



Marie Brandhøj Wiuff, Eigil Boll Hansen, Thomas Artmann Kristensen
og Marie Henriette Madsen

Opfølgende hjemmebesøg i Region Hovedstaden

Organisering, samarbejde og oplevet udbytte



Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning

*Opfølgende hjemmebesøg i Region Hovedstaden
– Organisering, samarbejde og oplevet udbytte*

Publikationen kan hentes på www.kora.dk

© KORA og forfatterne, 2017

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

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA
ISBN: 978-87-7488-983-0
Projekt: 11185

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling samt bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Forord

Indlæggelsestiderne på hospitalerne falder og understreger behovet for at styrke overgangen fra hospital til eget hjem – særligt for skrøbelige ældre borgere. Opfølgende hjemmebesøg er én blandt flere ordninger, der sigter mod at forbedre udskrivesforløb og skabe tryghed for borgerne i forbindelse med udskrivelse fra hospital.

KORA har på opdrag fra Region Hovedstaden og PLO Hovedstaden gennemført en evaluering af opfølgende hjemmebesøg, der belyser organiseringen og brugen af opfølgende hjemmebesøg i Region Hovedstaden samt ordningens bidrag til udskrivesforløb set fra praktiserende læger, kommunale sygeplejersker, borgere og pårørendes perspektiv. Evalueringen er finansieret af Region Hovedstaden.

Rapporten er udarbejdet af projektleder Marie Brandhøj Wiuff og docent Eigil Boll Hansen. Stud.scient.pol. Thomas Artmann Kristensen har bidraget til databehandling og -fremstilling af et elektronisk spørgeskema. Seniorprojektleder Marie Henriette Madsen har ydet faglig sparring på evalueringen. Derudover har stud.scient.anth. Anne Byrge Winther og stud.scient.pol. Marie Fly Lindholt udarbejdet udskrifter af interview med praktiserende læger, kommunale sygeplejersker, borgere og pårørende.

Rapportens primære målgruppe er praktiserende læger, ledere og medarbejdere i den kommunale hjemmesygepleje samt planlæggere og beslutningstagere i regioner og kommuner, der arbejder med at sikre gode forløb og sektorovergange for skrøbelige borgere, som har været hospitalsindlagt.

Første udgave af rapporten har været til kommentering hos Region Hovedstaden og PLO Hovedstaden. Herefter har det færdige udkast været i eksternt review hos henholdsvis en forsker og en praktiker med særlig indsigt i opfølgende hjemmebesøg. Rapporten har ligeledes været sendt til kommentering i én kommune i Region Hovedstaden. Endelig er der gennemført en afsluttende kvalitetssikring ved analyse- og forskningschef Pia Kürstein Kjellberg fra KORA.

KORA ønsker at takke borgere, pårørende, hospitalsrepræsentanter, praktiserende læger og kommunale sygeplejersker, som deltog i survey og interview og dermed bidrog med deres erfaringer med og perspektiver på opfølgende hjemmebesøg.

KORA vil endvidere gerne takke Region Hovedstaden og PLO Hovedstaden for godt og konstruktivt samarbejde og for hjælp med at finde informanter til både survey og interview.

Forfatterne
April 2017

Indhold

Resumé	6
1 Introduktion	11
1.1 Formål.....	12
1.2 Beskrivelse af ordningen	12
1.3 Rapportens opbygning	14
2 Evaluerings metode og datamateriale	16
2.1 Indledende interview med nøglepersoner.....	16
2.2 Survey	17
2.2.1 Interview med kommunale sygeplejersker og praktiserende læger.....	20
2.2.2 Interview med borgere og pårørende.....	22
2.3 Undersøgelsens udsigelseskraft.....	24
3 Brug og vurdering af ordningen.....	25
3.1 I hvilket omfang bruges ordningen?.....	25
3.2 Begrundelser for manglende brug af ordningen	27
3.3 Vurdering af ordningens relevans	30
3.4 Vurdering af målgruppen.....	32
3.5 Hvem deltager i opfølgende hjemmebesøg?	34
3.6 Opsamling.....	37
4 Afviklingen af opfølgende hjemmebesøg	39
4.1 Initiativ til opfølgende hjemmebesøg	39
4.2 Anvendte kriterier til at udvælge borgere til opfølgende hjemmebesøg.....	43
4.3 Planlægning og gennemførelse	46
4.3.1 Vurdering af det generelle samarbejde	46
4.3.2 Planlægning af besøgene	47
4.3.3 Gennemførelse af besøgene	54
4.4 Aftaler og opfølgning	62
4.5 Snitflader til andre ordninger	65
4.6 Opsamling.....	67
5 Oplevet udbytte og betydning for udskrivesforløbet.....	69
5.1 Borgere og pårørendes oplevede udbytte.....	69
5.1.1 Borgernes oplevelse af sammenhæng	69
5.2 Praktiserende læger og kommunale sygeplejerskers oplevede udbytte	70
5.2.1 Mere viden om borgerne	71
5.2.2 Afklaring og sikkerhed i håndtering af fremtidige situationer	71
5.2.3 Bedre samarbejde	71
5.2.4 Tryghed for borgerne	72
5.2.5 Bedre udskrivesforløb	72
5.3 Opsamling.....	74
6 Forslag til forbedringer/justeringer	75

7	Konklusion, anbefalinger og diskussion	77
7.1	Anbefalinger.....	78
7.2	Evalueringsens fund relateret til eksisterende dansk viden	79
	Litteratur	82
Bilag 1	Planområder i Region Hovedstaden	85

Resumé

Opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse fra hospital har siden 2011 været tilbudt til skrøbelige ældre borgere i Region Hovedstaden. Sigtet med ordningen er at skabe sammenhængende forløb og tryghed for borgerne i forbindelse med udskrivelse efter hospitalsophold samt forebygge genindlæggelser. Det opfølgende hjemmebesøg indebærer, at borgerens egen læge og en hjemmesygeplejerske fra kommunen sammen besøger borgeren efter udskrivelse og følger op på indlæggelsen og planlægger det videre forløb.

Formålet med denne evaluering af ordningen med opfølgende hjemmebesøg i Region Hovedstaden har været:

- At undersøge, hvordan ordningen bruges og vurderes af praktiserende læger og kommunale sygeplejersker
- At undersøge de muligheder og udfordringer, der opstår i det tværsektorielle arbejde mellem kommuner og praktiserende læger, i forhold til:
 - Hvordan relevante borgere identificeres
 - Hvordan besøgene planlægges og gennemføres
 - Hvordan den opfølgende kommunikation efter besøgene fungerer
 - Om der er snitflader til andre opfølgende ordninger.
- At undersøge erfaringer og oplevelser med, hvorvidt opfølgende hjemmebesøg bidrager til at styrke udskrivelsesforløbet og sikre en god overgang mellem sektorer for a) borgere og pårørende, b) praktiserende læger og c) kommunerne.

Resultater

Ordningen med opfølgende hjemmebesøg er i vid udstrækning taget i brug af praktiserende læger og kommunale sygeplejersker i Region Hovedstaden. Ordningen opleves som relevant i forhold til målgruppen af skrøbelige borgere, der har været indlagt på hospital.

Hovedparten af de opfølgende hjemmebesøg gennemføres med samtidig tilstedeværelse af praktiserende læge og kommunal sygeplejerske. Evalueringen viser, at der også gennemføres besøg uden den anden part. Det kan skyldes, a) at det ikke har været muligt at finde et tidspunkt, hvor begge parter kunne, b) at den anden part ikke har fundet besøget relevant, eller c) at man ikke har fundet det relevant at inddrage den anden part.

De interviewede praktiserende læger og kommunale sygeplejersker sætter pris på, at målgruppen er defineret forholdsvis bredt, således at der er mulighed for at foretage et skøn af relevansen af et opfølgende hjemmebesøg fra borger til borger. Dette giver imidlertid også anledning til forskellig fortolkning med tendens til, at de kommunale sygeplejersker tolker målgruppen bredere end de praktiserende læger. Særligt de praktiserende læger er optagede af, at det kun er de mest skrøbelige borgere, der skal have opfølgende hjemmebesøg, og at det ikke pr. automatik er alle ældre, som har været indlagt, der skal have opfølgende hjemmebesøg.

Det værdsættes, at både hospital, kommunal sygeplejerske og praktiserende læge kan tage initiativ til opfølgende hjemmebesøg, og muligheden for selv at tage initiativ er kendt af hovedparten af de adspurgte praktiserende læger og kommunale sygeplejersker. Nogle praktiserende læger forholder sig afventende i forhold til at lade kommunen anmode om besøg. Særligt praktiserende læger, men også flere af de kommunale sygeplejersker, ser gerne, at hospitalerne er mere aktive i forhold til at tage initiativ til besøg og tager stilling til behovet for opfølgning.

I forhold til at få planlagt besøgene er den største udfordring at få koordineret et mødetidspunkt. Dette er den hyppigste årsag til, at nogle opfølgende hjemmebesøg gennemføres senere end en uge efter udskrivelsen, og kan også betyde, at besøg gennemføres alene med praktiserende læge eller kommunal sygeplejerske. Både praktiserende læger og kommunale sygeplejersker forsøger at være fleksible, men bl.a. forskellig organisering af arbejdstider skaber udfordringer. Det passer bedst for de praktiserende læger at lægge besøget sidst på dagen, mens den kommunale sygeplejerske foretrækker, at besøget ligger før kl. 15.

Der anvendes i mange tilfælde en fast struktur for det opfølgende hjemmebesøg, som hjælper til at holde fokus på, hvilke forhold og problemstillinger der skal ses på og håndteres. Men der er forskel på, hvilken struktur det drejer sig om. Nogle praktiserende læger og kommunale sygeplejersker tager afsæt i de emner, der er oplistet i § 2-aftalen; nogle kommunale sygeplejersker tager afsæt i 12 punkter for sygeplejefaglig udredning, mens andre har udviklet et særskilt skema til opfølgende hjemmebesøg. Både praktiserende læger og kommunale sygeplejersker har desuden fokus på, at borgernes oplevelser og ønsker også får plads som del af det opfølgende hjemmebesøg.

