

# Sammenfatning af erfaringerne med opfølgende hjemmebesøg i ti kommuner

Baseret på fem omkostningsanalyser med særligt fokus på de kommunaløkonomiske konsekvenser

Anne Sophie Oxholm · Jakob Kjellberg

**PUBLIKATION JUNI 2012**

DSI

Dansk Sundhedsinstitut

Dampfærgevej 27-29

Postboks 2595

2100 København Ø

Tlf. +45 35 29 84 00

Fax +45 35 29 84 99

[www.dsi.dk](http://www.dsi.dk) · [dsi@dsi.dk](mailto:dsi@dsi.dk)



Dansk Sundhedsinstitut

DSI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilde. Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller gengiver DSI's publikationer, bedes sendt til instituttet.

Dansk Sundhedsinstitut  
Dampfærgevej 27-29  
Postboks 2595  
2100 København Ø  
Tlf. +45 35 29 84 00  
Fax +45 35 29 84 99  
[www.dsi.dk](http://www.dsi.dk) · [dsi@dsi.dk](mailto:dsi@dsi.dk)

ISBN 978-87-7488-730-0 (elektronisk version)  
DSI projekt 2553

Design: DSI



## Forord

Når ældre, svækkede patienter udskrives fra hospitalet, er risikoen for genindlæggelse høj. Der har derfor længe været et ønske om at opnå bedre og mere sammenhængende forløb for denne patientgruppe. Et nyere, kontrolleret og randomiseret studie udgået fra Glostrup har peget på, at tilbud om opfølgende hjemmebesøg til denne patientgruppe reducerer antallet af genindlæggelser, og at en sådan intervention er omkostningsneutral med en tendens til en samfundsøkonomisk besparelse. En række kommuner har på denne baggrund iværksat lignende ordninger for opfølgende hjemmebesøg.

Dansk Sundhedsinstitut har foretaget økonomiske evalueringer af hjemmebesøgsordninger, som er blevet igangsat i ti kommuner. Formålet med evalueringerne har været at klarlægge, om den forventede positive effekt af besøgene også er til stede, når besøgsordningerne sættes i almindelig drift andre steder i landet. Derudover ønskes en opgørelse over de samlede kommunaløkonomiske konsekvenser af opfølgende hjemmebesøg, da disse kun delvist blev afdækket i Glostrup-studiet. I indeværende rapport samles resultaterne fra evalueringerne af besøgsordningerne i de ti kommuner med henblik på at tegne et overordnet billede af de økonomiske konsekvenser.

Dansk Sundhedsinstitut takker de deltagende kommuner og sygehuse for at stille data til rådighed og for at bidrage med information til evalueringerne. Ligeledes rettes en tak til de personer, der har været repræsenteret i projektets styregruppe og givet konstruktiv feedback under hele projektet.

Undersøgelsen er finansieret af Kommunernes Landsforening. Undertegnede har stået for den interne kvalitetssikring af rapporten.

*Jes Søgaard*  
Direktør, professor  
Dansk Sundhedsinstitut

# Indhold

<b>Forord</b> .....	<b>3</b>
<b>Baggrund</b> .....	<b>5</b>
<b>Studiedesign</b> .....	<b>6</b>
<b>Lokaltilpasning af Glostrup-modellen</b> .....	<b>7</b>
<b>Resultater fra de fem analyseenheder</b> .....	<b>8</b>
<b>Diskussion</b> .....	<b>10</b>
<b>Litteratur</b> .....	<b>12</b>
<b>Bilag 1: Lokale tilpasninger af Glostrup-modellen for opfølgende hjemmebesøgsordningen i de fem analyseenheder</b> .....	<b>13</b>

# Baggrund

---

Når ældre, svækkede patienter udskrives fra sygehus, er risikoen for genindlæggelse stor. Antallet af genindlæggelser har i en årrække været forsøgt reduceret, typisk ved anvendelse af hospitalsbaserede modeller såsom udgående sygeplejersker, geriatrike teams og "følge hjem-ordninger" mv. I 2007 blev en alternativ model til de hospitalsbaserede foranstaltninger afprøvet i Glostrup, hvor den praktiserende læge og en hjemmesygeplejerske tog over efter endt sygehusbehandling. Dette blev kendt som Glostrup-modellen (1). Glostrup-modellen består af tre kontakter: Først et fælles besøg af praktiserende læge og hjemmesygeplejerske i borgerens hjem ca. én uge efter udskrivelsen, dernæst to opfølgende kontakter med praktiserende læge og eventuel hjemmesygeplejerske i 3. og 8. uge. De to sidste opfølgende kontakter kan enten foregå i lægens konsultation eller som hjemmebesøg. I praksis blev besøgene i 3. og 8. uge kun gennemført, hvis det skønnedes nødvendigt.

