrøbelige patienter et besøg i hjemmet efter udskrivelse fra hospital. En praktiserende læge udtrykker det på følgende måde: *Ved at gøre det i hjemmet, så imødekommer man patienten, der måske ikke kan overkomme at komme op i konsultationen – af praktiske årsager. De er ofte afsvækkede, når de kommer hjem fra hospitalet. Og så er der også det, at man kommer hjem til patienten, det kan godt frigøre nogle kræfter hos patienten.*

De praktiserende læger giver udtryk for, at det er meget relevant at søge at hindre genindlæggelse ved at lave et opfølgende hjemmebesøg. Det opfølgende hjemmebesøg er meget velegnet til dette, som følgende udsagn fra en praktiserende læge illustrerer: *Du forebygger genindlæggelse ved at optimere medicinbehandlingen og øge funktionsniveauet. Hovedformålet er at se, om det fungerer, når de kommer hjem – er medicinen korrekt, er genoptræningen startet...?*

Det fremgår af evalueringen, at de praktiserende lægers overordnede vurdering af de opfølgende hjemmebesøgs relevans hænger sammen med deres generelle indstilling til hjemmebesøg. Der er nogle praktiserende læger, som har en positiv holdning i forhold til hjemmebesøg, mens der er andre praktiserende læger, som er mindre positive. En praktiserende læge i evalueringen udtrykker det på følgende måde: *Det er et holdningsspørgsmål – hvad man synes, man skal yde. De positive ser praksis som et bredt spektrum af tilgængeligheds-tilbud, og der hører hjemmebesøg under. Tidligere kaldte man det for hjemmekonsultationer, og det var en naturlig ting at komme forbi i patientens hjem. De negative ser hjemmebesøg som noget, der ligger uden for deres umiddelbare område, og ser mere deres arbejde som et 8-16 arbejde.*

De mindre positivt indstillede praktiserende læger i forhold til opfølgende hjemmebesøg giver typisk udtryk for, at de er meget travle, og de derfor har meget svært ved at få hjemmebesøg – og opfølgende hjemmebesøg – til at passe ind i kalenderen: *Før kl. 16 ser vi jo patienter, så vi prøver altid at få hjemmebesøg placeret efter kl. 16. Men det er et problem at få passet ind – også i forhold til hjemmesygeplejen, som en praktiserende læge udtrykker det.*

Hjemmesygeplejerskernes vurdering af besøgets relevans

Hjemmesygeplejerskerne er, ifølge evalueringen, meget positive over for de opfølgende hjemmebesøg og giver udtryk for, at de generelt er meget relevante: *Det ligner lidt det, som vi la-*

ver i forvejen med andre hjemmebesøg. Først er vi ude i hjemmet og lave nogle observationer, og så kommunikerer vi med lægen efterfølgende. Det giver rigtig god mening, som en hjemmesygeplejerske formulerer det. Det handler ifølge hjemmesygeplejerskerne om at foretage en helhedsvurdering af borgeren: hvordan ser hjemmet ud, hvordan fungerer borgeren derhjemme, og hvad kan man gøre for borgeren? Og her er opfølgende hjemmebesøg en oplagt ordning til at foretage en sådan helhedsvurdering.

Samtidig er der dog flere hjemmesygeplejersker, som i evalueringen giver udtryk for, at de ikke føler sig involveret nok i projektet og derfor også har svært ved at overbevise praktiserende læge og borger om nødvendigheden af det opfølgende hjemmebesøg: *Det er svært at sælge projektet – jeg har været til informationsmøde, men det er ikke noget, som jeg ellers har været med til og er blevet inddraget i. Jeg synes, det er svært at argumentere for et projekt, som man ikke føler ejerskab til. Hvad er meningen for os?”* som en hjemmesygeplejerske formulerer det.

Aktørernes vurdering af besøgsguiden

I Københavns Kommune anvendes en besøgsguide, som fungerer som en vejledning for, hvad der skal fokuseres på under det opfølgende hjemmebesøg (bilag 3). Hovedpunkterne i besøgsguiden er en medicingennemgang, en generel helbredsvurdering, en afdækning af, om der er behov for at kontakte visitationen, og en dokumentation af besøget.

Den generelle vurdering blandt de praktiserende læger var, at indholdet af besøgsguiden så meget rimelig ud, og at indholdet af besøgsguiden meget svarede til indholdet i opsøgende hjemmebesøg. Samtidig var vurderingen, at besøgsguiden fungerede som en slags inspirationsliste, og man som læge måtte lave en sundhedsfaglig vurdering af, hvad der var mest relevant at tage fat på.

Hjemmesygeplejens generelle vurdering var, at besøgsguiden er fyldestgørende i forhold til at komme hele vejen rundt om borgerens helbredsmæssige situation og situation i hjemmet. Samtidig fremgik det af evalueringen, at besøgsguiden er nyttig i forhold til at skabe en struktur for det opfølgende hjemmebesøg: *Hvis man har en tavs læge, så kan den være god til at læne sig op af. Et andet problem kan være, at læge og borger hyggesludrer, og så kan den også være god til at skabe struktur. Den har alt i alt et meget passende omfang, og hvis lægen går efter at have udført sin del, så ved begge parter, hvad hjemmesygeplejen efterfølgende gennemgår med borgeren”,* siger en hjemmesygeplejerske i evalueringen.

På Bispebjerg Hospital nævnes det, at besøgsguiden med fordel kunne specificeres mere, da en fuld gennemgang af de nævnte punkter oftest ikke er nødvendig: *Den vejledende tjekliste ser omfattende ud. Meget af det har vi lavet allerede under indlæggelsen – fx en faldscreening og en stol og rejse-test. Det laver vi nærmest per automatik. Det burde klargøres, at praktiserende læge skal læse journalen og epikrisen igennem for at undgå dobbeltarbejde, som en sygeplejerske på hospitalet udtrykker det.*

På det opfølgende hjemmebesøg har den praktiserende læge mulighed for at få et mere fyldestgørende indblik i, hvad patienten får af medicin, og det vurderes af flere praktiserende læger som en indsigt, man ikke ville kunne få, hvis man ikke aflagde et hjemmebesøg: *På vores medicinskema står, om det er fast medicinering, så vi burde kunne se på vores medicin-*

skema, hvad vi har udskrevet af medicin. Men måske har patienten fået noget med fra hospitalet, så der kan godt være nogle modsætninger og problemer der, som man opdager, når man er ude i hjemmet, som en praktiserende læge formulerer det.

Det er, ifølge flere praktiserende læger, vigtigt at få en præcis medicinstatus, så man har mulighed for at optimere medicineringen for dermed at undgå polyfarmaci. En praktiserende læge i evalueringen formulerer det på følgende måde: *Det er svært med polyfarmaci, der er mange slags medicin, som går ind i hinanden, og patienterne bliver dårlige af det. Men det er svært – der er meget, de ikke kan undvære. Målet er også at prøve at få funktionsniveauet op, og det kræver ofte, at man må have sovemedicinen ned, så de ikke er for trætte.*

Det er ikke altid enkelt at foretage en medicinstatus, så det er flere lægers overordnede vurdering, at det kan være en ganske omfattende arbejdsopgave: *Problemet kan være, at en patient får rigeligt med medicin, og der skal skæres ned på medicinen. Nogle gange får patienten ordineret medicin på et hospitalsbesøg, og den ordinerede medicin bliver bare ved. Så kan vi gå ind i epikrisen for at vurdere, om man skal tage medicinen fra patienten. Problemet er bare, at der ofte ikke står nogle begrundelser. Og så bliver det omfattende at udrede, som det udtrykkes af en praktiserende læge.*

Der er også i evalueringen eksempler på, at et opfølgende hjemmebesøg har været meget gavnligt i forhold til at justere en patients medicin, bl.a. følgende eksempel, som en praktiserende læge gengiver i evalueringen: *Patienten gik i nogle sygehusambulatorier, og det viste sig, at der var ordineret noget binyrebarkhormon. Det mente patienten ikke, at han fik. Hjemmesygeplejen lagde heller aldrig den medicin ud. Når man kiggede i ambulatoriets journal, så fremgik det, at han fik den medicin, og han blev justeret op og ned. Selvom han aldrig nogensinde fik det. Derfor måtte jeg kontakte sygehusafdelingen for at høre, om de mente, at han skulle behandles med binyrebarkhormon. Så vidt jeg kunne skønne, så havde han ikke behov for det. Så på den måde var det et fremragende besøg.*

Flere praktiserende læger var positive over for, at det opfølgende hjemmebesøg ikke kun fokuserer på medicingennemgangen, men også indeholder en mere generel helbreds-vurdering: *Man snakker om en medicinstatus, men det burde hedde en patientstatus. Det er ikke medicinen, vi skal kigge på, men patienten... Her er opfølgende hjemmebesøg jo relevante, det er fokus her, som en praktiserende læge i evalueringen udtrykker det.*

Også blandt hjemmesygeplejersker er der en udbredt opfattelse af, at medicingennemgangen er et af de væsentligste formål med det opfølgende hjemmebesøg. En hjemmesygeplejerske forklarer det på følgende måde: *Hvis hospitalet tager noget medicin væk fra patienten, eller hvis medicinudskriften fra hospitalet og den praktiserende læges medicinskema ikke stemmer overens, så er det nyttigt, at man går det igennem sammen. Eksempelvis hvis lægen ved, at der er noget, som patienten ikke kan tåle. Det er altid der, hvor det går galt.*

Hjemmesygeplejersken er ansvarlig for at vurdere, hvorvidt der er behov for at kontakte visitationen i forhold til videre foranstaltninger for borgeren eller nye hjælpemidler. Dette har hjemmesygeplejerskerne generelt mere fokus på end den praktiserende læge, så ansvarsplaceringen hos hjemmesygeplejen for dette punkt vurderes positivt. De praktiserende læger giver i evalueringen udtryk for, at de ikke er de bedste til at vurdere behovet for bl.a. hjælpemidler, som følgende udsagn fra en praktiserende læge illustrerer: *Vi har jo visitationen og*

ergoterapeuterne, og de er jo vant til at gå ud og se, hvad der er behov for. Det nytter jo heller ikke noget, hvis vi anbefaler noget, og det bagefter viser sig, at de alligevel ikke kan få det. Der skal være realisme i det, vi laver. Det er ikke lægen, der skal se, om der skal et håndtag på toilettet.

Hvis visitationen er med på det opfølgende hjemmebesøg, så ville der hurtigere kunne træffes en beslutning om evt. nye hjælpemidler eller tildeling af særlige ydelser, fx genoptræning efter serviceloven, da det er visitationen, der har bevillingskompetencen. En repræsentant fra visitationen udtrykker det på følgende måde: *Visitationen kunne godt være med sammen med lægen og hjemmesygeplejersken ude på det opfølgende hjemmebesøg. Visitationen kunne så lave en helhedsvurdering eller funktionsvurdering – hvilke muligheder og tilbud er der i forhold til Serviceloven eller egne kvalitetsstandarder? Hvilket tilbud er det bedst egnede?*

Af den udførende hjemmesygepleje blev det dog i evalueringen ikke vurderet som værende nødvendigt, at visitationen var med på det opfølgende hjemmebesøg, da visitationen efter det opfølgende hjemmebesøg hurtigt kan aflægge borgeren et besøg, hvis det skønnes nødvendigt: *Mange af os har computer med ud på hjemmebesøg, så vi kan hurtigt meddele det til visitationen, hvis der er behov for, at de kommer ud. Hvis det sendes som en haster, så kommer de hurtigt, nogle gange samme dag,* siger en hjemmesygeplejerske eksempelvis i evalueringen.

Tidsrammer og antal besøg/kontakter

Det fremgår af flere udsagn i evalueringen, at praktiserende læger og hjemmesygeplejersker har svært ved i praksis at overholde den anbefalede tidsfrist for afholdelsen af det første opfølgende hjemmebesøg – inden for en uge efter udskrivelsen. Det blev dog ikke fremhævet som et stort problem af aktørerne, at der ofte gik mere end en uge, før det opfølgende hjemmebesøg kunne gennemføres.

De faste rammer i modelprojektet leder flere informanter til at understrege nødvendigheden af en høj grad af fleksibilitet i den videre organisering af opfølgende hjemmebesøg og en større grad af individuel behovsvurdering. Eksempelvis er der flere informanter, som synes, at tidsrammerne for det første opfølgende hjemmebesøg bør være mere end en uge, da det ikke altid er fagligt relevant med så hurtigt et opfølgende besøg. Endvidere er der flere deltagere i evalueringen, som giver udtryk for, at rammerne for den 2. og 3. kontakt heller ikke bør være fastlagt på forhånd, men bør være en individuel vurdering. En repræsentant fra visitationen siger således i evalueringen: *Den 2. og 3. kontakt er meget ressourcekrævende – det er lidt overkill. Det bør være en individuel vurdering – der hvor borgeren allerede har ydelser i hjemmet, kommer der jo nogle fra kommunen i hjemmet. Noget må kunne gøres telefonisk.*

4 Generelle arbejdsgange og kommunikation

En del af formålet med evalueringen er at belyse de generelle arbejdsgange og kommunikationen mellem hospital, praktiserende læge og kommunen. Hvilke organisatoriske forhold peger aktørerne på området på som væsentlige i forhold til en vellykket implementering af opfølgende hjemmebesøg?

I det følgende gennemgås først, hvad aktørerne på området peger på som de væsentligste udfordringer i overgangen mellem hospital og kommune. Derefter ses der nærmere på, hvad aktørerne ser som de væsentligste udfordringer i overgangen mellem hospital og almen praksis samt overgangen mellem kommune og almen praksis. Endelig ses der afslutningsvis på de organisatoriske udfordringer, som aktørerne på området peger på internt inden for deres eget område – hospital, kommune og almen praksis.