Når det først lykkes praktiserende læge og kommunal sygeplejerske at aftale et besøg, er det overordnede indtryk, at besøgene og den efterfølgende opfølgning forløber uden de store udfordringer. Der er en række forudsætninger for det gode besøg, henholdsvis:

- At der er enighed om tidsrammen for selve besøget
- At både den praktiserende læge og den kommunale sygeplejerske har forberedt sig til besøget
- At den kommunale sygeplejerske kender borgeren, og at den praktiserende læge har sat sig ind i borgerens situation
- At den kommunale sygeplejerske har relevant erfaring og kompetence
- At alle tager ansvar, og at der er en tydelig opgavefordeling.

Det at mødes sammen i borgernes hjem er ifølge praktiserende læger og kommunale sygeplejersker med til at give en indsigt i borgerens situation, som de ikke havde på forhånd, ligesom de kan supplere hinandens viden om borgeren. Borgerne oplever desuden, at lægen har mere tid, når han/hun kommer hjem til dem, ligesom de får en anden kontakt med lægen. Pårørendes deltagelse opleves desuden som givtigt: De pårørende kan uddybe borgerens situation, de hører, hvad der bliver aftalt og kan handle derefter, og der kan ske en forventningsafstemning, fx i forhold til behandlingsniveau. Desuden kan de pårørende selv være belastede, og praktiserende læger og kommunale sygeplejersker beskriver, at dette også er væsentligt at tage sig af, så hjemmesituationen er holdbar.

Praktiserende læger og kommunale sygeplejersker oplever i nogle tilfælde, at der er andre ordninger til skrøbelige borgere, som er delvist overlappende i forhold til opfølgende hjemmebesøg. Der opleves uklarhed i forhold til nogle af de ordninger, som udgår fra hospitalet, herunder følge hjem-ordningen, og når borgere er tilknyttet ambulante hospitalsafsnit eller udgående hospitalsteams. Af surveyen fremgår det, at nogle praktiserende læger og kommunale sygeplejersker kan være i tvivl om, hvorvidt de skal bruge opfølgende hjemmebesøg eller en anden indsats. I interviewene oplever de praktiserende læger og kommunale sygeplejersker at have klarhed over de ordninger, som de har i egen værktøjskasse (fx lægernes opsøgende hjemmebesøg og almindelige sygebesøg og de kommunale forebyggende hjemmebesøg).

De interviewede borgere og pårørende har været glade for det opfølgende hjemmebesøg – særligt at lægen har afset tid til at komme. Det opleves som betryggende at få et opfølgende hjemmebesøg, hvor egen læge og den kommunale sygeplejerske tjekker op på og vurderer

situationen. De interviewede borgere og pårørende har oplevet, at der er blevet taget godt hånd om dem, og at de har fået den hjælp, de har haft brug for, efter de er kommet hjem fra hospitalet.

Overordnet er det de praktiserende læger og kommunale sygeplejerskers oplevelse, at de selv, borgere og pårørende får udbytte af de opfølgende hjemmebesøg. De praktiserende læger og kommunale sygeplejersker fremhæver følgende:

- At de får mere viden om borgerne og overblik over situationen
- At der sker en afklaring og tages stilling til vigtige emner, som skaber sikkerhed i, hvordan der fremadrettet skal handles over for borgeren
- At der efterfølgende er et bedre samarbejde mellem praktiserende læge og kommunal sygeplejerske
- At borgerne oplever tryghed
- At der skabes et bedre udskrivesforløb for borgeren, fordi der netop skabes overblik, afklaring omkring og sikkerhed i, hvordan der skal handles.

Konklusion

Overordnet kan vi konkludere, at ordningen med opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse fra hospital i Region Hovedstaden anvendes i stigende omfang, og der er bred opbakning til ordningen blandt praktiserende læger og kommunale sygeplejersker. Der er stor variation med hensyn til, hvordan og hvor ofte ordningen har været brugt. Besøgene gennemføres for hovedparten med tilstedeværelse af både praktiserende læge og kommunal sygeplejerske, men denne model – som er et kerneelement i ordningen – følges ikke altid. Borgere og pårørende, der har fået opfølgende hjemmebesøg, har været glade for tilbuddet.

Desuden kan nedenstående konklusioner fremhæves i relation til ordningens organisering, gennemførelse og udbytte.

Identificering af relevante borgere:

- Målgruppen for opfølgende hjemmebesøg er bredt defineret, hvilket ifølge praktiserende læger og kommunale sygeplejersker giver mulighed for at foretage et individualiseret fagligt skøn af behovet for opfølgende hjemmebesøg. Den brede målgruppe åbner samtidig op for forskellig tolkning af, hvem der skal have opfølgende hjemmebesøg, med tendens til, at de kommunale sygeplejersker tolker målgruppen bredere end de praktiserende læger.
- Der anvendes ikke rutinemæssigt standardiserede kliniske værktøjer til at identificere borgere, som tilbydes opfølgende hjemmebesøg.
- Kommunerne har meget forskellige fremgangsmåder til at identificere borgere til opfølgende hjemmebesøg.

Planlægning og gennemførelse af besøgene:

- Både praktiserende læge, kommunal sygeplejerske og hospitalspersonale kan tage initiativ til opfølgende hjemmebesøg. Selvom denne mulighed værdsættes af praktiserende læger og kommunale sygeplejersker, er der potentiel risiko for, at ingen tager ansvar for at foreslå besøg.
- Koordinering af et mødetidspunkt, hvor både praktiserende læge og kommunal sygeplejerske kan deltage, er en udfordring i gennemførelsen af opfølgende hjemmebesøg. Begge parter udviser fleksibilitet, men bl.a. forskellig organisering af arbejdstider skaber udfordringer.

- Der anvendes i mange tilfælde en fast struktur for emner, der gennemgås under opfølgende hjemmebesøg. Der er dog variation i den anvendte struktur.
- De gennemførte opfølgende hjemmebesøg opleves generelt som meningsfulde af de involverede sygeplejersker. De gode besøg forudsætter dog enighed om tidsrammen, at begge parter er forberedt og har et vist kendskab til borgeren, at den kommunale sygeplejerske har relevant erfaring og kompetence, og endelig at der tages fælles ansvar, og at der er en tydelig opgavefordeling – ikke mindst i forhold til opfølgning på besøgene.
- De opfølgende hjemmebesøg giver borgerne en oplevelse af mere tæt kontakt, særligt til den praktiserende læge, og praktiserende læger og kommunale sygeplejersker får samlet set bedre indsigt i borgerens situation.
- Deltagelse af pårørende styrker det opfølgende hjemmebesøg.

Den opfølgende kommunikation og snitflader til andre opfølgende ordninger:

- Der er overordnet tilfredshed med kommunikationen mellem praktiserende læger og kommunale sygeplejersker efter de opfølgende hjemmebesøg. Kommunikationen foregår primært via korrespondancemeddelelser.
- Praktiserende læger og kommunale sygeplejersker kan opleve uklarhed eller overlap til andre ordninger til målgruppen, der udgår fra hospitalssektoren (fx følge hjem-ordningen, udgående hospitalsteams eller ambulatorieforløb) og i mindre grad til øvrige ordninger i kommunalt regi og i regi af almen praksis.

Udbytte og bidrag til udskrivelsesforløb:

- Opfølgende hjemmebesøg skaber tryghed og sikkerhed for både praktiserende læge, kommunal sygeplejerske og borgere/pårørende.
- Samarbejdet mellem praktiserende læger og kommunale sygeplejersker er generelt godt, og opfølgende hjemmebesøg medvirker til at styrke samarbejdet.
- Opfølgende hjemmebesøg bidrager ifølge praktiserende læger og kommunale sygeplejersker til at forbedre udskrivningsforløbet, fordi der skabes afklaring og lægges en plan for det videre forløb, som alle – inkl. borger og pårørende – har hørt og kan følge.

Anbefalinger

- Der er fortsat behov for at udbrede kendskabet til ordningen med opfølgende hjemmebesøg, herunder hvilken betydning besøget har i udskrivelsesforløbet.
- Der er brug for fortsat fokus på, hvilke borgere det er relevant at tilbyde opfølgende hjemmebesøg, herunder hvordan man mest hensigtsmæssigt identificerer disse borgere.
- Der kan med fordel rettes fokus mod hospitalernes rolle i forhold til at præcisere behovet for opfølgende hjemmebesøg, og hvordan information herom mest hensigtsmæssigt videregives til primærsektoren.
- Opfølgende hjemmebesøg er én ordning blandt flere muligheder for at forbedre udskrivelse fra hospital. Der er brug for at se opfølgende hjemmebesøg i relation til andre opfølgende ordninger og sikre klarhed og koordinering mellem disse.
- Med henblik på at drage nytte af gode erfaringer vil det være relevant at understøtte erfaringsudveksling på tværs af kommunerne mellem kommunale sygeplejersker og praktiserende læger i forhold til udvælgelse af borgere, planlægning og gennemførelse af opfølgende hjemmebesøg.

Evalueringen peger derudover på en række relevante drøftelser i relation til ordningen med opfølgende hjemmebesøg, henholdsvis:

1. Om de faglige begrundelser for at anmode om opfølgende hjemmebesøg kan skærpes med henblik på at sikre det bedst mulige afsæt for at vurdere relevansen af besøget og give mulighed for forberedelse
2. Om ansvaret for at tage initiativ til besøg skal præciseres eller organiseres mere hensigtsmæssigt, så det er mere tydeligt, hvem der har dette ansvar
3. Om det i nogle tilfælde er acceptabelt at bevæge sig væk fra den oprindelige model med samtidig tilstedeværelse af praktiserende læger og kommunal sygeplejerske (eller anden person med de fornødne fagkompetencer), eller om der skal arbejdes på at mindske de barrierer, der er for samtidig tilstedeværelse hjemme hos borgeren.

Fremadrettet kan det desuden være relevant:

- At undersøge betydningen af pårørendes deltagelse i besøget
- At afprøve konkrete modeller i kontrollerede designs, hvor der er fastlagt klare retningslinjer og kriterier for udvælgelse – og medinddrage omkostningseffektivitet.