Evalueringen af opfølgende hjemmebesøgsordningen i Glostrup viste, at den havde en positiv effekt på behandlingskvaliteten. Således observeredes færre indlæggelser, en forbedret overlevelse samt en tendens til en samlet samfundsøkonomisk besparelse. På denne baggrund anbefalede projektgruppen bag Glostrup-undersøgelsen, at der på landsplan blev implementeret ordninger med opfølgning efter udskrivelse af ældre, medicinske patienter, og at indsatserne i endnu højere grad

målrettedes patientgrupper med et særligt behov for opfølgning. Eftersom Glostrup-undersøgelsen var baseret på et relativt lille studie, som var stærkt forankret i et videnskabeligt projekt, der ikke direkte kunne overføres til en driftssituation, blev det samtidig anbefalet, at der gennemførtes registerbaserede evalueringer af Glostrup-modellen, når denne implementeredes i almindelig drift.

Nærværende rapport bygger på et projekt, som udspringer direkte af anbefalingerne fra Glostrup-undersøgelsen; dvs. i projektet forsøges Glostrup-modellen evalueret i en mere driftslignende kontekst, som indebærer tilpasning af modellen til lokale forhold, og hvor der foretages en højere grad af målretning af, hvilke patientgrupper der tilbydes besøg. Derudover sætter projektet særligt fokus på de kommunaløkonomiske konsekvenser af besøgsordningen, da disse – på grund af manglende data – kun delvist blev belyst i Glostrup-studiet. I projektet evalueres besøgsordninger, som kørte i ti kommuner i perioden fra 2009 til 2011.

Rapporten sammenholder resultaterne af de registerbaserede evalueringer af besøgsordningerne i de ti kommuner. Kommunerne er samlet i fem analyseenheder, hvis resultater hver især er publiceret i en DSI-publikation (2-6). ■

# Studiedesign

---

I alt ti kommuner har deltaget i projektet, og af både praktiske og statistiske årsager er kommunerne grupperet i fem analyseenheder. Alle kommunerne har implementeret grundstrukturen i Glostrup-projektet; dvs. ét fælles besøg ved praktiserende læge og hjemmesygeplejerske i patientens hjem ca. én uge efter udskrivelsen og mulighed for at supplere med to opfølgende kontakter henholdsvis 3. og 8. uge efter udskrivelsen. Modsat Glostrup-undersøgelsen var det ikke et krav i ordningerne, at lægen skulle deltage ved andet og tredje hjemmebesøg, men derimod kunne det aftales, at kun hjemmesygeplejersken deltog.

Målgruppen for besøgsordningerne har ligesom i Glostrup-undersøgelsen været ældre, svækkede borgere, men inklusionskriterierne har ikke været de samme som i Glostrup. Særligt har analyseenhederne individuelt fastsat en række fleksible kriterier for, hvornår det var relevant at inkludere borgere i ordningen. Borgere, der efter hospitalsudskrivelse vurderedes egnede til ordningen, blev placeret i enten en interventions- eller

en kontrolgruppe og herefter fulgt i 26 uger. Kun borgere i interventionsgruppen indgik i besøgsordningen, mens udskrivelse og opfølgning for borgere i kontrolgruppen foregik efter sædvanlig praksis. Placeringen af borgerne i de to grupper foregik forskelligt i kommunerne, og borgerne var således ikke placeret randomiseret i alle kommuner. Inden sammenligningen af de to grupper i de 26 ugers opfølgingsperiode blev det således undersøgt, om grupperne var ens før inklusionen i undersøgelsen (i baseline).