4.1 Overgangen mellem hospital og kommune

På hospitalet er det generelt lægens ansvar at afgøre, om patienten er færdigbehandlet og kan udskrives. Herefter er det sygeplejerskens ansvar at sørge for udskrivelsen og kommunikationen med patientens praktiserende læge og hjemmesygeplejen. Ved udskrivningen faxes udskrivningspapirer til visitationen i kommunens hjemmesygepleje. Normalt ville dette blive udført af den udskrivende sygeplejerske på afdelingen, men da opfølgende hjemmebesøg er organiseret som et modelprojekt, er det en sygeplejerske, som specifikt er tilknyttet dette projekt, som står for denne arbejdsgang. I samme arbejdsgang får patientens praktiserende læge elektronisk fremsendt en epikrise, ligesom et specifikt projektskema fremsendes til visitationen. Denne arbejdsgang skal sikre, at hjemmesygepleje og praktiserende læge er fuldt informeret om patientens sygdomsforløb ved udskrivelse fra hospital. Evalueringen peger imidlertid på, at der er nogle problemer ved denne arbejdsgang.

Den generelle vurdering er, at arbejdsgangen med at faxe udskrivningspapirer og projektskema til visitationen i kommunens hjemmesygepleje er besværlig, men fungerer rimeligt. Dog kan denne kommunikationsform føre til, at papirer går tabt i processen, og nogle patientforløb dermed forsinkes. Et eksempel på, hvad der kan gå galt, er, at hvis en udskrivelse bliver udsat nogle dage, og projektskemaet ikke fremsendes ved udskrivelsen, da det tidligere er blevet fremsendt, kan det føre til, at visitationen ikke kan finde det tidligere fremsendte projektskema, og sagen derfor ikke oprettes i visitationens journaliseringssystem (KOS). En mulighed for at løse dette problem, som Bispebjerg Hospital overvejer, er at faxe projektskemaet hver gang.

Evalueringen peger også på, at der på hospitalet er et problem med kommunikationen mellem hospital og patient i forbindelse med udskrivelsen, hvor der informeres om, hvad

kommunen kan tilbyde patienten efter udskrivelse⁴. Hospitalsafdelingen fortæller ikke borgeren direkte om det opfølgende hjemmebesøg, men fortæller kun, *at kommunen kommer på besøg*, da der ikke er sikkerhed for, at det opfølgende hjemmebesøg rent faktisk gennemføres (praktiserende læge indvilger etc.). Det resulterer i, at borgeren i flere tilfælde ikke føler sig tilstrækkeligt oplyst om opfølgningen på hospitalsopholdet: *Det, borgeren fik at vide på hospitalet, svarede ikke til, hvad borgeren så oplevede, da vi fra sygeplejen ringede til hende. Hun troede, at det ville være visitationen, der ville henvende sig. De får ikke noget at vide om, at de er med i et projekt. Folk er blevet rigtig forskrækket over, at der stod en hjemmesygeplejerske. De vidste slet ikke, at vi ville komme. Hospitalet skal meddele meget klart, hvad der sker, for det bliver tit misforstået, som en hjemmesygeplejerske udtrykker det i evalueringen.*

En mulighed for at styrke kommunikationen mellem hospital og patient i forbindelse med udskrivelsen er, at der etableres et tættere samarbejde mellem hospitalet og visitationen, så en patient kan informeres mere tydeligt om, hvordan der vil blive fulgt op på behandlingen efter udskrivelsen. På Bispebjerg Hospital vurderes det, at kommunikationen med patienten kan styrkes, hvis opfølgende hjemmebesøg overgår fra projektstatus til almindelig drift: *Kommer projektet i drift, så er det, vi skal have et fast samarbejde med visitationen. Vi foreslår så noget herfra, og så skal visitationen måske bestemme, at det skal være et opfølgende hjemmebesøg. Hvis andre opfølgningsordninger er mere relevante, fx at patienten skal følges hjem, så er det os, som skal gøre det, og så er det nok vores beslutning.*

En læge fra Bispebjerg Hospital efterlyste tovholdere med ansvar for overgangen mellem hospital og den kommunale hjemmesygepleje: *Der skal være tovholdere med ansvar for patienten ved udskrivelse. Kontakten skal være noget andet og mere end en fax til hjemmeplejen. Vi er ofte ude for, at vi ikke kan udskrive patienten, fordi vi ikke kan få kontakt til hjemmeplejen.* Denne tovholder kunne eksempelvis være en udskrivningskoordinator med ansvar for overgangen fra hospital til opfølgende kommunal indsats, som det nævnes af flere i evalueringen.

4.2 Overgangen fra hospital til almen praksis

Det vurderes i evalueringen, at det fungerer forholdsvis tilfredsstillende, når hospitalsafdelingen fremsender en epikrise til patientens praktiserende læge. Det påpeges dog, at praktiserende læge ofte ikke får epikrisen inden for de tre dage efter udskrivelsen, som er målsætningen: *Vi får ikke altid epikrisen til tiden, den er ofte forsinket. Der er ikke noget system i det, nogle gange kommer den til tiden, nogle gange kommer den ikke,* siger en praktiserende læge i evalueringen.

For at lette den direkte kontakt mellem hospital og almen praksis er der i bl.a. København blevet aftalt, at de praktiserende læger har et direkte ”hemmeligt” telefonnummer, så

⁴ Det er en del af projektet omkring opfølgende hjemmebesøg, at patienten ikke informeres om, at denne indgår i et videnskabeligt projekt (interventionsgruppe), hvilket bl.a. er godkendt af den videnskabsetiske komité i forbindelse med godkendelsen af projektet. Der er altså også tale om et generelt kommunikationsproblem i denne type af videnskabelige projekter, som kun vanskeligt lader sig løse fuldt og helt.

hospitalet hurtigt kan få direkte kontakt med de praktiserende læger. Det er dog ikke en kommunikationsform, som bliver brugt i større omfang, siger en praktiserende læge i evalueringen: *Der er ellers opbygget en "hemmelig liste" med mobiltelefonnumre, hvor man altid burde kunne få fat på en praktiserende læge, hvis man ønsker det på hospitalet. Den har været brugt i mere end 10 år, men ingen bruger den. Den primære årsag er, at hospitalslægerne ikke kender den, og der er skiftende læger.* Samtidig gives der fra flere sider udtryk for, at det er en generel holdning blandt mange hospitalslæger, at det er svært at komme i kontakt med en praktiserende læge og drøfte en patient, og det derfor afholder mange hospitalslæger fra at kontakte den praktiserende læge.

Flere praktiserende læger og hjemmesygeplejersker i evalueringen peger på, at det kunne lette arbejdsgangen og yderligere motivere de praktiserende læger til at deltage i de opfølgende hjemmebesøg, hvis hospitalsafdelingen kontaktede den praktiserende læge i forbindelse med udskrivelsen af en patient. En hjemmesygeplejerske formulerer det på følgende måde: *Det burde være en naturlig del af udskrivelsen. Så har man spurgt borgeren og kontaktet den praktiserende læge. Så ville aftalen om opfølgende hjemmebesøg komme med udskrivelsespapirer, blodprøver og andet.* En praktiserende læge udtrykker det sådan: *Hospitalet har kontakten med patienten ved udskrivelse. Det er dem, der står med patienten på hospitalet, og det mest oplagte er, at de tager telefonen og kontakter os. Så er det aftalt.*

Den direkte henvendelse fra hospitalet kan virke mere motiverende for den praktiserende læge i forhold til at få organiseret et opfølgende hjemmebesøg end den gældende praksis, hvor det er hjemmesygeplejersken, der kontakter lægen: *Nogle praktiserende læger svarer måske villigere på en hospitalslæge, der ringer, end en hjemmesygeplejerske, der vil ringes op. Sådan er det vel,* som en praktiserende læge udtrykker det. Også set fra hjemmesygeplejers side opfattes det som en fordel, hvis praktiserende læge blev kontaktet direkte af ansvarlig læge i forbindelse med udskrivelsen: *Det ville være mere naturligt, hvis lægen på hospitalet ved udskrivelsen kunne sige, at den praktiserende læge kommer på hjemmebesøg og følger op på hospitalsbehandlingen. Det kræver, at det blev aftalt mellem hospital og praktiserende læge. Læge til læge-kontakten kunne så også forbedres,* siger en hjemmesygeplejerske i evalueringen.

Fra lægesiden på Bispebjerg Hospital gives der udtryk for, at læge til læge-kontakten er meget begrænset i projektet: *Som læger er vi stort set ikke involveret i dette projekt. Fra starten af var det meningen, at vi skulle have været mere henover. Det er kun i forhold til epikrisen, at vi er i kontakt med den praktiserende læge. Ellers er det plejepersonalet, der har al den øvrige kontakt.*

Der er i projektet åbnet mulighed for, at hvis den praktiserende læge ønsker en udtalelse om baggrunden for, at en patient er udtrukket til projektet, så kan den ansvarlige læge på hospitalet skrive en sådan udtalelse. Der er imidlertid ikke nogle praktiserende læger, der har bedt om dette, ifølge Bispebjerg Hospital. Dette indikerer, at hvis man ønsker at styrke læge til læge-kontakten skal man tilrettelægge en arbejdsgang, som virker mere enkel og overkommelig for de praktiserende læger.

Generelt giver de praktiserende læger udtryk for, at de i meget begrænset omfang tager kontakt til hospitalet efter en udskrivelse af en af deres patienter, fx i forbindelse med et op-

følgende hjemmebesøg. Det er oftest i forbindelse med tvivl om medicineringen, at den praktiserende læge kontakter hospitalet, og det er ofte ikke helt problemfrit, som det bl.a. fremgår af følgende udsagn fra en praktiserende læge i evalueringen: *Hvis der er skrivefejl, eller det hele ikke er kommet på medicinlisten, og hjemmesygeplejen siger, at det ikke passer med den gamle, og de spørger, om de skal fortsætte med den gamle eller gå over til den ny. Så skal man i kontakt med hospitalet, og så ringer man rundt til afdelingerne, og ofte er der ingen, der siger, de er ansvarlige. Der bøvler vi lidt med at finde ud af, hvem der har udskrevet medicinen.*

4.3 Overgangen mellem kommune og almen praksis

I begyndelsen af projektperioden udsendte Københavns Kommune en informationspjece til de praktiserende læger (*Den gode overgang fra hospital til eget hjem*), som havde til hensigt generelt at informere om opfølgende hjemmebesøg (bilag 4). Generelt var der tilfredshed med indholdet af informationspjece. Der var dog nogle få, mindre kritiske bemærkninger om informationsmaterialet:

- Det fremgår ikke klart af pjecen, at målgruppen er 65 år og ældre.
- Det er ikke en læge på Bispebjerg Hospital, der udvælger patienterne til projektet, som det fremgår af pjecen. I praksis er det projektsygeplejersken, som udvælger patienterne i samarbejde med sygeplejerskerne på de respektive afdelinger.
- Det er uklart, at der er mulighed for en 2. og 3. kontakt efter det første opfølgende hjemmebesøg, og at den praktiserende læge i samarbejde med hjemmesygeplejersken skal foretage en vurdering af behovet for disse efterfølgende kontakter.
- Honoreringen af praktiserende læger for deltagelse i opfølgende hjemmebesøg fremgår ikke tilstrækkeligt tydeligt.

Flere af de praktiserende læger var forundret over, at de ikke havde fået flere henvendelser om opfølgende hjemmebesøg. Fremsendelsen af materialet om opfølgende hjemmebesøg fra Københavns Kommune skabte i flere tilfælde en forventning om, at den enkelte praktiserende læge skulle aflægge et antal opfølgende hjemmebesøg, og det viste sig typisk ikke at være tilfældet: *Vi har kun haft én patient, som blev visiteret, men han blev genindlagt. Jeg troede, at det ville blive et stort felt, men det er det ikke blevet, som en praktiserende læge i evalueringen udtrykker det.*

Opfølgende hjemmebesøg i Københavns Kommune er organiseret som et modelprojekt, hvor hjemmesygeplejen og visitationen har ansvaret for at organisere det opfølgende hjemmebesøg, efter at hospitalet har underrettet kommunen om, hvilke patienter der er udtrukket til at indgå i projektet. Det er for hjemmesygeplejen en anden måde at håndtere et patientforløb på, end de er vant til, og evalueringen viser, at der blandt hjemmesygeplejerskerne er en vis usikkerhed om deres rolle i modelprojektet, særlig i forhold til den praktiserende læge.

Det opleves af mange hjemmesygeplejersker som nyt, at de skal kontakte den praktiserende læge og har ansvaret for at få den praktiserende læge til at deltage i det opfølgende

hjemmebesøg. Udgangspunktet for samtalen er typisk ikke, at patienten har et helbredsproblem, men at der skal aftales et opfølgende hjemmebesøg, og det er en anden form for kommunikation, end hjemmesygeplejen er vant til. Samtidig blev det fra hjemmesygeplejens side problematiseret, at de praktiserende lægers deltagelse i opfølgende hjemmebesøg er helt frivillig, og der ikke ligger nogle mere forpligtende aftaler på området, fx i form af sundhedsaftaler.