Metode og datamateriale

Evalueringen analyser og konklusioner er baseret på:

1. Indledende interview med 9 nøglepersoner med særligt indblik i og viden om opfølgende hjemmebesøg i Region Hovedstaden
2. Elektronisk spørgeskemaundersøgelse blandt 494 praktiserende læger (svarprocent 39) og 254 kommunale sygeplejersker (svarprocent 48) med tilknytning til udførelse af opfølgende hjemmebesøg
3. Fire gruppeinterview med kommunale sygeplejersker fra 19 kommuner og telefoninterview med 12 praktiserende læger
4. Ti interview med 9 borgere og 3 pårørende, som har deltaget i opfølgende hjemmebesøg.

1 Introduktion

Den ældre medicinske patient er et vigtigt fokusområde i regioner, kommuner og praktiserende lægers samarbejde omkring sammenhængende forløb i overgangen fra hospitalsindlæggelse til eget hjem. Til den ældre medicinske patient knytter der sig nogle særlige og komplekse problemstillinger i form af eksempelvis flere samtidige sygdomme, polyfarmaci og nedsat funktionsevne (Sundhedsstyrelsen 2016). Det betyder bl.a., at de ofte har samtidige tværfaglige og tværsektorielle forløb og risikerer at opleve problemer med manglende sammenhæng, unødige indlæggelser og genindlæggelser (ibid.). Disse problemstillinger bliver endnu tydeligere i takt med, at indlæggelsestiderne på hospitalerne falder og understreger behovet for, at regioner, kommuner og praktiserende læger sammen styrker overgangen fra hospitalsindlæggelse til eget hjem.

I Region Hovedstaden blev rammerne for en opfølgende indsats konkretiseret i Sundhedsaftalen 2011-2014 (Region Hovedstaden 2010). Der blev dels iværksat følge hjem- og ringe hjem-ordninger, hvor det er hospitalspersonale, der følger op på en indlæggelse¹, dels opfølgende hjemmebesøg, hvor det er praktiserende læger og kommunale sygeplejersker, der står for den opfølgende indsats. Ordningerne skal være med til at skabe sammenhængende forløb og tryk for borgerne i forbindelse med udskrivelse efter hospitalsophold og forebygge genindlæggelser (ibid.). Der er i Sundhedsaftalen ikke præciseret en koordinering mellem de to ordninger.

Opfølgende hjemmebesøg i Region Hovedstaden er målrettet skrøbelige (ældre) borgere² og indebærer, at borgerens egen praktiserende læge og en hjemmesygeplejerske fra kommunen sammen besøger den ældre borger efter udskrivelsen fra hospital. Sammen med borgeren følger egen læge og hjemmesygeplejen op på udskrivelsen og planlægger det videre forløb. Såvel hospitalspersonalet, hjemmesygeplejen som den praktiserende læge kan tage initiativ til et opfølgende hjemmebesøg (PLO-Hovedstaden, Region Hovedstaden 2013).

Det første danske randomiserede, kontrollerede forsøg med opfølgende hjemmebesøg (Glostrup-undersøgelsen) viste en positiv effekt på behandlingskvaliteten i form af, a) at egen læge fik bedre overblik over patienter, b) at der blev fulgt bedre op på anbefalinger i epikrisen, og c) risikoen for efterfølgende indlæggelser blev reduceret (23 % færre indlæggelser) (Jakobsen et al. 2007). Efterfølgende studier af effekten af opfølgende hjemmebesøg viser imidlertid ikke entydige resultater, og der er stor forskel på gennemførelsesprocenten³ fra hele 93 % i Glostrup-undersøgelsen (Jakobsen et al. 2007, Rytter et al. 2010) til mellem 14 % og 55 % i senere undersøgelser af opfølgende hjemmebesøg i ti forskellige kommuner, hvor de opfølgende hjemmebesøg blev afprøvet i en driftssituation (Jakobsen et al. 2007, Oxholm, Kjellberg 2012, Hendriksen, Vass 2015, Thygesen et al. 2015). Der er således udfordringer forbundet med at gennemføre besøgene. Opfølgende hjemmebesøg beskrives som en kompleks organisatorisk opgave, idet der er mange aktører involveret, som er indbyrdes afhængige af hinanden og samtidig sidder placeret i forskellige sektorer med forskellige organisations- og fagkulturer samt incitamentsstrukturer (Voss 2009, Hjelm 2010). Som forskerne bag Glostrup-undersøgelsen pegede på, så kræver det potentiale, der er i en sådan tværsektoriel ordning med fokus på patientens overgang fra hospital til eget hjem, en særlig opmærksomhed på snitfladeproblematikker, herunder koordinering af ansvarsområder (Jakobsen et al. 2007).

Undersøgelser viser også, at de involverede fagpersoner oplever opfølgende hjemmebesøg som en meningsfuld og relevant intervention, der kan adressere de problemstillinger, som sundhedsvæsenet står med i forhold til den sårbare ældre medicinske patient (Lehn et al. 2014,

¹ Følge hjem- og ringe hjem-ordningerne blev evalueret af KORA i 2016 (Madsen et al. 2016).

² Vurderingen af, om en borger kan betegnes som skrøbelig, skal vurderes af en erfaren kliniker ud fra helbredsmaessige, organisatoriske og eller/socialt kriterier (PLO-Hovedstaden, Region Hovedstaden 2013).

³ Andelen af de patienter, som fik tilbudt opfølgende hjemmebesøg, og faktisk fik et besøg.

Johannesen 2010). De opfølgende hjemmebesøg opleves ligeledes at give et mere systematisk og styrket samarbejde mellem praktiserende læger og den kommunale hjemmesygepleje (Hjelmar 2010, Johannesen 2010, Fokdal, Sørensen & Al-Najer 2013). Der peges også på udfordringer, fx i screening og identificering af relevante patienter (Johannesen 2010, Rossau et al. 2015, Lehn et al. 2015), ved koordinering af besøg mellem hjemmesygeplejerske og praktiserende læge, samt at få gennemført besøget forholdsvis kort tid efter udskrivelsen (Jakobsen et al. 2007, Lehn et al. 2014, Fokdal, Sørensen & Al-Najer 2013).

1.1 Formål

I § 2-aftalen om opfølgende hjemmebesøg mellem PLO Hovedstaden og Region Hovedstaden er det indskrevet, at ordningen skal evalueres. PLO Hovedstaden og Region Hovedstaden har bedt KORA forestå denne evaluering. De har ønsket en evaluering, der har et organisations- og borgerperspektiv, men ikke et effektperspektiv. Fokus er således på organisering af ordningen og samarbejdet på tværs af sektorer samt ordningens bidrag til et styrket udskrivelsesforløb og gode overgange mellem sektorer set fra forskellige interessenters synsvinkel, herunder borgerne. Det er dermed hensigten at bidrage med opmærksomhedspunkter til det videre arbejde med at organisere og gennemføre opfølgende hjemmebesøg i Region Hovedstaden.

Formålet med evalueringen er:

- At undersøge, hvordan ordningen bruges og vurderes af praktiserende læger og kommunale sygeplejersker
- At undersøge de muligheder og udfordringer, der opstår i det tværsektorielle arbejde mellem kommuner og praktiserende læger i forhold til:
 - Hvordan relevante borgere identificeres
 - Hvordan besøgene planlægges og gennemføres
 - Hvordan den opfølgende kommunikation efter besøgene fungerer
 - Om der er snitflader til andre opfølgende ordninger
- At undersøge erfaringer og oplevelser med, hvorvidt opfølgende hjemmebesøg bidrager til at styrke udskrivelsesforløbet og sikre god overgang mellem sektorer a) for borgere og pårørende, b) for praktiserende læger og c) for kommunerne.

1.2 Beskrivelse af ordningen

Med afsæt i Region Hovedstadens Sundhedsaftale for 2011-2014 blev der i 2011 indgået en § 2-aftale omkring honorering af de praktiserende læger i forbindelse med opfølgende hjemmebesøg efterfulgt af en revideret aftale i 2013 (PLO-Hovedstaden, Region Hovedstaden 2013, Hovedstadsregionens Praktiserende Læger, Region Hovedstaden 2011).

Formålet med aftalen er:

“... at etablere grundlag for et struktureret samarbejde mellem hospitalet, kommunens visitation og den kommunale sygepleje, hvor den praktiserende læge og hjemmesygeplejersken i fællesskab følger op på hospitalsudskrevne borgere med henblik på nedbringelse af antallet af tilbagefald og genindlæggelser og dermed bedre livskvalitet for borgere, der er nyudskrevne fra hospital”. (PLO-Hovedstaden, Region Hovedstaden 2013)

Målgruppen for opfølgende hjemmebesøg beskrives som skrøbelige (ældre) borgere⁴, der har været indlagt på hospital. Vurderingen af, om en borger er skrøbelig, beror på både helbredsmæssige, organisatoriske og/eller sociale kriterier (ibid.). Disse kriterier er ikke nærmere defineret i § 2-aftalen fra 2013. Kriterierne er uddybet i DSAM's vejledning om den ældre patient (se nedenstående boks).

Kriterier for opfølgende hjemmebesøg

Helbredsmæssige forhold:

- Patienter med nedsat funktion eller helbredsstatus i perioden før indlæggelsen
- Behov for stillingtagen til medicinændringer
- Kronisk eller alvorlig sygdom
- Tiltagende demens
- Terminale patienter

Organisatoriske problemstillinger

- Patienter med genindlæggelser
- Lang indlæggelsestid
- Større koordinationsbehov

Sociale kriterier

- Skrøbelige og usikre patienter
- Patienter med svagt eller intet netværk
- Enlige, hvor ægtefælle nyligt er død

Kilde: "Den ældre patient" (Dansk Selskab for Almen Medicin 2012: s. 24).

I § 2-aftalen fra 2011 var målgruppen afgrænset til *ikke* at omfatte:

- Borgere der udskrives til planlagt genindlæggelse
- Borgere der udskrives til rehabiliteringsophold
- Borgere med svær demens
- Borgere der udskrives til terminalpleje
- Borgere i fortsatte ambulante forløb i hospitalsregi (Hovedstadsregionens Praktiserende Læger, Region Hovedstaden 2011).