Analyserne af ordningerne er foretaget ud fra princippet om 'intention-to-treat'. Dette betyder, at effekten af opfølgende hjemmebesøg måles på alle borgere, der har fået tilbudt opfølgende hjemmebesøg og ikke kun dem, hvor besøget gennemføres. Der analyseres således på den samlede effekt af ordningen og ikke kun på effekten af de enkelte besøg. Dette betyder, at resultatet af evalueringerne i høj grad påvirkes af andelen af gennemførte besøg. ■

# Lokaltilpasning af Glostrup-modellen

---

Kommunerne har ikke implementeret Glostrup-modellen ens, men tilpasset den egne lokale forhold for derved at få ordningen til at fungere bedst muligt i almindelig drift. Den lokale tilpasning har også været med til at skabe et lokalt ejerskab i forhold til projektet (7). Målgruppen for besøgsordningen har således været forskellig i analyseenhederne hvad angår karakteristika som alder, diagnoser, indlæggelseshistorik, helbredsmæssige tilstand mv. Kommunerne har også valgt at fordele borgere, der blev fundet egnede til ordningen, på forskellig måde i henholdsvis kontrol- og interventionsgruppen. Nogle kommuner har valgt at udnytte, at ordningerne ikke implementeres samtidigt i hele kommunen, ved at placere borgere med bopæl i de områder, som endnu ikke kan tilbydes ordningen, i kontrolgruppen. Andre kommuner har fordelt borgerne ved lodtrækning eller ud fra fødselsdatoer.

De forskellige lokale tilpasninger af Glostrup-modellen står beskrevet i bilag 1. Forskellene betyder, at ordningerne ikke er direkte sammenlignelige – herunder deres effekt på borgernes efterfølgende indlæggelser og omkostninger i sundhedsvæsenet. Det gør en pooled dataanalyse med data fra alle fem analyseenheder vanskelig, og det har således ikke været en del af det aftalte projekt. ■

# Resultater fra de fem analyseenheder

I tabel 1 vises hovedresultaterne for de fem analyseenheder. Som det ses af tabellen, er resultaterne af ordningerne ikke entydige. Erfaringerne fra Vestklyngen viser, at de opfølgende besøg medfører færre indlæggelser og lavere kommunale udgifter, mens erfaringerne fra København giver det modsatte billede. Konklusionen fra Vestklyngen udfordres af, at det har været nødvendigt at foretage en statistisk korrektion af resultaterne for de kommunale omkostninger, fordi borgerne i de to grupper ikke var sammenlignelige ved starten af undersøgelsen; borgere i interventionsgruppen havde således et statistisk signifikant højere forbrug af kommunale ydelser inden inklusion i ordningen sammenlignet med kontrolgruppen. Tolkningen af data fra København er tilsvarende udfordret. Her forholder det sig således, at interventionsgruppens merforbrug i sundhedsvæsenet i opfølgingsperioden i forhold til kontrolgruppen drives af de borgere, der ikke modtog et opfølgende besøg – svarende til ca. to-tredjedele af gruppen, mens den tredjedel af interventionsgruppen, der modtog et opfølgende besøg, faktisk havde en tendens til at blive indlagt færre gange og havde lavere omkostninger i sundhedsvæsenet end gennemsnittet af kontrolgruppen. Dette vækker undren, eftersom borgere, der ikke modtager besøg, udgør størstedelen af interven-

tionsgruppen – og det er ikke fundet, at lægerne i forbindelse med opfølgende hjemmebesøg systematisk har fravalgt borgere med et højt forbrug af ydelser. Det må således anses for sandsynligt, at forskellene i forbrug af ydelser mellem interventions- og kontrolgruppen i København er påvirket af en statistisk tilfældig skævhed i det efterfølgende forbrug af ydelser, hvilket sætter spørgsmålstegn ved sammenligneligheden af grupperne.