Deltagerne i evalueringen peger generelt på, at måden, kommunikationen fungerer på mellem hjemmesygeplejerske og praktiserende læge, er vigtig i forhold til at få organiseret et opfølgende hjemmebesøg. Den praktiserende læge reagerer i nogle tilfælde negativt, hvis lægen af hjemmesygeplejen får indtrykket af, at det opfølgende hjemmebesøg er noget, de ”skal”. Den praktiserende læge vil ofte være mere positiv, hvis lægen bliver inddraget i patientens sygdomsproblemer, og man på den baggrund i fællesskab beslutter, at det opfølgende hjemmebesøg er den rette opfølgning. En hjemmesygeplejerske i evalueringen har følgende erfaring: *Jeg har været ude for meget negative læger, når man ringer op og forklarer, at der skal foretages et opfølgende hjemmebesøg. Så har jeg i nogle tilfælde fået en irettesættelse, og lægen har påpeget, at det har han bestemt ikke pligt til, og så er besøget ikke blevet til noget.*

Flere hjemmesygeplejersker i evalueringen var meget opmærksomme på kommunikationen mellem hjemmesygeplejerske og praktiserende læge, og hvilken rolle hjemmesygeplejersken har i et modelprojekt som opfølgende hjemmebesøg. Det blev bl.a. fremhævet af disse hjemmesygeplejersker, at modelprojektet kunne ses som et eksempel på Fremtidens sygepleje, hvor sygeplejersken i højere grad end i dag er forløbsansvarlig i forhold til den forebyggende indsats over for patienten⁵: *Vi har fra starten set dette projekt som en del af Fremtidens sygepleje, og derfor er det også blevet prioriteret. Det handler om, at borgeren kommer tidligere hjem fra hospitalet, og at vi i hjemmesygeplejen møder borgeren tidligere og får et større ansvar. Det kræver mere uddannelse og flere erfaringer med denne type arbejde.*

Der er udarbejdet arbejdsgange, som beskriver, hvordan kontakten mellem hjemmesygeplejerske og praktiserende læge bør forløbe, men i praksis er der stor forskel på, hvordan den enkelte hjemmesygeplejerske håndterer kontakten til praktiserende læge. I nogle tilfælde ringer hjemmesygeplejersken først til den praktiserende læge for at få en aftale på plads og derefter til borgeren for at høre, om et opfølgende hjemmebesøg passer borgeren. I andre tilfælde ringes først til borgeren for at orientere om muligheden for at få et opfølgende hjemmebesøg og få borgerens samtykke til at kontakte praktiserende læge. Derefter kontaktes praktiserende læge, og afslutningsvis orienteres borgeren om tidspunktet for det opfølgende hjemmebesøg. Den sidste praksis er mere omfattende end den første, men flere hjemmesygeplejersker giver udtryk for, at de benytter denne praksis af etiske årsager: *Vi ringer til borgeren først, før vi ringer til lægen. Det er blevet lavet om. Borgeren er blevet krænkert over, at vi*

⁵ Fremtidens sygepleje søges implementeret i Københavns Kommune fra 2010. For en nærmere beskrivelse af principperne i Fremtidens sygepleje, se bl.a. Kjærgaard, Madsen & Roholt (2005)

har ringet til lægen først uden borgerens samtykke, som en hjemmesygeplejerske udtrykker det.

Kommunikationen mellem praktiserende læge og hjemmesygeplejerske om organiseringen af et opfølgende hjemmebesøg foregår typisk per telefon, og det fremgår af evalueringen, at det ikke er nemt at komme igennem til den praktiserende læge per telefon. Et direkte nummer til praktiserende læge er således et udpræget ønske hos hjemmesygeplejerskerne.

Som konsekvens af vanskelighederne med at komme igennem per telefon er der også hjemmesygeplejersker, som tager kontakt til praktiserende læge per fax: *Hvis jeg ikke kan komme igennem per telefon, så sender jeg en fax og sætter mit mobilnummer på. Men typisk hjælper det ikke. Så sætter man et kryds: Lægen ønsker ikke at deltage*, som en hjemmesygeplejerske forklarer det.

Det er ikke altid, at det er den hjemmesygeplejerske, der skal på hjemmebesøg hos borgeren, som tager kontakt til praktiserende læge. I nogle tilfælde er det en sygeplejekoordinator, som har den indledende kontakt med praktiserende læge. Dette er af praktiske grunde, da hjemmesygeplejerskerne ofte har travlt med sygebesøg, når det er muligt at komme igennem til den praktiserende læge per telefon. Dette er, ifølge hjemmesygeplejerskerne, ikke altid hensigtsmæssigt, da den personlige kontakt mellem praktiserende læge og hjemmesygeplejerske har en betydning for udbyttet af det opfølgende hjemmebesøg, som følgende eksempel illustrerer: *Jeg har været ude at besøge en borger med en ny læge, som jeg overhovedet ikke havde snakket med før. Samtidig kendte jeg ikke borgeren, og lægen havde måske set hende to gange, og så bliver det rigtig svært at få noget givtigt ud af besøget.*

Kommunikationen mellem praktiserende læge og hjemmesygeplejerske er også vigtig, hvis der sker ændringer i aftalen om et opfølgende hjemmebesøg. Typisk er det hjemmesygeplejen, som skal underrette den praktiserende læge, hvis der sker ændringer i aftalerne, men det sker ikke altid: *Ved det første opfølgende hjemmebesøg aftalte vi, at jeg skulle komme igen efter tre uger, men det glemte jeg faktisk. Så viste det sig, at patienten i mellemtiden var blevet genindlagt, og det var der ingen, som havde fortalt mig. Hvis jeg var taget ud på det 2. opfølgende hjemmebesøg, var jeg taget ud til en tom dør*, forklarer en praktiserende læge i evalueringen.

Flere praktiserende læger i evalueringen giver udtryk for, at et af de positive elementer ved de opfølgende hjemmebesøg er, at kontakten mellem praktiserende læge og hjemmesygepleje bliver styrket. En praktiserende læge formulerer det på følgende måde: *Man får snakket sammen på tværs af læge og hjemmesygepleje – det er den største gevinst: At få dialogen. Vi arbejder jo parallelt. Vi arbejder i to forskellige organisatoriske systemer. Ved ikke at have dialogen går man glip af deres observationer, de har et andet fokus og ser nogle andre ting.*

Det bliver også fremhævet af flere i evalueringen, at der i Københavns Kommune ikke er den nære personlige kontakt mellem praktiserende læge og hjemmesygeplejerskerne, som man kender i mindre bysamfund, og som i højere grad eksisterede tidligere i København. Det gør, at kommunikationen om bl.a. opfølgende hjemmebesøg bliver vanskeligere, ifølge en praktiserende læge i evalueringen: *Tidligere havde vi et fast nummer, man kunne ringe til,*

og vi kendte i højere grad hjemmesygeplejerskerne personligt: Kan du ikke lige stille mig om til Birgitte over i Ravnsborggade... Nu ved man aldrig, hvem det er.

Det blev i evalueringen foreslået af flere praktiserende læger, at kommunen kunne sende en opdateret oversigt ud med oplysninger om, hvem den praktiserende læge kan kontakte, fx i forbindelse med et opfølgende hjemmebesøg: *Kommunen skal orientere lægerne mere om hjemmesygeplejens kontorer: hvordan træffes de, hvem henvender man sig til, en praktisk oversigt... På hjemmesiden er der kun hovednumrene. Der skal være et direkte nummer til visitatoren, siger eksempelvis en praktiserende læge i evalueringen.*

4.4 Interne udfordringer på hospital, i kommune og almen praksis

I det foregående er der blevet set på de udfordringer og løsninger, som aktørerne på området peger på i overgangene mellem hospital, almen praksis og kommune i forhold til en optimal implementering af opfølgende hjemmebesøg. I dette afsnit vil der blive set nærmere på udfordringerne internt på hospitalet, i almen praksis og i kommunen.

Udfordringer på hospitalet

Det er en udfordring i projektet at skabe synlighed og kendskab til projektet blandt de relevante afdelinger på Bispebjerg Hospital. Hermed kan det sikres, at man på den enkelte afdeling har et kendskab til procedurerne i projektet, herunder at der er tale om et randomiseret kontrolleret forsøg, hvor 1) relevante patienter udvælges til projektet, og 2) patienterne herefter ud fra et tilfældighedsprincip opdeles i en interventionsgruppe (som tilbydes opfølgende hjemmebesøg) og en kontrolgruppe (som ikke tilbydes opfølgende hjemmebesøg). De ansatte på modelprojektets opfølgende hjemmebesøg har en meget aktiv rolle i forhold til dette, og det indebærer bl.a., at en projektsygeplejerske dagligt er i kommunikation med de enkelte afdelinger om, hvilke patienter der kunne være relevante i forhold til projektet, og i øvrigt søger at udbrede kendskab til projektet. Denne organiseringsform er særegen for modelprojekter såsom opfølgende hjemmebesøg, da der er behov for i denne type af randomiserede og kontrollerede undersøgelser at have så fuldstændig kontrol som mulig over, hvem der potentielt kan indgå i projektet, hvor mange der indgår i henholdsvis interventions- og kontrolgruppe etc.

Den daglige kommunikation foregår konkret på følgende måde ifølge projektsygeplejersken: *Vores patienter er markeret med en pinkfarvet magnet på den tavle, hvor der står, hvad man skal gøre ved patienterne. Så ved man, der er noget med den her borger om opfølgende hjemmebesøg, selvom der måske er udskiftning af personale på den enkelte afdeling.* For yderligere at sikre synligheden af projektet på de enkelte afdelinger er der hængt en beskrivelse af projektet op på opslagstavlerne, ligesom projektsygeplejersken er iført en pinkfarvet trøje med påtegningen "Opfølgende hjemmebesøg" for tydeligt at gøre opmærksom på projektet.

Et problem ved denne form for organisering kan være, at projektets daglige drift på hospitalet er meget afhængig af en enkelt projektmedarbejder, og derfor kan være sårbart, fx i tilfælde af sygdom eller lignende. Samtidig kan det også blive problematisk, at sygehusafde-

lingerne ikke er mere involveret i processen, end det er tilfældet. En afdelingssygeplejerske udtrykker det på følgende måde: *Nu kommer der en, som vurderer, at borgeren skal have opfølgende hjemmebesøg, det er ikke os selv, der skal vurdere det. Så glemmer personalet måske, hvis der i en periode ikke er nogle patienter, der hører under projektet.*

Udfordringen er derfor, ifølge flere deltagere i evalueringen, at få sygehusafdelingerne mere involveret i processen omkring opfølgende hjemmebesøg, særligt hvis opfølgende hjemmebesøg overgår fra projektstatus til almindelig drift i 2011. En større involvering af den enkelte hospitalsafdeling indebærer, at det er den udskrivende sygeplejerske og læge, som skal vurdere, hvorvidt en patients hjemmesituation er holdbar, og om det er relevant at tilbyde en opfølgningsordning efter udskrivelse, fx et opfølgende hjemmebesøg.

Muligheden for at kunne tilbyde et opfølgende hjemmebesøg til skrøbelige patienter er meget god at have ifølge en kontaktsygeplejerske på Bispebjerg Hospital: *Det er rigtig rart at vide, at der er den ekstra støtte op-funktion, når de kommer hjem igen. Det kan være særlig rart med de borgere, hvor vi har haft svært ved her på hospitalet at komme igennem med de behandlingstiltag, som er mest hensigtsmæssige. Så er det rart at vide, at de bliver samlet op, når de kommer hjem.*

Samtidig peger evalueringen også på, at det ville virke fremmede for motivationen blandt ansatte på hospitalet, som er involveret i projektet, hvis man fik en tilbagemelding fra praktiserende læge eller hjemmesygeplejen om, hvordan det forløber med de opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelsen: *På arbejdsgruppemøder efterlyser vi den "gode historie"? Det ville gøre det meget mere nærværende og styrke interessen i projektet, hvis man fik at vide, at det går bare fru Jensen smadder godt. Og nu har vi ikke set hende siden. Det er det eneste, der er ærgerligt, at vi ikke får at vide, hvad der kommer ud af det?*

Motivationen blandt ansatte på hospitalet, som er involveret i projektet, bliver ifølge flere deltagere i evalueringen påvirket negativt af, at opfølgende hjemmebesøg er organiseret som et randomiseret kontrolleret forsøg, hvilket indebærer, at nogle patienter inden for målgruppen ikke tilbydes opfølgende hjemmebesøg, idet der bl.a. skal udtrækkes patienter til en kontrolgruppe (ingen intervention). Dette opfattes som et problem, fordi man dermed ikke har mulighed for at tilbyde opfølgende hjemmebesøg til patienter, der ellers kunne have brug for det: *Det er et problem, at man ikke har et ens tilbud til alle borgere. På en 4-sengs stue, hvor en patient under 65 år måske har det værst, så kan vi ikke tilbyde den borger et opfølgende hjemmebesøg, fordi borgeren falder uden for målgruppen, som en sygeplejerske udtrykker det i evalueringen. Disse problemer vil dog forsvinde, når opfølgende hjemmebesøg ikke længere er organiseret som et videnskabeligt projekt, men overgår til en almindelig driftssituation.*

Det bliver også påpeget i evalueringen, at mange forhold omkring en udskrivelse kan ændres løbende, og at dette skaber forvirring i kommunikationen med praktiserende læge og kommunen. På den ene side ønsker hospitalet at oplyse i så god tid som muligt om en kommende udskrivelse (et forvarsel sendes til praktiserende læge og hjemmesygepleje), således at der er større mulighed for, at et opfølgende hjemmebesøg kan gennemføres relativt hurtigt efter en udskrivelse (inden for en uge). På den anden side viser erfaringen, at udskrivningsfrister ofte ændrer sig, som det bl.a. fremgår af følgende udsagn fra projektsygeplejerske på

Bispebjerg Hospital: *Der er ikke noget, der er sikkert. Der kan komme en læge og beslutte, at den her patient skal på rehabilitering. Der er forskellige varslingsfrister, hvis der er væsentlige funktionsændringer, fx udskrivningsdatoerne kan nemt ændre sig – meget ændrer sig, når vi har med skrøbelige patienter at gøre.*