Det var endvidere et krav i den oprindelige aftale, at borgerne skulle udskrives til eget hjem, herunder plejebolig. Med revisionen af aftalen i 2013 blev målgruppen udvidet til også at omfatte ovenstående borgere samt borgere, der udskrives til midlertidige ophold på fx genoptræningscenter eller lignende (PLO-Hovedstaden, Region Hovedstaden 2013).

Af den gældende § 2-aftale om opfølgende hjemmebesøg fra 2013 fremgår det, at såfremt det findes relevant, aftales omfanget og datoen for et hjemmebesøg med deltagelse af borgeren, hjemmesygeplejersken, lægen og eventuelle pårørende (ibid.). Det fremgår endvidere, at såvel hospitalspersonale, hjemmesygesygeplejerske som praktiserende læge kan tage initiativ til et

⁴ 'Ældre' står i parentes for at anerkende, at hovedparten vil være ældre, men at der er mulighed for også at inkludere borgere, fx under 65 år, hvis de er skrøbelige og ellers opfylder kriterierne.

opfølgende hjemmebesøg. Når en udskrivende afdeling tager initiativ, beror besøgets aflægelse på, at kommune (hjemmesygeplejerske) og/eller praktiserende læge finder besøget relevant. I aftalen fra 2011 var det alene kommunen, der kunne tage initiativ til et opfølgende hjemmebesøg (Hovedstadsregionens Praktiserende Læger, Region Hovedstaden 2011).

I perioden 2013-2016 har der foregået en screening⁵ af patienter til opfølgende hjemmebesøg på de medicinske afdelinger på Herlev og Gentofte Hospitaler. Ordningen blev igangsat som et projekt i 2013 og omfattede ældre medicinske patienter (78+ år) med risiko for genindlæggelse. Hvis screeningsresultatet lå over et fastlagt niveau, blev der med patientens samtykke sendt en henvisning vedrørende opfølgende hjemmebesøg til hjemmesygeplejen i hjemkommunen. Den praktiserende læge modtog også en elektronisk orientering om henvisningen (Region Hovedstaden 2014, Sierks 2015). Projektet blev formelt afsluttet i 2016, men Medicinsk Afdeling på Herlev Hospital fortsatte med at screene. Ifølge Region Hovedstaden blev screeningsarbejde blev imidlertid nedprioriteret i forbindelse med indførelsen af Sundhedsplatformen i maj 2016.

Indholdet i det opfølgende hjemmebesøg

I 2-aftalen lægges der op til, at det opfølgende hjemmebesøg – ud fra en behovsvurdering – kan omfatte: a) medicingennemgang, b) generel helbreds-vurdering samt c) en vurdering af borgerens funktionsevne og d) sammen med hjemmesygeplejersken en vurdering af behovet for eventuel tilpasning af personlig eller praktisk hjælp, hjælpemidler og boligændringer (PLO-Hovedstaden, Region Hovedstaden 2013). Herudover foreligger der ikke fælles aftalte rammer for de opfølgende hjemmebesøg.

For at aftalen har virkning for borgerne i en kommune i Region Hovedstaden, skal kommunen have indgået aftale med regionen om opfølgende hjemmebesøg. Det har 27 ud af 29 kommuner gjort. Tårnby Kommune har tilsluttet sig aftalen om opfølgende hjemmebesøg for ganske nylig (efter dataindsamlingen til denne undersøgelse), mens Københavns Kommune endnu ikke er med i aftalen.

1.3 Rapportens opbygning

Rapporten er disponeret i syv kapitler:

- Kapitel 1 (dette kapitel) introducerer evalueringens formål og beskriver ordningen med opfølgende hjemmebesøg
- Kapitel 2 gennemgår de metoder og det empiriske materiale, som evalueringen er baseret på
- Kapitel 3 beskriver brugen af ordningen og praktiserende læger og kommunale sygeplejerskers vurdering af relevans og målgruppe
- Kapitel 4 omhandler procedurer, arbejdsgange og samarbejde omkring initiering, planlægning og gennemførelse af de opfølgende hjemmebesøg samt snitflader til andre opfølgende ordninger
- Kapitel 5 beskriver det udbytte, som praktiserende læger, kommunale sygeplejersker, borgere og pårørende oplever af opfølgende hjemmebesøg, herunder besøgenes bidrag til udskrivelsesforløbet

⁵ Til screeningen anvendes et skema, der er udviklet og gennemtestet i Region Midtjylland. Skemaet har fokus på generelle informationer om patienten såsom antal genindlæggelser det forudgående år, funktionstab, ernæring, årsager til indlæggelse, kognitive forstyrrelse, misbrug etc. (Region Hovedstaden 2014).

- Kapitel 6 præsenterer praktiserende læger og kommunale sygeplejerskers forslag til forbedringer af ordningen
- Kapitel 7 konkluderer og præsenterer en række anbefalinger til det videre arbejde med opfølgende hjemmebesøg i Region Hovedstaden.

2 Evalueringens metode og datamateriale

Evalueringen tager afsæt i fire delelementer, der tilsammen inddrager perspektiver fra de væsentligste hovedaktører i opfølgende hjemmebesøg, herunder hospitalsrepræsentanter, praktiserende læger, kommunale sygeplejersker, borgere og pårørende. De fire delelementer er:

1. Indledende interview med repræsentanter fra hospitalssektoren, den kommunale sektor og almen praksis
2. Elektronisk survey blandt kommunale sygeplejersker og praktiserende læger
3. Gruppeinterview med kommunale sygeplejersker og telefoninterview med praktiserende læger
4. Interview med borgere og pårørende.

De fire delelementer (se også Figur 2.1) beskrives mere dybdegående i det følgende, herunder det empiriske materiale der er indsamlet under hvert delelement.

Figur 2.1 Evalueringens fire delelementer

Indledende interview med nøglepersoner		
Survey: • Kommunale sygeplejersker • Praktiserende læger	Interview: • Kommunale sygeplejersker (gruppeinterview) • Praktiserende læger (telefoninterview)	Interview: • Borgere og pårørende (face-to-face, telefoninterview)

2.1 Indledende interview med nøglepersoner

Med henblik på at få et overordnet indblik i organisering og udførelse af opfølgende hjemmebesøg i Region Hovedstaden – og dermed kunne kvalificere de spørgsmål, som vi stiller de kommunale sygeplejersker, praktiserende læger, borgere og pårørende – blev der gennemført 9 telefoninterview med nøglepersoner fra hospitalssektoren, den kommunale sektor og almen praksis – tre interview for hver sektor. Nøglepersonerne blev valgt ud fra, at de havde et særligt indblik og viden om opfølgende hjemmebesøg i Region Hovedstaden. Nøglepersonerne er samtidig udvalgt således, at de kommer fra forskellige af regionens planområder. Planområderne udgør det geografiske område, som regionens hospitaler forventes at få patienter fra og er opdelt i henholdsvis Planområde Nord, Planområde Midt, Planområde Byen og Planområde Syd (Region Hovedstaden 2015). Bilag 1 viser en oversigt over, hvilke hospitaler og kommuner der indgår i de forskellige planområder. Overordnede oplysninger om de interviewede nøglepersoner fremgår af Tabel 2.1.

Tabel 2.1 Interviewede nøglepersoner

Sektor	Nøglepersoner
Hospitalssektoren	Ledende overlæge på Medicinsk Afdeling
	Oversygeplejerske på Medicinsk Afdeling
	Chef for patientforløbsenhed
Kommunal sektor	Samordningsleder, Sundheds- og Omsorgsafdelingen
	Afdelingsleder for hjemmesygeplejen
	Kvalitetsudviklingschef og kvalitetskoordinator
Almen praksis	Praktiserende læge, bruger af ordningen og formand for lokalt lægelaug
	Pensioneret praktiserende læge, involveret i den første afprøvning af opfølgende hjemmebesøg
	Praktiserende læge, bruger ikke ordningen med opfølgende hjemmebesøg

Fokus i interviewene var på den overordnede organisering af opfølgende hjemmebesøg med følgende hovedtemaer:

- Hvor er ordningen forankret?
- Hvem er målgruppen for ordningen, og hvordan identificeres borgere inden for målgruppen?
- Hvordan initieres besøg?
- Hvilke procedurer og barrierer er der for at aflægge besøg?

På baggrund af interview med nøglepersonerne blev der udarbejdet et kort notat, som opsamlede de væsentligste indsigter fra interviewene til brug i den videre dataindsamling. Dette blev efterfølgende brugt som afsæt for udarbejdelse af interviewguides og spørgeskemaer.

PLO-Hovedstaden og Region Hovedstadens Center for Sundhed, Enhed for Tværsektoriel Udvikling, stod for at udpege nøglepersoner fra de tre sektorer og lave interviewaftaler med disse. Interviewene blev gennemført i september og oktober 2016.

Personale fra regionens hospitaler er ikke inddraget i de øvrige dele af undersøgelsen. Dette skyldes, at hospitalspersonalet ikke har været direkte involveret i ordningen på nær Herlev og Gentofte Hospitaler, som har screenet patienterne i forhold til behovet for opfølgende hjemmebesøg. Screeningsarbejdet har dog som tidligere nævnt været nedprioriteret grundet indførelsen af Sundhedsplatformen.

2.2 Survey

For at få et overordnet og bredere indblik i brugen af ordningen med opfølgende hjemmebesøg, rutiner omkring identificering af borgere, gennemførelse af besøgene mv. er der gennemført en survey-undersøgelse blandt praktiserende læger i Region Hovedstaden og kommunale medarbejdere med tilknytning til udførelse af opfølgende hjemmebesøg i kommunerne i Region Hovedstaden.

Spørgeskemaundersøgelsen havde til formål at belyse rutiner ved identificering af borgere samt planlægning og gennemførelse af opfølgende hjemmebesøg, eventuelle barrierer for at gennemføre besøgene samt samarbejde og samspil mellem kommuner og praktiserende læger

omkring afvikling af besøg. Spørgeskemaet indeholdt endvidere spørgsmål om svarpersonernes vurdering af relevansen af de opfølgende hjemmebesøg i forhold til målgruppen.