Ses der bort fra København og Vestklyngen, har to ud af de tre øvrige analyseenheder en tendens i retning af lidt færre indlæggelser i interventionsgruppen end i kontrolgruppen og følgelig færre omkostninger i sundhedsvæsenet, men effekterne er ikke statistisk signifikante. Faxe Kommune, hvis resultater peger i modsat retning af de to øvrige analyseenheder, har dog også udfordringer i forhold til sammenligneligheden af interventions- og kontrolgruppen, da grupperne var statistisk signifikant forskellige, hvad angår kønsfordeling, samt hvilke og hvor mange fleksible inklusionskriterier borgerne opfyldte. Det viser sig, at disse forhold har en statistisk signifikant effekt på de totale omkostninger i sundhedsvæsenet. De fundne forskelle mellem grupperne i Faxe påvirker dog de

**Tabel 1: Hovedresultaterne fra analyserne af opfølgende hjemmebesøgsordningen i de fem klynger: De samfundsøkonomiske konsekvenser samt effekten på indlæggelsesfrekvensen 26 uger efter inklusion i ordningen.**

	Vestklyngen <sup>5</sup>	Aalborg	København	Faxe	Fredericia
Procentvis forskel i det gennemsnitlige antal indlæggelser pr. borger i interventionsgruppe i forhold til kontrolgruppe	-11 %	-13 %	16 %	22 %	-14 %
<i>Den gennemsnitlige meromkostning pr. borger i interventionsgruppen i forhold til kontrolgruppen (i kr.)</i>					
Meromkostning til interventionen på sygehuse	86 kr.	0 kr.	240 kr.	0 kr.	0 kr.
Meromkostning til interventionsbesøg i kommunerne	296 kr.	161 kr.	468 kr.	469 kr.	288 kr.
Meromkostning til kommunale ydelser	<b>-12.391 kr.*<sup>2</sup></b>	3.877 kr.	9.589 kr.	- <sup>4</sup>	-5.385 kr.
Meromkostning til sygesikringsydelse <sup>1</sup>	<b>452 kr.*</b>	<b>662 kr.*</b>	<b>483 kr.*</b>	<b>990 kr.*</b>	95 kr.
Meromkostning til sygehusbehandling	-818 kr.	-10.637 kr.	<b>16.809 kr.*</b>	9.337 kr.	-9.732 kr.
Meromkostning til tilskudsberettiget medicin <sup>3</sup>	-412 kr.	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>-12.787 kr.*</b>	-5.937 kr.	<b>27.589 kr.*</b>	10.796 kr.	-14.734 kr.

<sup>1</sup> Omkostninger ved de praktiserende lægers deltagelse i de opfølgende hjemmebesøg er inkluderet.

<sup>2</sup> Beregnet på baggrund af difference-in-difference-metoden, da interventionsgruppen havde et statistisk signifikant højere forbrug af kommunale ydelser i baseline sammenlignet med kontrolgruppen.

<sup>3</sup> Grundet opdateringen af Lægemedelregisteret har det kun været muligt at skaffe data for forbruget af tilskudsberettiget medicin i Vestklyngen.

<sup>4</sup> Det har ikke været muligt at rekvirere kommunale ydelser for Faxe Kommune.

<sup>5</sup> I den første version af delrapporten for Vestklyngen (maj 2011) var medicindata ikke inkluderet i analysen, da data for undersøgelsesperioden endnu ikke var tilgængelig. Omkostningerne ved forbrug af medicin er inkluderet i denne tabel, og derfor afviger de totale omkostninger fra omkostningerne angivet i første version af rapporten.

Note: \* - markeringen betyder, at resultatet er statistisk signifikant på et fem procentniveau.



totale omkostninger i forskellige retninger, og derved kan den overordnede effekt ikke findes. Samlet kan det konkluderes, at læringen på baggrund af erfaringerne fra de fem klynger er uklar.

En hypotese, der har været knyttet til de opfølgende hjemmebesøg, er, at de færre hospitalsomkostninger, der var i Glostrup-undersøgelsen, blot blev modsvaret af øgede kommunale omkostninger. Dette synes dog ikke umiddelbart understøttet af empirien, hvor der viser sig at være en tendens til, at i de kommuner, hvor antallet af indlæggelser på hospitalet er reduceret, er de kommunale omkostninger også lavere eller stort set de samme i forhold til kontrolgruppen og vice versa. Således er der ikke nødvendigvis en modsætning mellem få indlæggelser og lavere kommunale omkostninger, men igen må det understreges, at det statistiske grundlag i de fem evalueringer er relativt svagt.

Effekten af opfølgende hjemmebesøg måles på alle borgere, der har fået tilbudt opfølgende hjemmebesøg, og ikke kun dem hvor besøget faktisk gennemføres. Det betyder, at den målte effekt af ordningerne, som er vist i tabel 1, i høj grad er påvirket af gennemførelsesgraden af besøgene.