Udfordringer i kommunen

Københavns Kommunes hjemmesygepleje er organiseret ud fra BUM-modellen, som indebærer en adskillelse af bestiller og udfører. Det kan, ifølge flere deltagere i evalueringen, skabe nogle barrierer mellem visitationen og hjemmesygeplejen. Arbejdsgangen er, at visitationen modtager en varslings fra Bispebjerg Hospital om, at der er udtaget en projektborger, og på den baggrund opretter visitationen en journal og sender et advis herom til den udførende hjemmesygepleje.⁶ Ved udskrivelse faxer hospitalsafdelingen udskrivningspapirer til visitationen, som opretter et specielt sagsark i KOS⁷, og derefter sendes advis og fax til hjemmesygeplejen. I denne arbejdsgang kan der opstå forsinkelser og usikkerhed i hjemmesygeplejen, da der er mange sagsgange involveret, og denne sagsgang adskiller sig fra de typiske sagsgange, bl.a. i form af det særlige sagsark, der oprettes i KOS. Dertil kommer, at visitationen i flere tilfælde er fysisk adskilt fra den udførende hjemmesygepleje, så der i dagligdagen ikke er en løbende kontakt mellem visitationen og hjemmesygeplejen, og det er ikke optimalt, ifølge en medarbejder i visitationen: *Kontakten til hjemmesygeplejerskerne foregår via advis'erne. Vi sidder fysisk langt fra dem – vi er for spredt. Vi håber på nogle nye lokaler. Det gør noget, at man hurtigt kan få en briefing fra hjemmesygeplejerskerne, så det er lidt ærgerligt.*

Generelt er der tilfredshed med den digitalisering af kommunikationen og journaliseringen, som har fundet sted de senere år, da det har lettet arbejdsbyrden for kommunen. Særligt nævnes advissystemet og KOS. Hjemmesygeplejen udtrykker dog i evalueringen et behov for at få udbygget KOS for at kunne få et større udbytte af de opfølgende hjemmebesøg. Konkret nævnes et behov for at få adgang til patienternes journaler, så hjemmesygeplejen bl.a. kan få indsigt i, om patienterne har hjælpemidler, hvor disse hjælpemidler kommer fra etc. Det vil gøre det langt nemmere for hjemmesygeplejen at varetage den del af det opfølgende hjemmebesøg, som drejer sig om evt. justering af hjælpemidler i hjemmet.

Udfordringer i almen praksis

De praktiserende læger giver i evalueringen udtryk for, at de meget gerne deltager i projektet ”opfølgende hjemmebesøg”, da det er tilrettelagt som et videnskabeligt forsøg og dermed bidrager til at frembringe ny viden på området: *Alle er mere entusiastiske i et projekt, mens projektet kører. Også med at få tingene sat i gang. Vi skal se, om det kan ændre noget. På den måde skubber det til den måde, som vi gør tingene på, og det er jo en rigtig god ting. Det er godt at være med i sådanne projekter, siger en praktiserende læge i evalueringen.*

⁶ Advissystemet er et meddelelssystem i sundheds- og omsorgsforvaltningerne, som benyttes til at sende meddelelser (advis) til såvel interne som eksterne samarbejdspartnere.

⁷ KOS (Københavns Omsorgs System) er et elektronisk journaliseringssystem, som bl.a. bruges til at organisere aftaler omkring opfølgende hjemmebesøg.

De praktiserende læger i evalueringen efterlyser mere information om, hvor effektiv interventionen forventes at være. Det virker motiverende for de praktiserende læger i forhold til deltagelsen i opfølgende hjemmebesøg, hvis de har indtrykket af, at denne form for indsats har en effekt: *Hvis forskningsresultaterne klart viser, at opfølgende hjemmebesøg virker, så giver det et moralsk incitament til at deltage i hjemmebesøgene. Informationsindsatsen kunne være bedre i forhold til at motivere lægerne. Vi savner nogle klare procenttal om effekten – og det kunne oplagt formidles gennem PLO Orientering, Ugeskrift for læger, Dagens Medicin eller andet, siger en praktiserende læge i evalueringen. Hvis effekten af den eksisterende intervention endnu ikke kendes, så kunne resultater fra lignende evalueringer i stedet formidles, ifølge en praktiserende læge i evalueringen.*

Tidsforbruget i forbindelse med opfølgende hjemmebesøg nævnes som en barriere af flere praktiserende læger i evalueringen. Det opfølgende hjemmebesøg tager ofte samlet set en time eller mere af lægens tid, og ofte må den praktiserende læge placere det opfølgende hjemmebesøg i den almindelige konsultationstid for at kunne få en aftale på plads med hjemmesygeplejen. En praktiserende læge udtrykker det på følgende måde: *Opfølgende hjemmebesøg tager tid, og det er svært at få passet ind i forhold til ens arbejdsdag. Så skal man måske lukke kl. 13, og så kan man måske ikke modtage patienter hele den eftermiddag. Rejsetid, forberedelse, skrivning – det tager måske halvanden time. En masse små procedurer, som tilsammen tager tid.*

Flere deltagere i evalueringen peger også på, at honoreringen af praktiserende læger for opfølgende hjemmebesøg udgør en barriere. Generelt gav de praktiserende læger udtryk for, at honoreringen ikke var afgørende for, om de foretog et opfølgende hjemmebesøg. Samtidig var der dog flere læger, som gav udtryk for, at betalingen for opfølgende hjemmebesøg ikke modsvarede den arbejdsindsats, som et hjemmebesøg krævede. En praktiserende læge udtrykte det på følgende måde: *Samlet tager et opfølgende hjemmebesøg over en time. Og det giver måske 500 kr. inklusive transport. Det er alt for lidt. Det gør heller ikke, at folk synes, det er sjovt. Man får ikke en blikkenslager ud for det.* En anden praktiserende læge formulerede det på følgende måde: *Honoreringen er lidt højere end ved opsøgende hjemmebesøg, men det er ikke nok. Det tager mere end en time – forberedelse, transport, besøg, opfølgende papirarbejde. Det kunne godt være 10-20% højere.*

5 Patientgruppens relevans

Det indgår som en del af evalueringen af opfølgende hjemmebesøg at se på, hvorvidt aktørerne på området mener, at de anvendte kriterier til afgrænsning af patientgruppen er hensigtsmæssige.

Da opfølgende hjemmebesøg er organiseret som et randomiseret kontrolleret forsøg har det været afgørende at få defineret en nøje afgrænset målgruppe for interventionen. Målgruppen for projektet er svækkede ældre patienter, som har været indlagt på Bispebjerg Hospital, og som har bopæl på Østerbro, Nørrebro, Bispebjerg og Brønshøj/Husum. Inklusionskriterier for projektet er:

- 65+ år
- Indlagt på afdelingerne, I, L, G, M eller Y
- Udskrives til egen bolig
- Opfylder et eller flere af følgende kriterier:
 - o Helbredsmæssige kriterier:
 - Stort funktionsevnetab eller ændret helbredsstatus i forhold til periode før indlæggelse
 - Kronisk og alvorligt syge borgere, dette gælder ikke terminale patienter
 - Begyndende demens
 - o Sociale kriterier:
 - Skrøbelige og usikre borgere
 - Borgere med et spinkelt socialt netværk
 - Borgere, hvor ægtefælle nyligt er død
 - o Andre kriterier:
 - Mange genindlæggelser
 - Akutte indlæggelser med lang indlæggelsestid
 - Borgere hvor mange aftaler skal koordineres

Samtidig er der nogle kriterier, som udelukker patienter fra at indgå i projektet. Disse eksklusionskriterier er:

- Udskrivelse til terminalpleje
- Udskrivelse til planlagt genindlæggelse
- Udskrivelse til plejebolig
- Udskrivelse til rehabiliteringsophold

På baggrund af denne målgruppeafgrænsning er lavet et projektark med ni inklusionskriterier, som bruges af Bispebjerg Hospital ved patientidentifikationen. Den følgende afgrænsning er et forsøg på at sammenfatte inklusionskriterierne i en enkel form. Samtidig er det sidste

inklusionskriterium (Ernæringstilstand under middel) dog nyt i forhold til de oprindelige inklusionskriterier i projektet:

- Kronisk og alvorligt syge uden at være terminale
- Polyfarmaci – over fire receptpligtige præparater
- Mange aftaler at koordinere
- Nedsat funktionsevne i forhold til før indlæggelse og det habituelle
- Multimorbiditet
- Kognitive problemer
- Lang indlæggelsestid (>8 dage)
- Skrøbeligt socialt netværk
- ET under middel (BMI<18)

Hvis patienten opfylder mindst to af disse ni kriterier falder de inden for projektets målgruppe.

Flere ansatte på Bispebjerg Hospital, der har været involveret i projektet, vurderer, at kriterierne er velvalgte, og man har fat i den rette målgruppe. En kontaktsygeplejerske formulerer det på følgende måde: *De ni spørgsmål på projektarket er meget relevante: det skrøbelige netværk etc. Det er typisk de borgere, som vi ellers forventer, at vi hurtigt vil se igen.*

Samtidig blev det understreget af flere deltagere i evalueringen, at helbredssituationen hurtigt kan ændre sig ved skrøbelige ældre patienter, så det er nødvendigt løbende at følge patienterne for at kunne se, om de er inden for målgruppen på udskrivelsestidspunktet.

Det blev af flere praktiserende læger i evalueringen fremhævet, at det ikke er sikkert, at man har behov for et opfølgende hjemmebesøg, hvis man opfylder to af inklusionskriterierne: *Jeg sagde nej til at lave et opfølgende hjemmebesøg, fordi det ikke gav mening. Patienten opfyldte måske projektets kriterier – hun har diabetes, er over 80 år og var lidt forvirret på grund af væskemangel, da hun blev indlagt. Hun blev lynhurtigt udskrevet igen og skulle efter udskrivelsen til Mallorca på ferie. Man skal finde borgere, som har brug for et opfølgende hjemmebesøg, man skal fokusere mere,* siger en praktiserende læge i evalueringen.

Det blev af flere deltagere i evalueringen understreget, at der skal foretages en individuel vurdering af, om den enkelte patient falder inden for målgruppen og har et reelt behov for et opfølgende hjemmebesøg: *Det skal være den rigtige målgruppe. Der skal være en idé med det. Vi skal have fat i de skrøbelige ældre patienter, der har brug for, at vi kommer hjem til dem,* understreger en praktiserende læge i evalueringen.

Det blev i evalueringen påpeget, at det kan være svært at vurdere, hvorvidt den enkelte patient falder inden for målgruppen, da en patient ofte virker dårligere under en indlæggelse, end når patienten kommer hjem i egne omgivelser. Derfor kan der være en tendens til, at man udtager en patient til et opfølgende hjemmebesøg, som måske ikke har et reelt behov for det, når patienten er kommet hjem. Derfor vil en præcis identificering af den relevante målgruppe i praksis altid være vanskelig.

Både praktiserende læger og hjemmesygeplejersker havde flere eksempler på patienter, som var udtaget til opfølgende hjemmebesøg, men hvor det ikke umiddelbart virkede relevant: *Vi havde en patient, hvor hoften blev ved med at hoppe ud. Det kunne vi ikke gøre noget ved. Andre kunne have gavn af et opfølgende hjemmebesøg, men de blev ikke trukket ud,* nævnes som eksempel af en hjemmesygeplejerske.

Det blev fra flere praktiserende læger og en hospitalslæge nævnt, at man med fordel kunne overveje at tilbyde et opfølgende hjemmebesøg til andre grupper, end dem der er indbefattet i projektet, da de også har et behov for denne type af opfølgende indsats efter en udskrivelse fra hospital:

- Patienter yngre end 65 år som falder ind under de øvrige inklusionskriterier
- Terminale patienter
- Alkoholikere

Der var i evalueringen også forslag til yderligere eksklusionskriterier:

- Patienter med sygesikringsgruppe 2. Denne gruppe af patienter er ikke tilknyttet en praktiserende læge, så organiseringen af et opfølgende hjemmebesøg er vanskelig.

6 Diskussion af evalueringens resultater

I det følgende diskuteres evalueringens resultater i lyset af de undersøgelser og den litteratur, som foreligger om organisering af opfølgende hjemmebesøg. Først diskuteres evalueringens generelle resultater, herunder de udfordringer der er i forhold til den tværgående organisering af opfølgende hjemmebesøg. Derefter diskuteres den interne organisering af opfølgende hjemmebesøg på henholdsvis hospital, i almen praksis og i kommunen.

6.1 Generelle resultater – tværgående udfordringer

Det fremgår af evalueringens resultater, at organiseringen af opfølgende hjemmebesøg i Københavns Kommune er meget kompleks og indeholder mange forskellige arbejdsgange og koordinationsprocesser. Dette er også erfaringen fra andre kommuner, ligesom det typisk også er tilfældet med andre opfølgningsordninger, der søger at skabe et sammenhængende patientforløb (Voss 2009). Dette skyldes først og fremmest, at denne type af ordninger indebærer et samarbejde mellem mange aktører på tværs af organisatoriske grænser, og aktørerne har forskellige fagkulturer ligesom de enkelte områder (hospital, kommune, almen praksis) har forskellige organisationskulturer og incitamentsstrukturer. Samtidig sker der løbende i disse år en opgaveglidning inden for sundhedsvæsenet med kortere indlæggelsesforløb og omlægning fra stationær til ambulant aktivitet og med større inddragelse af hjemmesygeplejen (Vinge & Kilsmark 2009). Denne løbende opgaveglidning betyder generelt, at grænser mellem hospital, kommune og almen praksis opfattes som uklare, og dette gør sig også gældende i denne evaluering.