Rekruttering af deltagere til surveyen

Alle almene lægepraksis i Region Hovedstaden blev inviteret til at deltage i undersøgelsen med undtagelse af et tilfældigt udvalg af de praksisser, som var blevet inviteret til at deltage i en nylig gennemført spørgeskemaundersøgelse vedrørende forløbsprogram for lænderyglidelser. De blev frasorteret for ikke at blive overbebyrdet med spørgeskemaer (svarende til 150 lægepraksis). Også praktiserende læger med praksis i Københavns og Tårnby Kommuner blev inviteret. Selvom de to kommuner ikke har indgået en aftale om opfølgende hjemmebesøg med Region Hovedstaden, har praktiserende læger med praksis i disse kommuner indberettet, at de har brugt ydelsen 'opfølgende hjemmebesøg'⁶. I alt 494 praktiserende læger blev inviteret til at deltage i undersøgelsen af opfølgende hjemmebesøg. Det skete ved, at PLO-Hovedstaden til de praktiserende læger udsendte en mail med link til et elektronisk spørgeskema.

De praktiserende læger oprettede sig selv i det elektroniske spørgeskema, og KORA kunne således ikke identificere, hvem der havde udfyldt skemaet, og hvem der ikke havde. Derfor blev der efter et par uger udsendt en ny mail til alle praktiserende læger, som var inviteret til at deltage i undersøgelsen, med en opfordring til dem, der ikke havde udfyldt skemaet, om at gøre det.

Kommunale medarbejdere blev rekrutteret ved, at Region Hovedstaden henvendte sig til 27 af de 29 kommuner, som på det tidspunkt havde indgået aftale med Region Hovedstaden om opfølgende hjemmebesøg. Således er kommunale medarbejdere fra Tårnby og Københavns Kommuner ikke inddraget i undersøgelsen⁷. Kommunerne blev bedt om at udpege alle medarbejdere, der er tilknyttet opfølgende hjemmebesøg. Dragør Kommune indsendte som den eneste kommune ikke navne med den begrundelse, at de ikke laver opfølgende hjemmebesøg. I de øvrige 26 kommuner var det forskelligt, hvor mange medarbejdere de enkelte kommuner meldte ind til at deltage i undersøgelsen. Nogle kommuner sendte en liste med navne og kontaktoplysninger på et stort antal medarbejdere – i et enkelt tilfælde alle sygeplejersker ansat i hjemmeplejen og på plejeboligområdet, mens et par kommuner alene fremsendte navne på to-tre medarbejdere⁸. For at nogle kommuner ikke skulle komme til at dominere undersøgelsens resultat alt for meget, blev der i de tilfælde, hvor en kommune havde fremsendt mere end 20 navne, tilfældigt udtrukket 20 til at deltage i undersøgelsen. I alt blev 254 kommunale medarbejdere inviteret til at deltage i undersøgelsen. Mails med link til det elektroniske spørgeskema blev udsendt til svarpersonerne i november 2016. Påmindelser om at svare blev udsendt til kommunale svarpersoner, som ikke havde svaret efter den første invitation, ad to omgange.

Opgørelse af svarprocent og besvarelser

Svarprocenten for henholdsvis praktiserende læger og kommunale medarbejdere er opgjort i Tabel 2.2.

⁶ Der er eksempler på, at praktiserende læger har angivet, at kommunale medarbejdere har deltaget i opfølgende hjemmebesøg. Det må antages, at kommunale medarbejdere fra de to kommuner har kategoriseret besøget som blandt deres eksisterende opgaver. De praktiserende læger fra de to kommuner kan også have patienter bosiddende i andre kommuner, hvor der er indgået aftale om opfølgende hjemmebesøg.

⁷ Der kan godt være borgere i disse kommuner, som har fået gennemført opfølgende hjemmebesøg, da praktiserende læger med praksis i de to kommuner som nævnt har indberettet, at de har brugt ydelsen 'opfølgende hjemmebesøg', og besøgene kan også have været med deltagelse af en kommunal medarbejder.

⁸ Dette afspejler formentlig, at det er forskelligt, hvordan kommunerne har organiseret arbejdet med opfølgende hjemmebesøg, herunder om besøgene er fordelt på få eller mange medarbejdere. Det kan også afspejle, at kommunerne har prioriteret forskelligt i forhold til at afsætte ressourcer til at lade deres medarbejdere bruge tid på at deltage i undersøgelsen.

Tabel 2.2 Svarprocent i spørgeskemaundersøgelse (procent)

	Praktiserende læge	Kommunal sygeplejerske	Total
Ikke gennemført	61	52	58
Nogen svar	4	3	4
Gennemført	35	45	38
Total	(494) 100	(254) 100	(748) 100

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Samlet set blev spørgeskemaet distribueret til 748 svarpersoner, hvoraf 494 var praktiserende læger, og 254 var kommunale medarbejdere. 39 % af de praktiserende læger har svaret på hele eller dele af spørgeskemaet, hvilket betyder, at 192 praktiserende læger har deltaget i undersøgelsen. 48 % eller 122 af de kommunale sygeplejersker har svaret på hele eller dele af spørgeskemaet. KORA modtog ingen svar fra kommunale sygeplejersker fra Albertslund, Glostrup og Helsingør Kommuner.

Tabel 2.3 viser fordelingen af svarpersonernes stilling i spørgeskemaundersøgelsen.

Tabel 2.3 Svarpersonernes stilling

	Antal	Procent
Praktiserende læge	192	61
Hjemmesygeplejerske	85	27
Sygeplejerske ansat ved plejebolig	20	6
Social- og sundhedsassistent i hjemmeplejen	2	1
Social- og sundhedsassistent ansat ved plejeboliger	4	1
Andet	11	4

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

61 % af svarpersonerne i spørgeskemaundersøgelsen er praktiserende læger. Langt de fleste af de kommunale svarpersoner er ansat som hjemmesygeplejerske. De udgør 27 % af svarpersonerne i spørgeskemaet. 4 % har svaret andet og har herunder angivet stilling som sygeplejerske ved træningscenter eller rehabiliteringsafdeling. Da hovedparten af de kommunale medarbejdere, der har besvaret surveyen, er sygeplejersker (116 ud af 122, svarende til 95 %), bruges herefter betegnelsen 'kommunale sygeplejersker' om de kommunale medarbejdere, som har besvaret surveyen.

Tabel 2.4 viser, hvilket planområde de kommunale sygeplejersker, som har besvaret spørgeskemaet, er ansat i, og hvor de praktiserende læger, som har besvaret spørgeskemaet, har deres praksis⁹. Se eventuelt Bilag 1 for en oversigt over, hvilke kommuner der hører under hvilke planområder.

⁹ Bornholms Regionskommune har en særlig status på grund af øens geografiske placering, men hospitalerne i Planområde Byen dækker en række behandlinger for bornholmerne. I surveyen har vi lagt besvarelser fra kommunale sygeplejersker i Bornholms Regionskommune og praktiserende læger med praksis i denne kommune ind under Planområde Byen.

Tabel 2.4 Praktiserende læger og kommunale sygeplejersker fordelt efter planområde (procent)

	Praktiserende læge	Kommunal sygeplejerske	Total
Planområde Nord	14	19	16
Planområde Midt	32	44	37
Planområde Byen	40	11	28
Planområde Syd	14	26	19
Total	(192) 100	(122) 100	(314) 100

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Der er samlet set god geografisk spredning af praktiserende læger og kommunale sygeplejersker på tværs af planområderne. Flest praktiserende læger i undersøgelsen har praksis i Planområde Midt eller Byen¹⁰ og en lidt mindre andel i Planområde Nord og Syd. Alle planområder er dog repræsenteret med et tilfredsstillende antal praktiserende læger. Flest kommunale sygeplejersker er ansat i en kommune i Planområde Midt og lidt færre i Planområde Syd og Nord. I Planområde Byen indgår alene besvarelser fra kommunale sygeplejersker ansat i Frederiksberg Kommune eller Bornholms Regionskommune.

Analyseltilgang

Vi har primært lavet deskriptive analyser på baggrund af survey-besvarelser. I de tilfælde, hvor vi har fundet det relevant at sammenligne besvarelser fra de praktiserende læger med de kommunale sygeplejerskers eller med besvarelser fra fagpersonerne i de fire planområder i Region Hovedstaden, har vi brugt test til at afdække, om der er en statistisk signifikant forskel i besvarelserne.

2.2.1 Interview med kommunale sygeplejersker og praktiserende læger

Tredje del af dataindsamlingen har bestået af fire gruppeinterview med kommunale sygeplejersker og 12 telefoninterview med praktiserende læger. Interviewmetoden giver mulighed for at dykke mere ned i, hvordan rutiner, samarbejde, kommunikation mv. opleves, og hvorfor noget fungerer godt eller mindre godt (Tanggaard, Brinkmann 2015).

Interviewene skulle skabe indsigt i, hvordan praktiserende læger og kommunale sygeplejersker oplever det tværsektorielle samarbejde i forbindelse med opfølgende hjemmebesøg, og hvordan ordningen opleves at bidrage til at skabe sammenhæng for borgerne i udskrivelsesforløbet. Interviewene fulgte den samme skabelon med følgende fokuspunkter:

- Hvordan er arbejdsgangene omkring identificering af relevante borgere samt initiering, planlægning og afholdelse af besøgene set fra kommunale sygeplejersker og praksislægeres perspektiv?
- Hvornår og hvorfor anvendes ordningen?
- Hvordan oplever kommunale sygeplejersker og praksislæger, at ordningen bidrager til at skabe sammenhæng i udskrivningsforløbet og kvaliteten for borgeren/pårørende?
- Hvordan opleves samarbejdet med samarbejdspartnere (henholdsvis kommune, almen praksis og hospital)?
- Hvilke aftaler/handlinger iværksættes som følge af opfølgende hjemmebesøg, og hvordan følges der efterfølgende op på, om aftaler effektueres?

¹⁰ Alle praktiserende læger med praksis i Københavns Kommune er i denne undersøgelse placeret i Planområde Byen.

- Hvordan opleves snitfladerne til lignende ordninger i kommunerne og på hospitalerne (fx følge hjem- og ringe-hjem-ordningerne)?