I tabel 2 er angivet gennemførelsesprocenten af de opfølgende hjemmebesøg i de fem analyseenheder. Som det ses af tabellen, er der ganske stor variation mellem gennemførelsesprocenten i de enkelte enheder. Den meget lave gennemførelsesprocent i Aalborg kan delvis forklares ved, at man først langt inde i undersøgelsesperioden opnåede enighed om økonomien ved opfølgende hjemmebesøg mellem Region Nordjylland og de praktiserende læger, men også ved at det generelt må konstateres, at det har været særdeles vanskeligt at få gennemført de planlagte besøg. Kun i Vestklyngen og Faxe Kommune har man opnået, at over halvdelen af borgene i interventionsgruppen fik det første opfølgende hjemmebesøg.

Gennemførelsesprocenten i samtlige analyseenheder er lav sammenlignet med Glostrup-undersøgelsen, hvor 93 % af første-besøg blev gennemført, 78 % af andet-besøg og 72 % det tredje og sidste besøg. Den relativt lave gennemførelsesprocent stiller spørgsmålstegn ved implementeringen af projektet og dermed også ved muligheden for at tolke resultaterne i forhold til det oprindelige Glostrup-projekt. ■

**Tabel 2: Gennemførelsesprocenten af de opfølgende hjemmebesøg i de fem analyseenheder**

	Gennemførte besøg (i procent af interventionsgruppe)				
	Vestklyngen	Aalborg	København	Faxe	Fredericia
Første besøg	53 %	14 %	33 %	53 %	24 %
Andet besøg	36 %	7 %	3 %	14 %	9 %
Tredje besøg	18 %	2 %	1 %	7 %	4 %

*Note: I København, Fredericia og Aalborg er der ikke inkluderet opfølgende 2. og 3. besøg, som er foregået i lægens praksis (og i nogle tilfælde også besøg uden deltagelse af hjemmesygeplejersken). I Vestklyngen og Faxe er inkluderet opfølgende 2. og 3. besøg i lægens praksis. Andet og tredje besøg kan dog være underreporteret på grund af forkert kodning.*

# Diskussion

---

I foråret 2009, altså umiddelbart efter implementeringen af ordningen, foretog Dansk Sundhedsinstitut interviews med aktører, der organiserede og gennemførte besøgsordningen i Vestklyngen (7). Her blev der konstateret tre væsentlige fællestrekk ved ordningerne:

- *Klinikerne er begejstrede:* Det er slående, at de klinikere, der har prøvet at deltage i et opfølgende hjemmebesøg, generelt synes, at interventionen er særdeles relevant og meningsfuld. Der er således rigtig gode chancer for, at en implementering af opfølgende hjemmebesøg vil lykkes.
- *Det er organisatorisk komplekst:* Det er svært at komme i gang med opfølgende hjemmebesøg, blandt andet fordi interventionen indebærer et samarbejde mellem mange aktører på tværs af sektorer. Implementeringen af opfølgende hjemmebesøg kræver derfor mange administrative ressourcer.
- *Lokaltilpasning er nødvendig:* De ti kommuner<sup>1</sup> har taget interventionen og tilpasset den, så den passer ind i den organisation og det samarbejde, der i forvejen er. Det er der kommet en række forskellige organisatoriske setups ud af. Tilpasningen har medført, at der er opbygget et lokalt ejerskab til interventionen. Kernen i interventionen er dog blevet bevaret i de ti kommuner.

I lyset af den efterfølgende relativt lave gennemførelsesprocent må det konstateres, at klinikernes begejstring ikke formåede at overvinde de organisatoriske udfordringer. Eftersom indeværende undersøgelse primært er baseret på registerdata, er det vanskeligt at give klare svar på, hvorfor gennemførelsesprocenten og resultaterne fra de enkelte analyseenheder er så forskellige (også fra Glostrup-undersøgelsen), men noget tyder på, at den organisatoriske kontekst, som projektet gennemføres i, kan have ganske stor betydning for effekterne. Glostrup-projektet havde for eksempel et klart hospitalsperspektiv, hvorfor fokus på indlæggelser måske var større, end når projektet er mere forankret i kommunerne. Der er således meget, som tyder på, at det er vigtigt at holde sig for øje, at effekten af de opfølgende hjemmebesøg formodentlig er relativt følsom overfor de mål, der ledelsesmæssigt opstilles i forbindelse med besøgene og i forhold til den organisatoriske implementering.