Kompleksiteten i organiseringen af opfølgende hjemmebesøg er også en følge af, at patientgruppens sygdomsprofil er kompleks. Patientgruppen består af ældre og skrøbelige medicinske patienter, og de er ofte indlagt med komplekse og sammensatte sygdomsbilleder. Der er bl.a. mange borgere med kronisk sygdom i patientgruppen, som gør brug af mange forskellige sundhedstilbud, og der er derfor en stor udfordring i forhold til at koordinere denne indsats og skabe en klar ansvarsfordeling på tværs af de enkelte tilbud.

Flere aktører i evalueringen understreger nødvendigheden af en tæt dialog og et tæt samarbejde på tværs af hospital, kommune og almen praksis for at få en vellykket implementering af opfølgende hjemmebesøg og overkomme de forskelle, der er mellem forskellige fagkulturer og organisationssystemer. Region Hovedstaden har taget initiativ til tværsektorielle oplysningsaktiviteter og kompetenceudviklingsprogrammer for personalet i kommuner, almen praksis og på hospitalerne for at fremme forståelsen for betydningen af et sammenhængende patientforløb og opfølgning efter en hospitalsudskrivelse (Region Hovedstaden 2009). En vellykket indsats på dette område vil kunne medvirke til at skabe den tætte dialog på tværs af sektorerne, som anses for nødvendig i forhold til at sikre en vellykket implementering af opfølgende hjemmebesøg.

Det er fremgået af evalueringen, at kompleksiteten i et projekt som opfølgende hjemmebesøg er stor, og dermed stilles der også store krav til organiseringen og ledelsen af projektet. Erfaringerne viser, at implementeringen af opfølgende hjemmebesøg med fordel bør styres som et projekt med en udpeget projektleder, udarbejdelse af en projektbeskrivelse og sammensætning af en projektgruppe, hvor de væsentligste aktører på området er repræsenteret (Voss 2009). Denne organiseringsform er valgt i Københavns Kommune, og det har sikret, at opfølgende hjemmebesøg har fået en fast og afgrænset organisatorisk form, som øger muligheden for en målrettet styring.

I Københavns Kommune er projektledelsen placeret i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Denne placering af ansvaret kan sikre, at der er en stærk ledelsesmæssig forankring af projektet i kommunen. Samtidig betyder denne ledelsesmæssige forankring dog også, at projektledelsen ikke som udgangspunkt har en forankring i kommunens udførende led (hjemmesygeplejen). Projektledelsen har imidlertid inddraget hjemmesygeplejen i styringen af projektet, idet repræsentanter fra hjemmesygeplejen er en del af projektets styregruppe og følgegrupper.

Det fremgår af evalueringen, at modelprojektets status som videnskabeligt forsøgsprojekt virkede motiverende for flere aktører på området (herunder navnlig de praktiserende læger og hjemmesygeplejerskerne), da flere gav udtryk for, at det var vigtigt at medvirke til en vidensbaseret videreudvikling af patientplejen. Samtidig giver modelprojektets status som videnskabeligt forsøgsprojekt dog nogle begrænsninger i forhold til at tilpasse interventionen til de lokale behov og muligheder. Dette anses generelt som et væsentligt element i forhold til at sikre en lokal forankring og en høj motivation blandt de involverede aktører (Voss 2009). Hvis projektet overgår fra et videnskabeligt forsøgsprojekt til mere almindelig drift evt. i 2011, kan der altså med fordel arbejdes på at tilpasse projektet til de lokale forhold i Københavns Kommune.

Flere praktiserende læger var i evalueringen inde på, at de kun gennemførte ganske få opfølgende hjemmebesøg, og de derfor ikke tillagde de opfølgende hjemmebesøg så stor vægt, som de oprindeligt havde forestillet sig. Dette hænger sammen med de opfølgende hjemmebesøgs nuværende status som forsøgsprojekt, hvor bl.a. den praktiserende læge kun har en begrænset indflydelse på, hvem der skal have et opfølgende hjemmebesøg. Det er derfor vigtigt for motivationen blandt aktørerne på området, at det klart signaleres ved en overgang til mere almindelig drift, at opfølgende hjemmebesøg har karakter af en vedblivende service, og at de praktiserende lægers rolle i forbindelse med fastlæggelsen af et opfølgende hjemmebesøg præciseres (Voss 2009).

I forhold til målgruppen for opfølgende hjemmebesøg var der fra flere praktiserende lægers side et ønske om at få en mere individuel behovsvurdering af patienten, end tilfældet er nu, hvor målgruppen er nøje afgrænset ud fra givne kriterier og udpeget af hospitalet. Det er vigtigt for motivationen blandt de praktiserende læger – og andre sundhedsfaglige aktører – at det er patienter med et særligt behov, som tilbydes opfølgende hjemmebesøg. Dette blev også påpeget i den medicinske teknologivurdering af opfølgende hjemmebesøg (Sundhedsstyrelsen 2007). Dette problem vil dog i nogen grad blive løst, hvis opfølgende hjemmebesøg overgår fra modelprojekt til almindelig drift, idet det så i langt højere grad vil blive muligt at

vurdere patienten alene ud fra patientens behov, da der ikke vil være nogle inklusionskriterier at tage hensyn til.

Evalueringsens resultater peger også på, at der generelt er et udbredt ønske om en større grad af tværgående samarbejde, og at opfølgende hjemmebesøg er et godt eksempel på en indsats, som fremmer dette samarbejde. Dette resultat bekræftes af en tidligere undersøgelse på området, som har påvist, at den personlige kontakt mellem den praktiserende læge og hjemmesygeplejersken er blevet forbedret for en større gruppes vedkommende (20%) som en følge af gennemførelsen af opfølgende hjemmebesøg (Sundhedsstyrelsen 2007).

Som det er fremgået af evalueringen, så eksisterer der også andre ordninger end opfølgende hjemmebesøg, der skal sikre en opfølgning af ældre svækkede patienter efter udskrivelse fra hospital. Opfølgende hjemmebesøg fungerer – og vil kunne komme til at fungere – sideløbende med nogle af disse ordninger, og ved organiseringen af opfølgende hjemmebesøg er det væsentligt at tage højde for disse ordninger, som det bl.a. bliver påpeget af de ansatte på Bispebjerg Hospital.

Følge hjem-ordninger for ældre, svækkede patienter er typisk organiseret som et udgående sygehusprojekt, hvor læger og andet sundhedspersonale på hospitalet er inddraget, ligesom kommunalt sundhedsfagligt personale også kan være inddraget (Vinge & Buch 2007). En nylig undersøgelse på området påviser en effekt af denne ordning i forhold til antallet af genindlæggelser uden et øget forbrug af kommunale ydelser, og i Region Hovedstaden er der intentioner om at intensivere denne form for opfølgende indsats – bl.a. også i Københavns Kommune (Seest & Kjær 2010). Det er en central udfordring at få afklaret, i hvilke tilfælde opfølgende hjemmebesøg er det bedste tilbud til patienter, og i hvilke tilfælde følge hjem-ordninger er mere oplagt, ligesom en kombination af de to tilbud også kan være relevant.

Der er i Københavns Kommune forskellige initiativer til udvikling af udskrivningskoordinatorer. Disse koordinatore er ansat af kommunen og har til opgave at følge patienterne i deres sygdomsforløb under hospitalsopholdet, så de kan vurdere, hvordan den bedste opfølgning kan tilrettelægges. Dette kræver en forholdsvis tæt kontakt mellem koordinatore og patienter, så det er muligt for udskrivningskoordinatorerne at spille så central en rolle i tilrettelæggelsen af den enkelte patients opfølgningsforløb. Der er i Københavns Kommune i 2007 blevet ansat en række udskrivningskoordinatorer til at koordinere udskrivinger for skrøbelige ældre, og hvis denne type af indsats fortsat prioriteres, så er det nødvendigt at koordinere denne indsats med indsatsen omkring opfølgende hjemmebesøg.

6.2 Organisering på hospital

I et tidligere gennemført interventionsstudie af opfølgende hjemmebesøg (Glostrupundersøgelsen) valgte man af hensyn til forsøgsdesignet en målgruppe ud fra faste alders- og helbredskriterier (Sundhedsstyrelsen 2007). Dette er ikke hensigtsmæssigt i større skala eller i en driftssituation, og på den baggrund har man i de kommuner, som har valgt at arbejde videre med opfølgende hjemmebesøg, herunder Københavns Kommune, anvendt mere fleksible kriterier for målgruppen (Voss 2009). Disse kriterier er udarbejdet af et fagligt udvalg, som har søgt at skabe et grundlag for en mere individuel behovsvurdering af patienterne (Vedsted

m.fl. 2008). Der var dog flere praktiserende læger i evalueringen, som gav udtryk for, at kriterierne ikke var fleksible nok og ikke gav nok mulighed for en individuel behovsvurdering. Det blev eksempelvis påpeget, at den faste aldersafgrænsning på 65+-årige ikke var hensigtsmæssig i en driftssituation, da behovet for et opfølgende hjemmebesøg også var der blandt de lidt yngre patienter. Samtidig var der dog enighed om, at behovet for opfølgende hjemmebesøg stiger med alderen, og aldersgrænsen på 65 år var betydelig mere relevant end fx Glostrupforsøgets oprindelige aldersafgrænsning på 78+ år.

Patientudvælgelsen foregår på Bispebjerg Hospital, hvor en særlig ansat projektmedarbejder er ansvarlig for at få processen omkring patientudvælgelsen til at fungere. Det kræver en stor koordinerende indsats på hospitalet at styre patientudvælgelsen, da der er mange medarbejdere på de forskellige afdelinger, der er involveret i projektet, som skal informeres og påmindes om behovet for udvælgelse af patienter til modelprojektet. Udskrivende sygeplejersker og kontaktsygeplejersker skal informeres om deres ansvar for projektet, ligesom læger på afdelingerne og andre sygeplejersker skal informeres overordnet om projektet, så de er bevidste om muligheden for et opfølgende hjemmebesøg. Det er altså en ganske stor organisatorisk opgave for hospitalet at stå for patientudvælgelsen.

Det er hospitalet, som har den nyeste information og det bedste billede af patientens aktuelle helbredssituation, så på den baggrund er det naturligt, at det er hospitalet, som har ansvaret for patientudvælgelsen. På den anden side er det kommunen, som har den mest fuldstændige information om patientens situation i hjemmet, og det er baggrunden for, at det i nogle tilfælde er kommunen, som har ansvaret for patientudvælgelsen (Voss 2009). Hvis patientudvælgelsen placeres i regi af hospitalet, er der indikationer fra flere kommuner af, at det i mange tilfælde er nyttigt med en tæt dialog mellem den udskrivende hospitalssygeplejerske og den kommunale visitator om nødvendigheden af et opfølgende hjemmebesøg i forhold til den enkelte patient (Voss 2009).

Medarbejderne på Bispebjerg Hospital, som er involveret i patientidentifikationen, kommer ikke med ud til de opfølgende hjemmebesøg og modtager ikke meget information om, hvordan besøgene rent faktisk foregår. De har derfor en uklar forestilling om, hvordan besøgene forløber, og det påvirker motivationen til at engagere sig i projektet. Medarbejderne på Bispebjerg Hospital efterlyser selv tilbagemeldinger fra de opfølgende hjemmebesøg, herunder særlig ”den gode historie”, som kan motivere medarbejderne på hospitalet til at deltage i projektet ud fra en tro på, at interventionen har en effekt. Nødvendigheden af en sådan feedback til de medarbejdere, som er ansvarlige for patientidentifikationen, bekræftes også i en anden undersøgelse på området (Voss 2009). Et eksempel på feedback kunne være en løbende optælling og formidling af, om succeskriterierne for implementeringen af projektet opfyldes, fx hvor mange procent af alle udvalgte patienter der rent faktisk får opfølgende hjemmebesøg.

Patienter på sygehuset, som i forbindelse med en udskrivning tilbydes et opfølgende hjemmebesøg, får ikke fuld information om, hvad det opfølgende hjemmebesøg indebærer. Grunden til dette er, at praktiserende læge ikke på det pågældende tidspunkt har bekræftet sin deltagelse i hjemmebesøget, og det derfor ikke er sikkert, at det opfølgende hjemmebesøg gennemføres. Vurderingen på sygehuset er således, at der er en risiko for forvirring og uind-

friede forventninger, hvis patienten informeres om et opfølgende hjemmebesøg og efterfølgende ikke modtager det opfølgende besøg, som stilles i udsigt. Denne kommunikationsgang skaber imidlertid en vis forvirring blandt flere patienter, ifølge flere aktørers udsagn. Det bør derfor overvejes, hvordan man kan tilrettelægge kommunikationen om opfølgende hjemmebesøg ved udskrivningen, således at sygehuset kan følge deres informationspligt og mere fuldstændigt informere den enkelte patient, hvis patienten er udtrukket til projektet og skal have et opfølgende hjemmebesøg. En mere fuldstændig kommunikation med patienten om sektorovergangen fra hospital til primærsektoren vil formentlig have en positiv effekt på patientens oplevelse af sektorskiftet, og det har i andre undersøgelser vist sig at have en betydning for patienternes samlede oplevelse af sygdomsforløbet (Vinge & Buch 2007).

6.3 Organisering i almen praksis

Evalueringen påviser, at de praktiserende læger, som har deltaget i et opfølgende hjemmebesøg, generelt er meget positive over for interventionen og synes, at det opfølgende hjemmebesøg er meget relevant. Dette resultat bekræftes også af en anden undersøgelse på området, som viser, at 85% af de praktiserende læger, som er blevet kontaktet af hjemmesygeplejen om et opfølgende hjemmebesøg, vurderer, at interventionen er relevant og siger ja til at deltage (Voss 2009). En anden undersøgelse på området påpeger, at patienternes tilfredshed med egen læge øges efter et opfølgende hjemmebesøg, og en sandsynlig forklaring på dette er, at lægens involvering i opfølgingsforløbet øges (Vinge & Buch 2007).