Interview med de kommunale sygeplejersker blev arrangeret som gruppeinterview, således at alle de 27 kommuner, som har indgået aftale med Region Hovedstaden om opfølgende hjemmebesøg, kunne være repræsenteret. Gruppeinterview giver mulighed for, at interviewdeltagere kan inspirere hinanden til udvidede perspektiver og for videndeling på tværs af deltagerne (Halkier 2015). Gruppeinterviewene blev arrangeret af Region Hovedstadens Center for Sundhed, Enhed for Tværsektoriel Udvikling, som meldte datoer og tidspunkter ud for de fire interview. Hver kommune blev bedt om at udpege en medarbejder tilknyttet opfølgende hjemmebesøg til at deltage i et gruppeinterview af 1½ times varighed. De deltagende kommuner i de fire gruppeinterview fremgår af Tabel 2.5. Hovedparten af interviewpersonerne var hjemmesygeplejersker (11 personer). Derudover var der to sygeplejersker ansat på plejecentre, to kvalitetskoordinatorer, to udviklingssygeplejersker, en enkelt forløbskoordinator og en leder af hjemmesygeplejen – alle med sygeplejefaglig baggrund.

Tabel 2.5 Deltagende kommuner i gruppeinterview

Gruppeinterview 1 (Herlev Hospital)	Gruppeinterview 2 (Hvidovre Hospital)	Gruppeinterview 3 (Gentofte Hospital)	Gruppeinterview 4 (Regionsgården Hillerød)
Herlev	Ishøj	Frederiksberg	Halsnæs
Ballerup	Brøndby	Allerød	Gribskov
Egedal	Albertslund	Hørsholm	Hillerød
Furesø	Vallensbæk	Lyngby-Taarbæk	
Høje-Taastrup		Gladsaxe	
Gentofte			
Rødovre			

Note: Følgende kommuner er ikke repræsenteret i denne del af undersøgelsen: Hvidovre, Rudersdal, Frederikssund, Fredensborg, Bornholm, Dragør, Glostrup og Helsingør.

I gruppeinterviewene deltog repræsentanter for 19 af de 27 kommuner, som har indgået aftale om opfølgende hjemmebesøg med Regions Hovedstaden¹¹.

Interview med de praktiserende læger blev gennemført som telefoninterview, da det erfaringsmæssigt er vanskeligt at samle lægerne til længerevarende gruppeinterview. Med henblik på også at få belyst, hvad der har betydning for, at man ikke bruger ordningen, blev der ud over interview med praktiserende læger, der bruger ordningen (8 telefoninterview), også gennemført interview med praktiserende læger, som ikke bruger ordningen (4 telefoninterview). De interviewede læger var henholdsvis 8 mænd og 4 kvinder. Én havde været praktiserende læge i mindre end 5 år, 6 imellem 10-20 år og 2 i over 20 år. Af Tabel 2.6 fremgår, i hvilke kommuner de interviewede læger har praksis, og hvilken form for praksis de sidder i.

¹¹ Tre af de ikke-deltagende kommuner meldte fra til interview med begrundelsen, at de enten ikke gennemførte opfølgende hjemmebesøg (Dragør Kommune) eller ikke havde ressourcer til at deltage i interview (Helsingør og Glostrup Kommuner). Fire kommuner blev forhindret i at deltage i de aftalte interview, og en enkelt kunne ikke deltage på grund af tekniske udfordringer med videokonferenceudstyr (Bornholms Kommune).

Tabel 2.6 Placering af de interviewede praktiserende lægers praksis (kommuner) og praksisform

	Interviewede læger, der bruger ordningen (otte)	Interviewede læger, der ikke bruger ordningen (fire)
Placering af praksis	Glostrup Rudersdal Hvidovre Bornholm Frederiksberg Gladsaxe Fredensborg Helsingør	Glostrup Høje-Taastrup Lyngby-Taarbæk København
Praksisform	6 i kompagniskabspraksis 1 i solopraksis	2 i kompagniskabspraksis 1 i samarbejdspraksis 1 i solopraksis

Med de 12 interview har det ikke været muligt eller hensigten at dække alle kommuner i regionen. Sigtet har været at få forskellige perspektiver på brug henholdsvis ikke-brug af ordningen, herunder at få repræsenteret læger, der har praksis i forskellige kommuner i regionen.

Blandt de interviewede praktiserende læger, der ikke bruger ordningen, var en enkelt praksis i Københavns Kommune. Denne kommune har ikke indgået aftale med regionen om opfølgende hjemmebesøg. Det blev alligevel vurderet relevant at lave interview med en læge med praksis i Københavns Kommune, da de praktiserende læger godt kan gennemføre opfølgende hjemmebesøg, selvom kommunen ikke har indgået aftale med regionen. Som det senere vil fremgå, er der en del læger med praksis i Københavns Kommune, som bruger ydelsen opfølgende hjemmebesøg¹².

I udvælgelsen blev der sigtet mod at få repræsenteret ydernumre fra alle fire planområder i regionen, solo- og kompagniskabspraksis samt læger, der benyttede henholdsvis ikke benyttede ordningen. Der blev trukket data for indberettede registreringer for brugen af ordningen på ydernummer og lavet udtræk for at dække forskellig brug af ordningen. PLO-Hovedstaden stod for at tage den første kontakt til lægerne, der ikke brugte ordningen. Region Hovedstadens Center for Sundhed, Enhed for Tværsektoriel Udvikling, stod for al kontakt til brugerne og den konkrete planlægning af alle interview.

Gruppeinterviewene med kommunerne blev gennemført i starten af november 2016 og telefoninterview med praktiserende læger i slutningen af november/starten af december 2016.

Interviewene med kommunale sygeplejersker og praktiserende læger er udskrevet og kodet tematisk i analyseprogrammet NVivo.

2.2.2 Interview med borgere og pårørende

Fjerde del af dataindsamlingen bestod af interview med borgere og pårørende med henblik på at belyse deres oplevelse og erfaringer med opfølgende hjemmebesøg, herunder:

- Borgere og pårørendes oplevelse af den information, de har modtaget om det opfølgende hjemmebesøg
- Om borgere og pårørende oplevede, at der blev taget højde for deres dagsorden

¹² Det kan fx være til patienter, der bor i nabokommunerne, eller fordi kommunens medarbejdere deltager på andet grundlag end aftalen om opfølgende hjemmebesøg med Region Hovedstaden.

- Hjemmebesøgets betydning for borgere og pårørendes oplevelse af tryghed ved at komme hjem efter indlæggelsen
- Hjemmebesøgets betydning for borgere og pårørendes oplevelse af sammenhæng i borgernes forløb, herunder viden om, hvad der skal ske i det videre forløb og hjemmebesøgets eventuelle samspil med lignende initiativer.

Der er udført interview i to faser, henholdsvis 4 indledende face-to-face-interview og efterfølgende 6 telefoninterview – i alt 10 interview. Face-to-face-interviewene er gennemført i borgernes hjem og om muligt med deltagelse af pårørende (det skete i to tilfælde). En af borgerne var på genoptræningsophold, og interviewet blev derfor afholdt på genoptræningscenteret. Face-to-face-interviewene er gennemført som relativt åbne interview ud fra en semi-struktureret interviewguide, hvor borger og pårørende fik lejlighed til at beskrive forløbet fra udskrivelse og hjemkomst, herunder det opfølgende hjemmebesøg¹³.

Telefoninterviewene var mere strukturerede og af kortere varighed. På baggrund af face-to-face-interviewene blev interviewguiden revideret, således at spørgsmål, der fungerede mindre godt, blev udeladt eller omformuleret, mens enkelte spørgsmål blev tilføjet ud fra de problematikker, der optrådte i de indledende interview. Af Tabel 2.7 fremgår det, hvor mange borgere og pårørende der samlet set er interviewet.

Tabel 2.7 Oversigt over antal interview og interviewede borgere/pårørende

	Interview	Interviewdeltagere	
		Borgere	Pårørende
Face-to-face-interview	4	4	2
Telefoninterview	6	5	1
I alt	10	9	3

Note: De interviewede borgere/pårørende var bosat i henholdsvis Hørsholm, Gladsaxe, Gribskov, Ballerup og Frederiksberg Kommuner.

De ti interview blev gennemført mellem 4 og 33 dage efter det opfølgende hjemmebesøg. Fire interview er gennemført under 5 dage efter besøget, to interview er gennemført henholdsvis 9 og 10 dage efter besøget, og tre interview er gennemført mellem 27 og 33 dage efter det opfølgende hjemmebesøg.

Ud over de seks telefoninterviewede var der kontakt til to borgere yderligere, men de kunne ikke overskue at deltage i interview. I udgangspunktet var det planen at gennemføre op til 14 telefoninterview (8 med borgere og 4-6 med pårørende), men det lykkedes ikke at få kontakt til flere inden for undersøgelsens tidsramme. Det var bl.a. svært at rekruttere borgere inden for målgruppen, som samtidig var kognitivt i stand til at blive interviewet.

Region Hovedstadens Center for Sundhed, Enhed for Tværsektoriel Udvikling, stod for at skabe kontakt til relevante kommunale kontaktpersoner, som kunne medvirke til at finde borgere og/eller pårørende til interview. Kommunerne blev bedt om at indhente enten skriftligt eller mundtlig samtykke til interview, hvorefter KORA tog kontakt til de pågældende borgere og/eller pårørende og lavede interviewaftaler. Ved face-to-face-interviewene var to kommuner behjælpelige med at finde borgere og pårørende til interview. Ved telefoninterviewene blev der først taget kontakt til fire kommuner, der kunne være behjælpelige med at finde borgere/pårørende,

¹³ Det lykkedes ikke at få indhentet oplevelser og erfaringer med opfølgende hjemmebesøg ved det ene af disse face-to-face-interview, da borgeren ikke kunne erindre at have haft besøg og i øvrigt var svært at få til at svare på spørgsmål.

der havde haft et opfølgende hjemmebesøg, var kognitivt i stand til at deltage i et telefoninterview og ville give samtykke til at blive interviewet. Da det gik trægt med at finde borgere, der kunne og ville deltage i interview, inddrog Region Hovedstaden alle kommuner i at finde borgere til telefoninterviewene.