Flere kommuner har undervejs indsamlet data for hjemmesygeplejens registrering af årsager til, hvorfor besøg aflyses, om end datagrundlaget i flere tilfælde er begrænset af få registreringer. Ved aflysninger af første besøg er den hyppigste årsag angivet som manglende deltagelse af lægen, enten fordi lægen ikke ønsker at deltage i besøgene, lægen finder, at besøgene vil have lav nytteværdi, eller fordi lægen må aflyse på grund af

travlhed eller sygdom. I Københavns Kommune aflyses som eksempel omkring 40 % af første besøgene, fordi lægen ikke deltager. Dette står i kontrast til, at de københavnske læger, der gennemfører første besøgene, i ca. 90 % af tilfældene angav, at besøgene har været relevante, når der blev set bort fra besvarelser, hvor intet er angivet. De københavnske hjemmesygeplejersker vurderede også relevansen af besøgene og var mindst lige så positive som lægerne.

Anvendt KommunalForskning (AKF) fulgte implementeringen af de opfølgende besøg i København, og de konkluderede på linje med DSI-publikationen fra foråret 2009, at det var organisatorisk komplekst at arbejde med de opfølgende hjemmebesøg på tværs af sektorgrænserne (8). AKF fandt endvidere, at det ville kræve intern tilpasning af organisationen både på hospitalerne og i almen praksis, hvis modellen skulle forsimples, ligesom det blev vurderet, at den organisatoriske adskillelse mellem bestilleren af ydelserne og den udførende del (BUM-modellen) i Københavns Kommune yderligere komplicerede sagsgangen. Endvidere blev det beskrevet som en særlig udfordring at få de praktiserende læger til at deltage mere aktivt i opfølgende hjemmebesøg, og det blev foreslået, at der indgås mere forpligtende aftaler på området (fx i sundhedsaftaler), højere honorering af lægerne eller tilbydes en højere grad af fleksibilitet i ordningen.

Evalueringer af opfølgende hjemmebesøg, herunder også Glostrup-undersøgelsen, viser, at modellen har et potentiale til at kunne forebygge genindlæggelser og nedbringe forbruget af kommunale ydelser. Men det er væsentligt at forstå, at der ikke er tale om "en pille", som et biologisk system responderer på, men i stedet et forsøg på at ændre adfærd hos sundhedsfaglige aktører i flere forskellige løst koblede organisatoriske systemer. Effekten af de opfølgende hjemmebesøg er formodentlig ligeledes afhængig af det indhold, som det sundhedsfaglige personale rent faktisk fylder i de opfølgende hjemmebesøg, dvs. hvilke forhold personalet lægger vægt på, hvordan de samarbejder, og hvor engagerede de er i projektet. Opfølgende hjemmebesøgs potentiale til at forebygge genindlæggelser vurderes også i høj grad at afhænge af både kvaliteten og af den ledelse og implementering, der finder sted lokalt – herunder evnen til at motivere medarbejderne i alle sektorer – såvel som af at indholdet i besøgene bliver meningsfuldt for både patienter og sundhedsfagligt personale.

Glostrup-undersøgelsen førte til en anbefaling om, at der blev igangsat ordninger med forbedret opfølgning efter hospitalsudskrivelse af ældre medicinske patienter, og at der bør gennemføres registerbaserede evalueringer, så effekten af interventionerne følges. Evalueringen af besøgsordningen i ti kommuner har ført os til at anbefale, at potentialet i forbedret

---

<sup>1</sup> Oprindeligt indgik 11 kommuner i projektet, men Kolding Kommune faldt fra undervejs.