Tidspres angives i evalueringen som en væsentlig barriere i forhold til at få gennemført opfølgende hjemmebesøg inden for de tidsrammer, der er angivet i projektet (senest en uge efter udskrivelse fra hospital). Dette forhold bekræftes af en anden kvantitativt baseret undersøgelse på området (Sundhedsstyrelsen 2007). Det kræver stor vilje til fleksibilitet og prioritering blandt praktiserende læger at få gennemført et opfølgende hjemmebesøg inden for de angivne tidsfrister, da hjemmebesøget både skal indpasses i forhold til den praktiserende læges egne konsultationer og hjemmesygeplejens kalender. Det fremgår af evalueringen, at det i praksis ofte ikke er muligt at finde en tid inden for en uge efter udskrivelse, men at man typisk vælger at gå ud over denne tidsramme, da det vurderes, at det er bedre end at aflyse hjemmebesøget.

Honoreringen af opfølgende hjemmebesøg tages også op som et problem af flere praktiserende læger. Det er imidlertid et område, som det er vanskeligt umiddelbart at gøre noget ved, da der ligger overenskomstmæssige aftaler på området. Med overenskomsten mellem Praktiserende Lægers Organisation og Sygesikringens Forhandlingsudvalg er der i 2006 skabt overenskomstmæssig dækning til, at praktiserende læger har kunnet tilbyde opfølgende hjemmebesøg til patienter efter udskrivelse fra sygehus. På den baggrund kan de enkelte regioner eller dele af regioner forhandle særftaler om honorering på plads (§2-aftaler), så der er en konkret aftale om honorering af opfølgende hjemmebesøg i den enkelte kommune eller region. Region Hovedstaden har indgået en sådan aftale i forbindelse med udskrivelse fra Bi-

spebjerg Hospital, og dermed er der i Region Hovedstaden en fast aftale på plads vedrørende honorering af praktiserende læger.⁸

6.4 Organisering i kommunen

Det er, ifølge hjemmesygeplejerskerne i evalueringen, hjemmesygeplejen som i praksis har ansvaret for at tage initiativ til og planlægge det første, opfølgende hjemmebesøg – på trods af at det ifølge en instruks på området ses som den praktiserende læges ansvar (bilag 1). Når hjemmesygeplejen via visitationen har fået besked om, at en patient er i målgruppen, så skal hjemmesygeplejersken kontakte den praktiserende læge med henblik på at lave en aftale om et opfølgende hjemmebesøg. Denne kontakt kan ske telefonisk eller skriftligt (via fax), og det fremgår af evalueringen, at det er forskelligt, hvilken fremgangsmåde den enkelte hjemmesygeplejerske bruger.

I de fleste tilfælde kontaktes den praktiserende læge først, og derefter kontaktes patienten og underrettes om det forestående hjemmebesøg. Det vurderes at være den mest effektive fremgangsmåde, idet man skal kontakte patienten to gange, hvis man starter med at kontakte patienten og afslutningsvis skal kontakte patienten igen for at underrette patienten om hjemmebesøget. Flere hjemmesygeplejersker påpegede dog i evalueringen det etisk problematiske i, at man kontaktede patientens læge uden at have indhentet samtykke fra patienten først. Dette peger på nødvendigheden af at have nogle klare retningslinjer for kontakten mellem hjemmesygeplejen og praktiserende læge, som er kendt og accepteret af hjemmesygeplejen, fx at en direkte kontakt til praktiserende læge kun må foretages, hvis der i forbindelse med udskrivelsen er indhentet informeret samtykke fra patienten.

Organiseringen af de opfølgende hjemmebesøg er grebet forskelligt an i de enkelte distrikter i hjemmesygeplejen. I nogle tilfælde er der udpeget en ansvarlig kontaktperson (koordinerende sygeplejersker eller lignende) og i andre tilfælde er der ikke så entydig en ansvarsplacering. I interviewene fremgår det, at flere hjemmesygeplejersker positivt fremhæver betydningen af en tovholder i forhold til koordineringen af opfølgende hjemmebesøg, og det er også et forhold, som trækkes frem i en anden undersøgelse på området (Voss 2009).

Flere hjemmesygeplejersker påpeger i evalueringen, at deres rolle i modelprojektet ikke er klart defineret, og der kunne være behov for klarere retningslinjer på området. En anden undersøgelse på området påpeger nødvendigheden af, at hjemmesygeplejersker instrueres i deres rolle i forbindelse med planlægning og gennemførelse af besøget (Voss 2009). Hermed kunne formålet og visionerne med projektet klarlægges, samtidig med, at konkrete krav til hjemmesygeplejerskens rolle kunne præciseres, så hjemmesygeplejerskerne i højere grad følger ejerskab til projektet. Københavns Kommune planlægger at iværksætte et seminar på området med henblik på at imødekomme dette behov.

Visitationen har en ganske begrænset rolle i forhold til de opfølgende hjemmebesøg. Visitationen opretter sagen og sender besked til hjemmesygeplejen, som skal foretage det op-

⁸ http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/P_L_O/Overenskomster/2AFTALER_OG_ANDRE_AFTALER/Region%20Hovedstaden/Opf%C3%B8lgende%20hjemmebes%C3%B8g%20-%20Bispebjerg%20Hospital

følgende hjemmebesøg. Visitationens rolle er dermed i realiteten en slags ekspeditionskontor, som ikke har en selvstændig rolle i forhold til projektet. Det giver derfor overvejelser om, hvorvidt det er muligt at lave en enklere sagsgang, hvor kommunikationen gik mere direkte mellem hospital og hjemmesygeplejens udførende del (Kommunernes Landsforening 2009). Dette går imidlertid på tværs af eksisterende aftaler (herunder sundhedsaftaler) og den kommunale BUM-struktur, som lægger op til, at der for hospitalet kun skal være én indgang til kommunerne, nemlig visitationen.

7 Konklusion

Generelt er der blandt aktørerne på området en positiv indstilling til opfølgende hjemmebesøg. Det vurderes generelt som positivt, at opfølgende hjemmebesøg giver et mere systematisk samarbejde om nyudskrevne borgere, end det normalt er tilfældet, og der er stor tiltro til, at opfølgende hjemmebesøg har en relevans og effekt i forhold til at reducere genindlæggelser, optimere medicinforbruget og øge funktionsniveauet blandt målgruppen. Målgruppen vurderes generelt som relevant, dog efterlyses en højere grad af individuel behovsvurdering, så det sikres, at patienten har et reelt behov for et opfølgende hjemmebesøg. Den udarbejdede besøgsguide vurderes også generelt som en relevant ramme for det opfølgende hjemmebesøg, hvis det sikres af praktiserende læge, at de foreslåede helbredsundersøgelser ikke allerede er foretaget på hospitalet. Samtidig er der både fra praktiserende lægers side og hjemmesygeplejerskernes side en positiv indstilling til en højere grad af samarbejde på tværs af sektorer, som det opfølgende hjemmebesøg lægger op til.

Hovedudfordringen, som deltagerne i evalueringen peger på, er at gøre organiseringen af opfølgende hjemmebesøg mere enkel og overskuelig for de involverede parter. Dette kræver en organisatorisk tilpasning af de parter, som er involveret i opfølgende hjemmebesøg, hvis implementeringen skal forløbe effektivt. Målet med denne effektivisering må dels være at spare ressourcer og dels at kunne yde patienterne en mere tilfredsstillende service i forbindelse med de opfølgende hjemmebesøg, end tilfældet er i dag. Der er ikke i forbindelse med denne evaluering lavet en undersøgelse af patienternes tilfredshed med processen omkring opfølgende hjemmebesøg, men der er nogle indikationer i denne evaluering af, at patienternes tilfredshed kunne øges. Patienterne får eksempelvis ikke ved udskrivelsen fuld information om det opfølgende hjemmebesøg, da organiseringen af hjemmebesøgene betyder, at der ved udskrivelsen ikke er vished om, at det opfølgende hjemmebesøg rent faktisk gennemføres. Et andet eksempel er, at der er flere borgere, som siger, de ikke er interesseret i et opfølgende hjemmebesøg, når hjemmesygeplejersken henvender sig, og de giver bl.a. som begrundelse, at det fra lægelig side ikke er blevet sagt, at det er nødvendigt.

Den organisatoriske tilpasning handler dels om at lette overgangen mellem hospital, kommune og almen praksis, men den handler også om en intern tilpasning af organisationen i henholdsvis Københavns Kommune, Bispebjerg Hospital og almen praksis. I det følgende behandles først de tværgående udfordringer, som evalueringen peger på. Derefter behandles de organisatoriske udfordringer, der peges på internt i kommune, hospital og almen praksis.

Tværgående udfordringer

Der er mange aktører involveret i forskellige funktioner og organisatoriske sammenhænge, og der er for at koordinere indsatsen mellem aktørerne udviklet en lang række procedurer for at kunne få gennemført opfølgende hjemmebesøg. Den grundlæggende arbejdsgang er, at 1) lægen skal anbefale opfølgende hjemmebesøg til de mest relevante patienter, 2) udskrivende sygeplejerske skal skrive anbefalingen i udskrivningsrapporten og sende avis til visitationen i hjemmesygeplejen, 3) visitationen skal oprette sagen og sende besked til den udførende

hjemmesygepleje, 4) hjemmesygeplejen skal kontakte den praktiserende læge og søge at aftale et tidspunkt for det opfølgende hjemmebesøg, 5) praktiserende læge skal have adgang til den nyeste information om patientens sygdomsforløb for at kunne forberede det opfølgende hjemmebesøg, 6) det opfølgende hjemmebesøg skal gennemføres med deltagelse af praktiserende læge og hjemmesygeplejerske, og 7) det første opfølgende hjemmebesøg skal følges op af en evt. 2. eller 3. kontakt efter aftale med hjemmesygeplejersken. Dertil kommer, at der kan være en lang række forhold, som yderligere kan komplicere denne grundlæggende arbejdsgang, herunder hvis patienten udskrives til ambulatorium og ambulatoriet fyldestgørende skal informere om medicinering og sygdomsforløb til brug for lægens vurdering ved det opfølgende hjemmebesøg.

Der er således mange aktører involveret i opfølgende hjemmebesøg, som er indbyrdes afhængige af hinanden, og der kan derfor nemt opstå problemer med gennemførelsen af besøgene. Spørgsmålet er derfor, om de opfølgende hjemmebesøg kan tilrettelægges på en mere enkel måde, hvor der er færre led i den samlede arbejdsgang, færre muligheder for at begå fejl, og for at der opstår forsinkelser i patientforløbet.

Det er en forudsætning for en vellykket overgang fra sekundær- til primærsektor, at udskrivningsbreve (epikriser) og opdaterede medicinlister ved udskrivelsen sendes til praktiserende læge og kommunen. Det er en stor udfordring ved de generelt kortere liggetider på hospitalerne, at disse papirer sendes rettidigt fra hospitalet, og flere aktører gør i evalueringen opmærksom på, at der ofte går flere dage efter udskrivelsen, før epikrisen og medicinlisterne bliver fremsendt. Den manuelle arbejdsgang med fremsendelse af fax fungerer efter de fleste aktørers opfattelse ganske udmærket, men den stiller store krav til effektiv journalisering, og den kan medføre, at papirer går tabt, som der også er eksempler på i forhold til opfølgende hjemmebesøg. Det er derfor mere hensigtsmæssigt med en øget grad af digitalisering på området, navnlig i forhold til medicinlisterne, hvor der er behov for et tværsektorielt system, hvor alle oplysninger om patienten er samlet. Det fælles medicinkort, som er under udvikling, vil evt. kunne løse nogle af disse problemer,

Det kræver en accept fra praktiserende læge, før der er vished om, at besøget kan gennemføres, og det forhindrer bl.a. hospitalet i at kunne informere fuldt ud om det opfølgende hjemmebesøg ved udskrivelsen. En mulighed for at løse dette problem på lidt længere sigt er, at hospitalet ved udskrivelse kontakter praktiserende læge direkte og foretager en fælles vurdering af, om det er hensigtsmæssigt med et opfølgende hjemmebesøg. Dermed ville hospitalet kunne informere patienten mere præcist om den opfølgende indsats efter udskrivelse, end tilfældet er i dag. Dertil kommer, at praktiserende læge vil få en mere direkte kontakt til hospitalet og et mere aktuelt billede af patientens sygdomssituation, end tilfældet typisk er i dag.

Som det blev refereret i kapitel 6.1. har en effektundersøgelse af følge hjem-ordningen vist, at denne type af opfølgningsordninger har en signifikant effekt på genindlæggelsesfrekvensen uden at inddrage almen praksis i samme grad, som tilfældet er med opfølgende hjemmebesøg, og uden et øget forbrug af kommunale ydelser. Dermed rejses også spørgsmålet om, hvorvidt det er mest hensigtsmæssigt, at den sundhedsfaglige vurdering i hjemmet efter udskrivelse bør foretages af egen læge eller hospitalsansatte læger. Fordelen ved de opfølgende hjemmebesøg er dog, ifølge flere deltagere i evalueringen, at denne form for opfølg-

ning beforder vidensdeling og samarbejde på tværs af sektorerne, og det ville ikke i samme grad være tilfældet med udgående hospitalsfunktioner.

Generelt gives der i evalueringen udtryk for, at der er et behov for at få koordineret de forskellige opfølgingsordninger, herunder navnlig opfølgende hjemmebesøg og følge hjem-ordninger. Disse ordninger har alle til formål at sikre en bedre sammenhæng i behandlingsforløbet i forbindelse med en udskrivelse, og målgruppen er også i høj grad den samme (ældre og skrøbelige patienter). En koordination af disse ordninger kunne indarbejdes i sundhedsaftaler på området.