Face-to-face-interviewene blev gennemført i starten af oktober 2016. Telefoninterviewene blev gennemført sidst i november 2017.

Interviewene med borgere og pårørende er udskrevet og kodet tematisk i analyseprogrammet NVivo.

2.3 Undersøgelsens udsigelseskraft

Med kombinationen af survey og interview med praktiserende læger og kommunale sygeplejersker er det vores vurdering, at undersøgelsen giver et rimeligt dækkende billede af forskellige erfaringer, udfordringer og oplevede fordele ved at gennemføre opfølgende hjemmebesøg i Region Hovedstaden.

Survey-besvarelser skal betragtes som en indikator for erfaringer og vurderinger af opfølgende hjemmebesøg blandt praktiserende læger og kommunale sygeplejersker, idet svarprocenterne er relativt lave. Interviewene med praktiserende læger og kommunale sygeplejersker supplerer og nuancerer surveyens resultater. Den strategiske udvælgelse af praktiserende læger til interview, der både bruger og ikke bruger ordningen, variation i hvor mange år de har været i almen praksis, og hvor praksis er placeret geografisk, har sikret, at forskellige perspektiver blev repræsenteret. Det ville have været optimalt, hvis alle kommuner havde været repræsenteret i gruppeinterviewene. Vi vurderer dog, at deltagelse af 19 ud af 27 kommuner er tilfredsstillende.

Tre kommuner er ikke repræsenteret med kommunale sygeplejersker i hverken survey eller gruppeinterview – det drejer sig om Dragør, Glostrup og Helsingør Kommuner. Vi har dog ingen forventning om, at erfaringerne i disse kommuner er væsentligt anderledes end i de øvrige kommuner. Vi mener således ikke, at fraværet af disse kommuner har nogen betydning for analysens konklusioner.

Data om borgere og pårørendes perspektiv er forholdsvis spinkelt, og der er formentlig selektion i, hvem der kan overkomme at deltage i interview inden for målgruppen af skrøbelige borgere, som har været indlagt på hospital. Der må således tages forbehold for udsigelseskraften af borgere og pårørendes oplevelser og erfaringer med opfølgende hjemmebesøg.

3 Brug og vurdering af ordningen

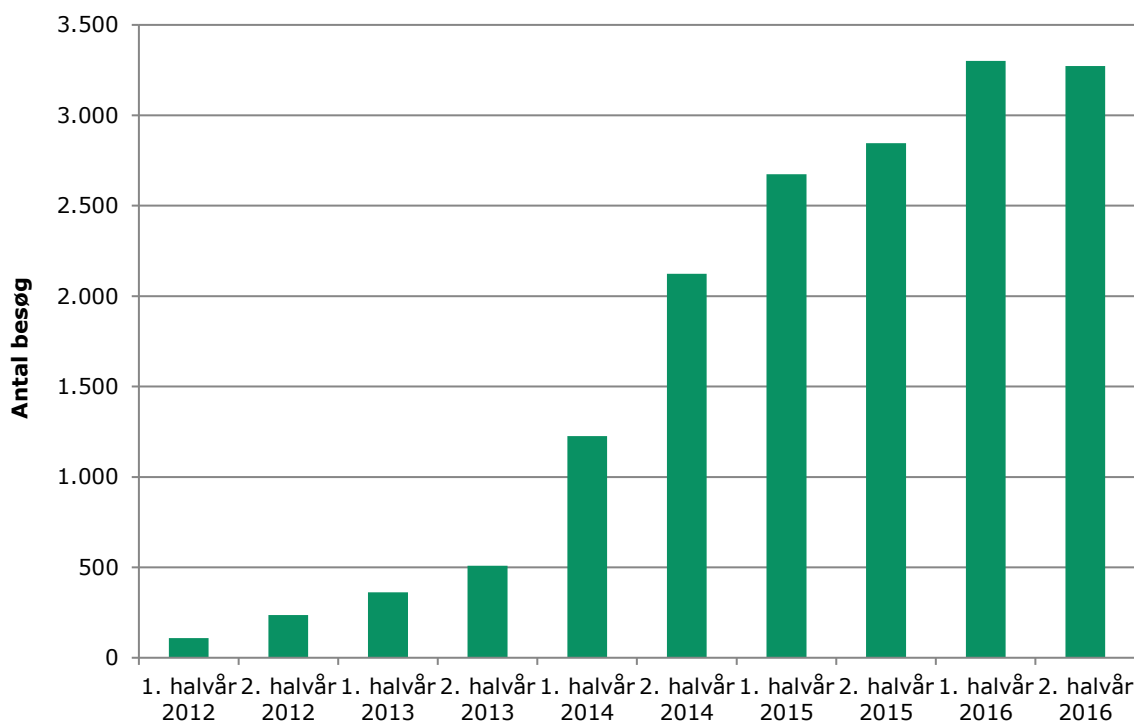
I dette kapitel undersøger vi, i hvilket omfang ordningen bruges, samt hvad der kan bidrage til at forklare henholdsvis brug og ikke-brug af ordningerne. Vi ser først på, i hvilken omfang ordningen bruges (afsnit 3.1). Dernæst ser vi på praktiserende læger og kommunale sygeplejerskers begrundelser for ikke at bruge ordningen (afsnit 3.2), vurdering af ordningens relevans (afsnit 3.3) og målgruppe (afsnit 3.4). Endelig ser vi på, i hvilket omfang besøgene gennemføres som foreskrevet med samtidig tilstedeværelse af praktiserende læge og kommunal sygeplejerske (afsnit 3.5).

3.1 I hvilket omfang bruges ordningen?

I dette afsnit belyser vi, i hvilket omfang ordningen bruges, ved hjælp af opgørelser af de praktiserende lægers registrering af § 2-ydelsen tilknyttet opfølgende hjemmebesøg leveret af Region Hovedstaden samt surveydata.

Lægernes registreringer kan give os et indblik i, hvordan brugen af ordningen har udviklet sig over en årrække. Figur 3.1 viser, at antallet af registrerede opfølgende hjemmebesøg er steget fra lidt over 100 besøg i 1. halvår 2012 til knap 3.300 besøg i 2. halvår 2016.

Figur 3.1 Antal registrerede opfølgende hjemmebesøg i Region Hovedstaden, 1. halvår 2012 til 2. halvår 2016



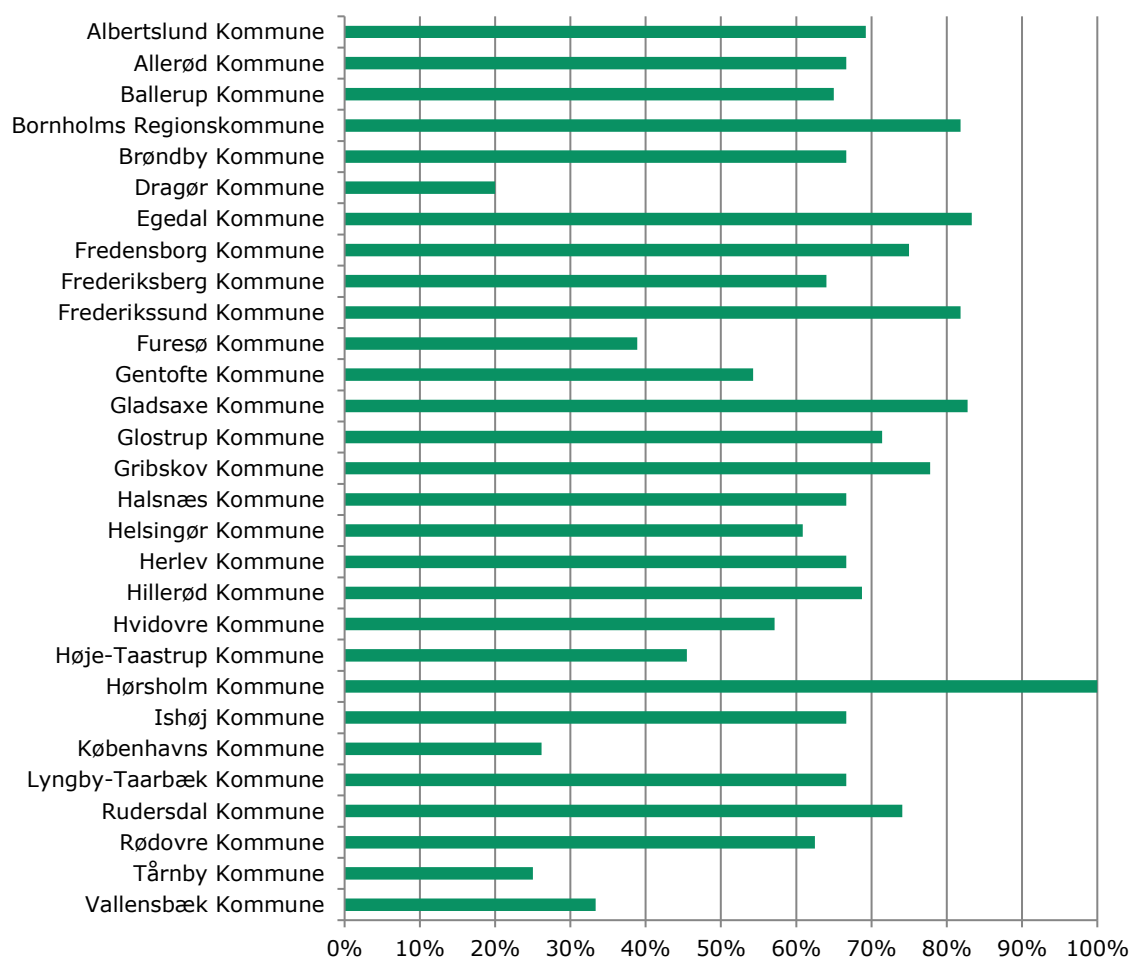
Note: Opgørelsen er baseret på praktiserende lægers registrering af § 2-ydelser relateret til opfølgende hjemmebesøg pr. ydernummer. Fra juli 2014 kunne praktiserende læger også bruge ydelsen i forbindelse med besøg i hjemmet i palliative forløb (Region Hovedstaden, PLO Hovedstaden 2014). Tallene er renset for ydelser relateret til palliative forløb ved at frasortere de forløb, hvor der er tilknyttet en tryghedspakke. Tryghedspakken udleveres ofte ved palliative forløb.