opfølgning efter udskrivelse af ældre svækkede patienter fortsat bør udforskes, men at ordningerne fremover skal følges tættere organisatorisk, så vi kan opnå en bedre forståelse af, hvad det er, der gør, at implementeringsgraden er så forskellig i forskellige kommuner. Særligt synes der at være behov for mere fokus på den praktiske gennemførelse af besøget, dvs. på kontakten mellem hjemmesygeplejerske og praktiserende læge. Glostrup-undersøgelsen indeholdt ikke en køreplan for, hvordan implementeringsprocessen i kommunerne og almen praksis skulle foregå, og dette er der et behov for at få bedre afdækket. Derved kan vi forhåbentlig fremover designe og målrette de opfølgende hjemmebesøg bedre. I den forbindelse er det værd at bemærke, at Region Midtjyllands Vestklynge har igangsat en ny registerbaseret evaluering af opfølgende hjemmebesøgsordningen, som nu målrettes en yngre patientgruppe, ligesom Region Sjælland arbejder med at implementere og evaluere effekten af at arbejde med opfølgende hjemmebesøg.

Intentionen med denne rapport var at klarlægge, om erfaringerne fra Glostrup-undersøgelsen kan genskabes i praksis. Vi må konstatere, at denne intention ikke har kunnet indfries med de registerbaserede undersøgelser. Vi peger i stedet på, at arbejdet med at tilpasse, implementere og evaluere de opfølgende hjemmebesøg fortsætter. I den forbindelse vil vi anbefale, at der sættes større fokus på at identificere og forstå årsagerne til, at de opfølgende hjemmebesøg kun i ringe omfang gennemføres i forhold til den oprindelige Glostrup-undersøgelse, og på hvordan den konkrete udførelse eventuelt kan påvirke resultaterne i forhold til indlæggelser og kommunale sundhedskostninger. ■

## Litteratur

---

(1) Jakobsen HN, Rytter L, Rønholt F, Hammer AV, Andreasen AH, Nissen A et al. Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus - en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.

(2) Oxholm AS, Kjellberg J. Delrapport fra Faxe Kommune: Erfaringer med opfølgende hjemmebesøg. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2012.

(3) Oxholm AS, Kjellberg J. Delrapport fra Fredericia Kommune: Erfaringer med opfølgende hjemmebesøg. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2012.

(4) Oxholm AS, Kjellberg J. Delrapport fra Københavns Kommune: Erfaringer med opfølgende hjemmebesøg. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2012.

(5) Oxholm AS, Kjellberg J. Delrapport fra Aalborg Kommune: Erfaringer med opfølgende hjemmebesøg. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2012.

(6) Oxholm AS, Kjellberg J. Delrapport fra Vestklyngen i Region Midtjylland: Erfaringer med opfølgende hjemmebesøg. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2011.

(7) Voss H. Implementering af opfølgende hjemmebesøg. Hvad kan andre lære af 11 kommuners foreløbige erfaringer? København: Dansk Sundhedsinstitut; 2009.

(8) Hjelmar U. Kvalitativ evaluering af organiseringen af opfølgende hjemmebesøg i Københavns Kommune. København: AKF, Anvendt KommunalForskning; 2010. ■