Der blev i evalueringen fra flere sider efterlyst information om, hvordan projektet forløber, herunder særlig information om evt. effekt på genindlæggelsesprocenten baseret på foreløbige data, data fra tidligere studier eller "den gode historie" om opfølgende hjemmebesøg. På Bispebjerg Hospital er man eksempelvis meget engageret i at udtage patienter til projektet, men efterfølgende hører man ikke meget om, hvordan de opfølgende hjemmebesøg forløber, og om der er nogle indikationer af, om de opfølgende hjemmebesøg har nogen effekt.

Generelt er der tilfredshed med det informationsmateriale, der er blevet udarbejdet i forbindelse med projektets opfølgende hjemmebesøg. Det efterlyses dog af flere aktører i evalueringen, at der bør arbejdes videre med oplysningsindsatsen og kompetenceudviklingsprogrammer for generelt at styrke forståelsen af betydningen af det opfølgende hjemmebesøg. Flere aktører på området er i tvivl om deres rolle i projektet, og det påvirker motivationen til at deltage i projektet.

Organisatorisk tilpasning internt i kommune, på hospital og i almen praksis

Internt i Københavns Kommune er der siden kommunalreformen i 2007, hvor ansvaret for den forebyggende indsats og sundhedsfremme blev overdraget til kommunerne, kommet en øget organisatorisk kompleksitet med en lang række tilbud og organisatoriske enheder, hvor projektet om opfølgende hjemmebesøg blot er et af disse mange initiativer. Samtidig er der i Københavns Kommune en organisatorisk adskillelse mellem bestilleren af ydelserne og den udførende del (BUM-modellen), og dette ekstra led i opgaveudførelsen kan være medvirkende til at øge kompleksiteten. Således fremgår det bl.a. af evalueringen, at forsinkelser i fremsendelsen af udskrivningspapirer og medicinlister i forbindelse med en udskrivelse fx skyldes, at visitationen skal behandle en sag, før den fremsendes til den udførende hjemmesygepleje, og det kan virke forsinkende for den samlede sagsgang.

På Bispebjerg Hospital er der lavet en projektorganisering, der betyder, at ansvaret for patientudvælgelsen i langt overvejende grad er placeret hos projektmedarbejderne. Dette har givet en fast forankring af projektet på Bispebjerg Hospital, men udfordringen bliver at få sygehusafdelingerne mere involveret i processen omkring at tilbyde opfølgende hjemmebesøg, navnlig hvis opfølgende besøg overgår til almindelig drift. Dette kræver en systematisk oplysningsindsats, så sygehuspersonalet får de tilstrækkelige kompetencer til at kunne vurdere, hvorvidt opfølgende hjemmebesøg er en passende opfølgingsindsats over for den givne patient, eller om patienten snarere skal tilbydes en anden form for opfølgning.

I almen praksis er den største udfordring at få tids- og ressourceforbruget i forbindelse med et opfølgende hjemmebesøg indpasset i den daglige arbejdsgang. Det fremgår af evalue-

ringen, at det opfølgende hjemmebesøg ofte tager mere end en time (forberedelse, rejsetid, selve besøget, opfølgende papirarbejde), og det ofte skal placeres i den almindelige konsultationstid for at kunne passe med hjemmesygeplejerskernes arbejdsdag, typisk fra kl. 8-15.30. Flere praktiserende læger efterlyste i denne forbindelse en højere honorering, så den modsvarede det reelle tids- og ressourceforbrug i forbindelse med et opfølgende hjemmebesøg. Dertil kommer, at flere praktiserende læger også efterlyste en højere grad af fleksibilitet i ordningen, hvilket kunne indebære, at det opfølgende hjemmebesøg i relevante tilfælde kunne erstattes af en konsultation hos lægen. Hvis alle hjemmebesøg (1., 2. og 3. besøg/kontakt) erstattes af en konsultation hos lægen, ville en række af de fordele, der er ved opfølgende hjemmebesøg, dog forsvinde (fx medicinbehandlingen i hjemmet), så en sådan fleksibilitet i ordningen bør nøje overvejes.

Det blev af flere aktører i evalueringen påpeget, at der er behov for at forpligte de praktiserende læger til at deltage i opfølgende hjemmebesøg i så høj grad, som det er muligt inden for de eksisterende rammer. Dette gøres mest hensigtsmæssigt i form af de såkaldte §2-aftaler, hvor det er muligt for regionerne at præcisere de praktiserende lægers ansvar og forpligtelser på området. I Region Hovedstaden er der indgået sådanne aftaler, så umiddelbart er der ikke inden for de eksisterende rammer mulighed for aftalemæssigt at forpligte de praktiserende læger mere i forhold til de opfølgende hjemmebesøg, end tilfældet er i dag.

Litteratur

- Kjærgaard, K.; A.I. Madsen & P. Roholt (2005): *Fremtidens sygepleje*. Dansk Sygeplejeråd.
- Kommunernes Landsforening (2009): *Forenkling – også et kommunalt ansvar*. Det Fælleskommunale Kvalitetsprojekt.
- Maxwell, J. (2002): Understanding and validity in qualitative research. I M.A. Huberman & B.M. Miles (red.): *The Qualitative Researcher's Companion*. Sage Publications.
- Region Hovedstaden (2009): *Af rapportering vedr. "følge hjem", følge op" og "ringe hjem" ordninger*. Underudvalget vedrørende Praksis- og Forebyggelsesområdet.
- Seest, L.S. & P. Kjær (2010): Følge hjem-ordning er en fordel for både patienter og pårørende. *Fysioterapeuten*, 2:22-27.
- Sundhedsstyrelsen (2007): *Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus – en medicinsk teknologivurdering*.
- Sundhedsstyrelsen (2009): *Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler*. København.
- Vedsted, P. m.fl. (2008): *Opfølgende hjemmebesøg. Estimat over dimensionering mv*. Udredning for Fagligt Udvalg vedr. Almen Praksis, PLO og Regionernes Lønnings- og Takstnævn.
- Vinge, S. & M.S. Buch (2007): *Uhensigtsmæssige indlæggelser – muligheder og perspektiver for kommunerne*. FOKUS og Dansk Sundhedsinstitut.
- Vinge, S. & J. Kilsmark (2009): *Hjemmesygeplejens opgaver i udvikling*. Dansk Sundhedsinstitut.
- Voss, H. (2009): *Implementering af opfølgende hjemmebesøg. Hvad kan andre lære af 11 kommuners foreløbige erfaringer?* Dansk Sundhedsinstitut.

English Summary

Ulf Hjelmar

Qualitative Evaluation of the Organisation of Follow-up Home Visits in the City of Copenhagen

In the light of a wish to reduce the number of readmissions, strengthen multi-disciplinary cooperation and create a more cohesive patient care process for elderly and frail citizens, the decision was made to initiate a model project for follow-up home visits in the City of Copenhagen in cooperation with general practitioners and Bispebjerg Hospital. The purpose of the model project, which is being conducted as a randomised and controlled scientific investigation, is to test and further develop follow-up home visits as an initiative. If the investigation shows the measure has a positive effect, the intention is generally to be able to offer the City's citizens this form of follow-up initiative after a stay in hospital. A follow-up home visit comprises a home visit within about one week of discharge from hospital, at which a general practitioner (GP) and district nurse are present. This follow-up home visit can be supplemented with two subsequent visits/contacts in the home or at a GP's if this is considered necessary. These visits/contacts are to take place three and eight weeks after discharge, respectively.

The purpose of this evaluation is to shed light on the organisational challenges in relation to the successful implementation of follow-up home visits. The evaluation is based on a qualitative investigation of the most central players in the area. One focus group interview has been conducted with employees at Bispebjerg Hospital who have been involved in the project on follow-up home visits (doctor, nurses, project employees). Another focus group interview has been conducted with district nurses who have been involved in the project. Two individual interviews have been held with employees from referrals in the City of Copenhagen home nursing services, and five individual interviews have been held with GPs who have been involved in the project.

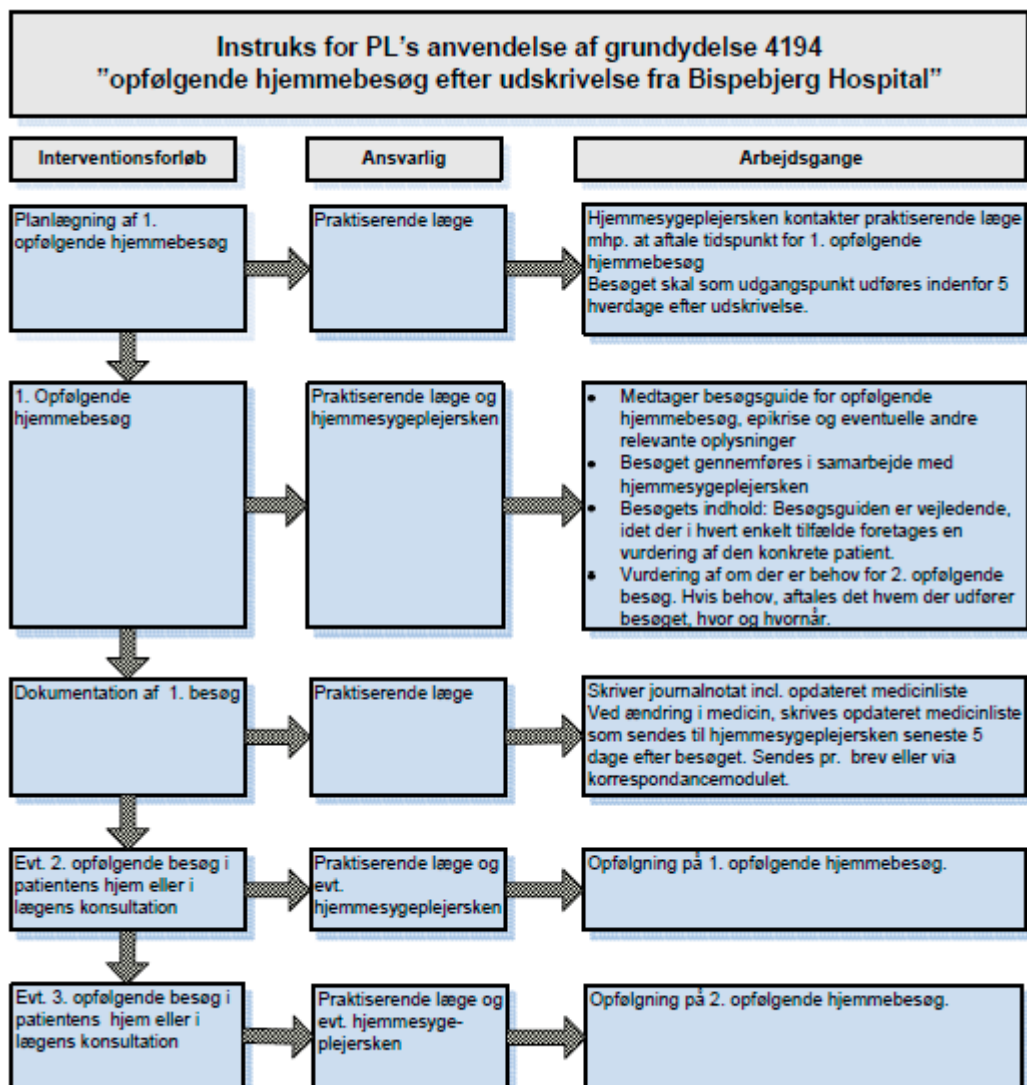
The evaluation shows that generally the players in this area have a positive approach to follow-up home visits and the determination to optimise the process concerning follow-up home visits so that citizens can benefit fully from this form of follow-up initiative. Generally, therefore, the patient group is evaluated as relevant, and the content of the follow-up home visit is evaluated to be very relevant.

The main challenge identified by the participants in the evaluation concerns simplifying and clarifying the organisation of the follow-up visits for the parties involved. This requires e.g. that the transition from one party to another is easier. The main challenges are 1) to create a more efficient transfer of patient information, including specifically, discharge letters (summaries of patient records) and medicine lists, 2) to create a simpler flow of communication in relation to agreements on follow-up home visits, e.g. through direct contact between

the hospital and GPs when patients are discharged, and 3) to clarify the benefits of follow-up home visits compared with other types of follow-up schemes for the same target group, e.g. 'accompany home' schemes that are currently being initiated at hospitals in the Capital Region of Denmark.

Making the organisation of follow-up home visits simpler and clearer requires internal adaptation of the organisation in the City of Copenhagen, Bispebjerg Hospital and general practice, respectively. In the City, there is an organisational distinction between the person ordering the services and those supplying them, and the challenge is to ensure that the extra link in task execution does not complicate the process. At Bispebjerg Hospital, a very active anchorman/project coordinator has been needed to ensure that the selection for the randomised investigation was conducted correctly, so that in future the challenge will be mainly to involve the hospital wards more closely in the process of offering follow-up visits. The hospital wards will then be more responsible for assessing whether a follow-up home visit is a suitable follow-up initiative for the patient in question. In general practice, the challenge is mainly to get the GPs to participate more actively in follow-up home visits, either by having more binding agreements in the area (e.g. in health agreements) or by offering a higher fee or a greater degree of flexibility in the scheme.

Bilag 1: Oversigt over forløb



Bilag 2: Interviewguide

Interviewguides blev udarbejdet til henholdsvis interview med hospitalsansatte, praktiserende læger, hjemmesygeplejen og visitationen. Alle interviewguides er baseret på den samme kerne af spørgsmål. Samtidig blev de enkelte interviewguides dog tilpasset den enkelte målgruppe, og derved er der variation mellem de forskellige interviewguides. I det følgende er interviewguiden for fokusgruppen med hjemmesygeplejen gengivet som et eksempel på, hvilke spørgsmål der er blevet stillet i interviewene.