# Bilag 1:

## Lokale tilpasninger af Glostrup-modellen for opfølgende hjemmebesøgsordningen i de fem analyseenheder

Analyseenhed	Målgruppe for opfølgende hjemmebesøg	Instans som vurderer om borgere tilhører målgruppen	Fordeling af borgere i hhv. interventions- og kontrolgruppen
Vestklyngen	<p>Samtlige objektive kriterier og mindst to fleksible kriterier skal være opfyldt.</p> <p><u>Objektive kriterier:</u>            Patienten var udskrevet fra én af de medicinske afdelinger i Hospitalsenheden Vest.            Patienten var bosiddende i én af Vestklyngens seks kommuner.            Patienten var 78 år gammel eller derover.            Patienten havde ikke en terminal erklæring.</p> <p><u>Fleksible kriterier:</u>            11 kriterier som dækker helbredsmæssige, sociale og organisatoriske forhold.</p>	Sygehus: Den udskrivende sygeplejerske.	<p>Forskelligt i de seks kommuner i klyngen:</p> <p>I fire kommuner afhænger det af borgernes bopæl.</p> <p>I to kommuner randomiseres borgerne ud fra, om borgeren er født en lige/ulige dag i måneden.</p>
Aalborg	<p>Samtlige objektive kriterier og mindst ét fleksibelt kriterium skal være opfyldt.</p> <p><u>Objektive kriterier:</u>            Borgeren var fyldt 65 år, og vedkommendes læge havde praksis i Aalborg Kommune.            Borgeren var udskrevet fra Medicinsk Center, Kardiologisk Afdeling, Neurologisk Afdeling på Aalborg Sygehus eller fra Medicinsk Center Sygehus Vendsyssel eller fra Medicinsk Afdeling Sygehus Himmerland.            Borgeren modtog ikke terminalpleje, en følge hjem-ordning eller var tilknyttet et geriatrisk team.            Borgeren havde ikke behov for tolk.            Borgeren var ikke dement eller under demensudredning.            Borgerens epikrise forelå inden for 14 dage efter udskrivelsen.</p> <p><u>Fleksible kriterier:</u>            Fire fleksible kriterier som dækker helbredsmæssige forhold.</p>	Den kommunale visitation: Visitator (hjemmesygeplejerske).	Borgerne randomiseres ud fra andet ciffer i deres personnummer (lige eller ulige tal).
København	<p>Samtlige objektive kriterier og mindst to fleksible kriterier opfyldt.</p> <p><u>Objektive kriterier:</u>            Patienten var udskrevet fra enten lungemedicinsk, endokrinologisk-gastroenterologisk (medicinsk), geriatrisk, kardiologisk eller ortopædisk afdeling på Bispebjerg Hospital.            Patienten var bosiddende på Østerbro, Nørrebro, Bispebjerg, Brønshøj eller Husum.            Patienten var 65 år gammel eller derover.            Patienten blev udskrevet til egen bolig.            Patienten havde ikke en terminal erklæring eller en planlagt genindlæggelse – herunder ikke modtog midlertidige døgntilbud (inkl. rehabilitering).            Patienten led ikke af demens.</p> <p><u>Fleksible kriterier:</u>            Ni kriterier som dækker helbredsmæssige, sociale og organisatoriske forhold.</p>	Sygehus: Projektkoordinator (sygeplejerske).	Lodtrækning (randomiseret forsøg). Lige eller ulige tal.

Fortsættes næste side...

I Bilag 1: Lokale tilpasninger af Glostrup-modellen for opfølgende hjemmebesøgsordningen i de fem analyseenheder

Analyseenhed	Målgruppe for opfølgende hjemmebesøg	Instans som vurderer om borgere tilhører målgruppen	Fordeling af borgere i hhv. interventions- og kontrolgruppen
Faxe	<p>Samtlige objektive kriterier og minimum ét fleksibelt kriterium opfyldt.</p> <p><u>Objektive kriterier:</u>                      Borgeren var 65 år gammel eller derover (frem til den 4. marts 2010 var aldersgrænsen 75 år).                      Borgeren havde en middelsvær eller svær KOL-diagnose.                      Borgeren havde en iskæmisk hjertesygdom.</p> <p><u>Fleksible kriterier:</u>                      Ni kriterier som dækker helbredsmæssige, sociale og organisatoriske forhold.</p>	Den kommunale visitation: Visitator (hjemmesygeplejerske eller ergoterapeut uddannet).	Hvorvidt borgernes praktiserende læge har valgt at tilmelde sig projektet afgør, om borgeren kommer i interventions- eller kontrolgruppen.
Fredericia	<p>Samtlige objektive kriterier og et vist antal fleksible kriterier opfyldt. Det var en subjektiv vurdering, hvor mange fleksible kriterier, der skulle være opfyldt. Der blev sigtet mod, at omtrent 40 % af alle patienter, der opfyldte de objektive kriterier, blev udvalgt til interventionen.</p> <p><u>Objektive kriterier:</u>                      Borgeren var bosiddende i Fredericia Kommune.                      Borgeren var udskrevet til egen bolig.                      Borgeren var udskrevet via visitationen med brug for kommunal hjælp, pleje eller hjemmesygepleje.                      Borgeren havde ikke en terminal erklæring.</p> <p><u>Fleksible kriterier:</u>                      Ti kriterier som dækker helbredsmæssige, sociale og organisatoriske forhold.</p>	Den kommunale visitation: Visitator (hjemmesygeplejerske eller ergoterapeut uddannet)	Borgerens bopæl (distrikt) afgør om vedkommende kommer i interventions- eller kontrolgruppen.