1. Generelle arbejdsgange og kommunikation mellem hospital, praktiserende læger og hjemmesygeplejen

- Har I gennemført nogle opfølgende hjemmebesøg?
- Har der været eksempler på, at hjemmebesøg ikke blev gennemført? Hvad var begrundelsen?
- ”Arbejdsgangsbeskrivelse for opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse – Hjemmesygeplejen” gennemgås.
- Prøv at beskrive den typiske kommunikation mellem praktiserende læge, hospital og hjemmesygepleje i forbindelse med et konkret patientforløb (modtagelse af epikrise, telefonkontakt til primærsygeplejersker, besøg, journalskrivning, opdateret medicinliste, efterfølgende hjemmebesøg).
- I hvilken grad prioriteres de opfølgende hjemmebesøg, når andre arbejdsopgaver også trænger sig på? Hvorfor denne prioritering?
- Hvilke barrierer er der i forhold til at øge antallet af aflagte besøg?
- Har de opfølgende hjemmebesøg øget kontakten mellem praktiserende læge og hjemmesygeplejersker? Har det i givet fald haft en positiv betydning på andre områder?
- Kunne arbejdsgange og kommunikation tilrettelægges bedre for at øge antallet og effekten af opfølgende hjemmebesøg? Kunne det gøres mere effektivt for at reducere udgifterne i forbindelse med indsatsen?
- Er projektet godt tilpasset, så det passer ind i den organisation og de arbejdsgange, der er i forvejen?
- Projektet har været i gang i knap et år, siden maj 2009. Mener du, at implementeringen af opfølgende hjemmebesøg er helt på plads eller kræver det mere tid? Kunne det have været en fordel med en mere faseinddelt implementering – eksempelvis at færre områder var inkluderet fra starten af projektet?
- Er den eksisterende information om opfølgende hjemmebesøg tilstrækkelig? Hvad synes I om pjecen ”Den gode overgang fra hospital til eget hjem”?

- Har det nogen betydning, at denne intervention er en del af et forskningsprojekt (forsøg), og vil det betyde nogle forandringer, hvis projektet implementeres bredt efterfølgende (drift)?

2. Specifikke procedurer i forholdet til patienter og samarbejde mellem praktiserende læger og hjemmesygeplejen

- Sendes epikrise til egen læge og hjemmesygeplejerske lige efter udskrivelse? Også i spidsbelastningsperioder?
- Er honoreringen af de opfølgende hjemmebesøg tilfredsstillende?

3. Besøgenes relevans ifølge praktiserende læge og hjemmesygeplejerske

- Opfylder hjemmebesøgene deres primære formål, er de fagligt relevante?
- Besøgene bør afholdes umiddelbart efter udskrivelse – hvor mange dage efter udskrivelse bør være maksimum?
- Ser du det som en mulighed at første hjemmebesøg afholdes uden deltagelse af praktiserende læge (Glostrup light-model)?
- Hvor ser du de største gevinster i forhold til de opfølgende hjemmebesøg (reducere genindlæggelser, øge funktionsniveau, optimere medicin håndtering, sikre opfølgning på hospitalsbehandling, initiativ til videre foranstaltninger)?
- Kommer besøgene i for høj grad til fx at løse sociale opgaver?
- Er besøg 2 og 3 henholdsvis i 3. og 8. uge efter udskrivelse relevante og rigtigt placeret tidsmæssigt? Skal det være åbent, hvor disse besøg foregår, og hvem der deltager?
- Har der været nogle negative bivirkninger ved de opfølgende hjemmebesøg, fx at nogle patienter udskrives for tidligt?

4. Evaluering af målgruppen, herunder relevansen af anvendte kriterier til afgrænsning af målgruppen

- Hvad synes I om projektets in- og eksklusionskriterier (inklusionskriterier og eksklusionskriterier fremvises evt. på et særskilt kort – gennemgås systematisk)? Er det de patienter, som har de største behov for opfølgende hjemmebesøg?
- Ville det være mere hensigtsmæssigt med fleksible kriterier og en individuel behovsvurdering?
- Bør patientudvælgelsen ske på hospitalet eller i den kommunale visitation?

5. Evaluering af vejledende tjekliste

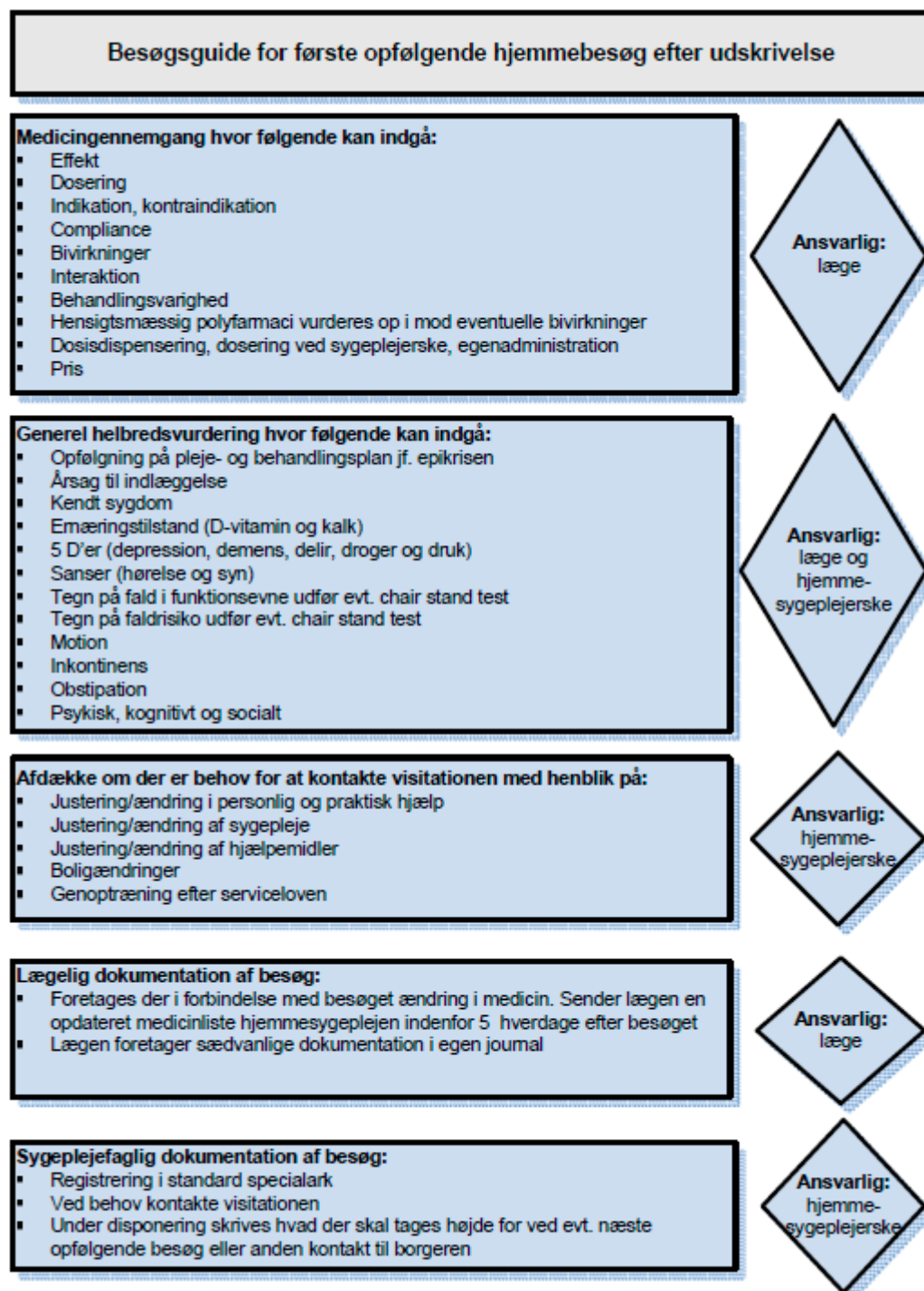
- ”Besøgsguide for første opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse” gennemgås, og kommentarer noteres systematisk ned.
- Er tjeklister af denne art den rigtige måde at sikre kvaliteten på i de aflagte besøg?

- Virker tjeklisten motiverende i forhold til praktiserende læges deltagelse i opfølgende hjemmebesøg?

6. Anbefalinger

- Har du på baggrund af det, som vi har snakket om, nogle generelle anbefalinger
- Hvad er der først og fremmest behov for at fokusere på i forhold til at få opfølgende hjemmebesøg til at blive mere udbredt?

Bilag 3: Vejledende tjekliste



Bilag 4: Informationsmateriale til praktiserende læge

alle læger deltager i dette relevante og for alle parter gavnlige projekt. Der er indgået en §2 aftale mellem Region Hovedstaden og regionens Praksisudvalg, således at honoreringen af besøget sker efter en særlig hovedydelse.

Vedlagt finder du information om projektet. Der vil ligeledes være mulighed for løbende at finde information om projektet på www.sundhed.dk

Eventuelle spørgsmål kan rettes til Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, konsulent Lone Vinhard på tlf. 35 30 35 54 eller e-mail lone.vinhard@suf.kk.dk

Med venlig hilsen

Jens Egsgaard
Sundhedschef
Sundheds- og
Omsorgsforvaltningen



Ask Arnesen
Formand for KPL



Den gode overgang fra hospital til eget hjem

KØBENHAVNS KOMMUNE
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen
www.kk.dk

Opfølgende hjemmebesøg efter
udskrivelse fra Bispebjerg Hospital

I maj 2009 starter et implementeringsprojekt i Københavns Kommune omkring opfølgende hjemmebesøg til svækkede ældre patienter efter udskrivelse fra hospital.

Projektet er udviklet i tæt samarbejde mellem Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i Københavns Kommune, repræsentanter fra almen praksis og Bispebjerg Hospital.

Der er i Københavns Kommune og Praktiserende Læger København (KPL) en klar interesse i at udbygge og videreudvikle det gode samarbejde mellem byens praktiserende læger og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

Derfor anbefaler
KPL's bestyrelse,
at du bakker op
om og **deltager**
i projektet

Baggrund for projektet

I 2007 blev der udgivet en MTV-rapport, der viste, at opfølgende hjemmebesøg er en effektiv måde at nedbringe antallet af genindlæggelser og reducere risikoen for medicineringsfejl (Helle Neel Jakobsen et al 2007). Du kan læse rapporten på dette link: <http://www.sst.dk/Udgivelser/2007.aspx?letter=O>

Projektets hovedfokus

Interventionen i projektet er opfølgende hjemmebesøg umiddelbart efter udskrivelse, som udføres af patientens praktiserende læge og hjemmesygeplejerske. I et tværsektorielt klinisk kontrolleret forsøg vil vi undersøge, om interventionen appliceret i større skala kan medvirke til at nedbringe antallet af genindlæggelser og reducere risikoen for medicineringsfejl.

Som noget nyt skal projektet desuden afdekke de kommunale omkostninger ved indsatsen. Derudover er formålet at fremme samarbejdet mellem praktiserende læge og hjemmesygeplejen og styrke det sammenhængende patientforløb.

Målgruppe

Målgruppen for projektet er svækkede ældre patienter, som har været indlagt på Bispebjerg Hospital, og som har bopæl på Østerbro, Ydre Nørrebro og Bispebjerg. Det er en læge på Bispebjerg Hospital, som udvælger patienterne ud fra projektets in- og eksklusionskriterier. I de tilfælde, hvor patienten er i interventionsgruppen, vil det i epikrisen fremgå, at hospitalets læge anbefaler opfølgende hjemmebesøg. Det er den lokale hjemmesygeplejerske, som har initiativpligten til at kontakte den praktiserende læge for at aftale tidspunkt for besøget.

Honorering og tidsforbrug for almen praksis

I forbindelse med det konkrete projekt er der indgået en honorersaftale mellem Praksisudvalget i Region Hovedstaden og Region Hovedstaden. Det forventes, at en praktiserende læge på henholdsvis Østerbro, Nørrebro og Bispebjerg i gennemsnit skal besøge seks patienter om året. Læger med praksis i andre bydele må forvente at besøge færre patienter.

Den enkelte praktiserende læge afgør efter henvendelsen fra hjemmesygeplejen, om han/hun vil deltage i det konkrete opfølgende hjemmebesøg. KPL skal meget anbefale, at



Kvalitativ evaluering af organiseringen af opfølgende hjemmebesøg i Københavns Kommune

I denne evaluering belyses de organisatoriske udfordringer i forhold til en vellykket implementering af opfølgende hjemmebesøg i Københavns Kommune. Det opfølgende hjemmebesøg gennemføres ca. en uge efter udskrivelse fra hospital, og målgruppen for det opfølgende hjemmebesøg er ældre, skrøbelige patienter. Formålet med besøget er at sørge for, at medicineren er i orden, og at der bliver sat de rette foranstaltninger i gang, så en hurtig genindlæggelse undgås. Evalueringen viser, at der generelt blandt aktørerne på området er en positiv indstilling til opfølgende hjemmebesøg og en vilje til at få optimeret processen omkring opfølgende hjemmebesøg, så borgerne kan få det fulde udbytte af denne form for opfølgende indsats. Den primære udfordring på området er at gøre organiseringen af opfølgende hjemmebesøg mere enkel og overskuelig for de involverede parter, og det kræver en række tilpasninger internt på hospitalet, i kommunen og almen praksis samtidig med, at samspillet mellem aktørerne på området kan optimeres.