Kilde: Opgørelser fra Region Hovedstaden.

Antallet af opfølgende hjemmebesøg er mere end fordoblet fra 2. halvår 2013 til 1. halvår 2014 og er tæt på fordoblet fra 1. halvår 2014 til 2. halvår 2014. I 1. og 2. halvår 2015 ligger antallet af opfølgende hjemmebesøg nogenlunde stabilt på omkring 2.700 besøg pr. halvår for så at stige til omkring 3.300 besøg i 1. og 2. halvår 2016.

Opgørelser fra Region Hovedstaden viser også, at der for 51 % af ydernumrene er registreret opfølgende hjemmebesøg i 1. halvår af 2016. Af Figur 3.2 fremgår det, at denne andel varierer, alt efter i hvilken kommune ydernummeret er placeret. For eksempel er der for alle ydernumre i Hørsholm Kommune registreret opfølgende hjemmebesøg i 1. halvår 2016, og i Dragør Kommune er det 20 %. Vi ser også, at der for 26 % og 25 % af ydernumrene i henholdsvis Københavns og Tårnby Kommuner er registreret opfølgende hjemmebesøg, selvom der på daværende tidspunkt ikke var indgået aftale herom med de to kommuner. Besøgene kan dog godt være gennemført med deltagelse af en kommunal sygeplejerske.

Figur 3.2 Andelen af ydernumre med registrering af opfølgende hjemmebesøg fordelt på de 29 kommuner i Region Hovedstaden, 1. halvår 2016



Note: Opgørelsen er baseret på praktiserende lægers registrering af § 2-ydelser relateret til opfølgende hjemmebesøg pr. ydernummer. Fra juli 2014 kunne praktiserende læger også bruge ydelser i forbindelse med besøg i hjemmet i palliative forløb (Region Hovedstaden, PLO Hovedstaden 2014). Tallene er renset for ydelser relateret til palliative forløb ved at frasortere de forløb, hvor der er tilknyttet en tryghedspakke. Tryghedspakken udleveres ofte ved palliative forløb.

Fordelingen på kommuneniveau tager afsæt i, hvor ydernummeret er placeret. De praktiserende læger kan have patienter i andre kommuner end den, hvor ydernummeret ligger, og dermed have gennemført opfølgende hjemmebesøg i andre kommuner. Dette har der ikke kunnet tages højde for i opgørelsen.

Kilde: Opgørelser fra Region Hovedstaden.

I surveyen har vi spurgt ind til praktiserende læger og kommunale sygeplejerskers vurdering af, hvor mange opfølgende hjemmebesøg de har deltaget i inden for det seneste år¹⁴. Tabel 3.1 viser svarene herpå.

Tabel 3.1 Praktiserende læger og kommunale sygeplejerskers skøn over, hvor mange opfølgende hjemmebesøg de har deltaget i inden for det seneste år (procent)

	Praktiserende læge	Kommunal sygeplejerske
1-2	14	30
3-5	29	19
6-10	30	14
Mere end 10	10	14
Ingen	16	22
Ved ikke	2	2
Total	100	100
Antal	191	118

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Hovedparten af de praktiserende læger (83 %), som har besvaret spørgeskemaet, har deltaget i mindst ét opfølgende hjemmebesøg inden for det seneste år. De 8 interviewede praktiserende læger, der bruger ordningen, fortæller, at de har deltaget i opfølgende hjemmebesøg mellem 1-4 gange om måneden. Et stort flertal af de kommunale sygeplejersker (77 %) har ligeledes deltaget i mindst et opfølgende hjemmebesøg inden for det seneste år.

3.2 Begrundelser for manglende brug af ordningen

Tabel 3.1 viser, at cirka hver sjette praktiserende læge og hver femte kommunale sygeplejerske i undersøgelsen slet ikke har deltaget i et opfølgende hjemmebesøg inden for det seneste år. For at undersøge, hvilke barrierer der eventuelt kan være for at gøre brug af ordningen med opfølgende hjemmebesøg, har vi i både survey og interview bedt praktiserende læger og kommunale sygeplejersker uddybe årsagerne til, at de ikke bruger ordningen. Vi har ligeledes spurgt, om svarpersonerne har afvist at deltage i opfølgende hjemmebesøg efter anmodning fra enten kommunal sygeplejerske eller praktiserende læge, hvorefter vi har bedt dem uddybe begrundelsen herfor.

Årsag til ikke at deltage i opfølgende hjemmebesøg – praktiserende læger

I surveyen bad vi de svarpersoner, som ikke havde deltaget i opfølgende hjemmebesøg inden for det seneste år, om at angive den væsentligste årsag til dette. Svarfordelingen for praktiserende læger er vist i Tabel 3.2.

¹⁴ Det var i undersøgelsen forudsat, at svarpersonerne skulle tænke på besøg, hvor der både deltog praktiserende læge og kommunal sygeplejerske (hjemmesygeplejerske).

Tabel 3.2 Praktiserende lægers angivelse af den væsentligste årsag til, at de ikke har deltaget i opfølgende hjemmebesøg (procent)

	Praktiserende læge
Har ikke kunnet finde et tidspunkt til besøget sammen med kommunal sygeplejerske	3
Har ikke kunnet indpasse besøgene i arbejdsdagen	-
Formålet med opfølgende hjemmebesøg var uklart	7
Der har ikke været behov blandt mine patienter	20
Patientens behov er håndteret på anden måde	13
Andet, Skriv hvad	53
Ved ikke	3
Total	100
Antal	30

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Tabellen viser, at de praktiserende lægers manglende deltagelse i opfølgende hjemmebesøg ofte skyldes, at der ikke har været behov blandt patienterne, eller at patienternes behov er blevet håndteret på anden måde. En meget lille andel af de praktiserende læger har ikke kunnet finde et tidspunkt til besøget med kommunal sygeplejerske eller har vurderet, at formålet med hjemmebesøg har været uklart. Faktisk har de praktiserende læger oftest angivet, at andre årsager end de beskrevne er de væsentligste årsager til, at de ikke har deltaget i opfølgende hjemmebesøg. Herunder angiver de fleste, at de ikke er blevet anmodet om at deltage i opfølgende hjemmebesøg.

Af interviewene med de praktiserende læger, der ikke bruger ordningen, fremgår det tilsvarende, at to af dem aldrig er blevet anmodet om et opfølgende hjemmebesøg. Da de derudover ikke var klar over, at de selv kunne tage initiativ til et besøg, har de ikke gjort brug af ordningen. Tre af de fire interviewede praktiserende læger, som ikke bruger ordningen, forklarer endvidere den manglende brug af ordningen med, at det er for tidskrævende at tage på opfølgende hjemmebesøg. En af de interviewede læger, der ikke bruger ordningen, fortæller desuden, at hun ikke er komfortabel ved at tage på hjemmebesøg hos folk. En anden forklarer, at han foretrækker, at patienterne kommer i konsultationen, hvor han kan få lavet mest – herunder at tage blodprøver, og sygeplejersken kan tage en snak med patienten. Desuden mangler han en direkte konneks til hjemmepleje – et direkte telefonnummer, som han kan kontakte i forbindelse med opfølgende hjemmebesøg. Han har nemlig patienter fra 14 forskellige kommuner.

Årsag til ikke at deltage i opfølgende hjemmebesøg – kommunale sygeplejersker

Den væsentligste årsag til, at kommunale sygeplejersker ikke har deltaget i opfølgende hjemmebesøg inden for det sidste år, fremgår af Tabel 3.3.

Tabel 3.3 Kommunale sygeplejerskers angivelse af den væsentligste årsag til, at de ikke har deltaget i opfølgende hjemmebesøg (procent)

	Kommunal sygeplejerske
Det har ikke været muligt at aftale besøg med praktiserende læge	4
I kommunen gennemføres ikke opfølgende hjemmebesøg sammen med praktiserende læge	-
Formålet med opfølgende besøg var uklart	8
Der har ikke været behov blandt borgere i mit distrikt	23
Borgerens behov er håndteret på anden måde	12
Opfølgende hjemmebesøg indgår ikke i mine arbejdsopgaver	27
Andet, Skriv hvad	23
Ved ikke	4
Total	100
Antal	26

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Svarfordelingen viser, at der blandt kommunale sygeplejersker, som har deltaget i undersøgelsen, har været en del (27 %), hvor opfølgende hjemmebesøg ikke indgår i deres arbejdsopgaver. De kommunale sygeplejersker har i øvrigt – på samme måde som de praktiserende læger – ofte angivet, at der ikke har været behov blandt borgerne i deres distrikt. Næsten ingen af de kommunale sygeplejersker har angivet, at det ikke har været muligt at aftale et besøg med praktiserende læge, eller at formålet med opfølgende hjemmebesøg har været uklart.

Praktiserende lægers afvisning af at deltage i besøg

15 % af de praktiserende læger og 3 % af de kommunale sygeplejersker har angivet, at de inden for det seneste år har afvist at deltage i et opfølgende hjemmebesøg, som de er blevet anmodet om. De svarpersoner, som angav, at de har afvist at deltage i et opfølgende hjemmebesøg, blev bedt uddybe årsagerne til afvisningen. I Tabel 3.4 viser udelukkende fordelingen af praktiserende lægers svar, da kun nogle få (tre) kommunale sygeplejersker har angivet, at de har afvist at deltage i et opfølgende hjemmebesøg.

Tabel 3.4 Praktiserende lægers angivelse af årsagerne til, at de har afvist at deltage i opfølgende hjemmebesøg (procent)

	Procent
Manglende tid	7
Formålet med besøget uklart	25
Borgerens behov håndteret på anden måde	50
Andet	46
Ved ikke	-
Antal (procentgrundlag)	28

Note: Svarpersonerne har kunnet give mere end ét svar, og procenterne summerer derfor til mere end 100.

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

De praktiserende læger har oftest angivet, at borgerens behov blev håndteret på anden måde. Flere har også angivet, at formålet med besøget var uklart. Uddybende skal nævnes, at når

der har været angivet 'andet', har de praktiserende læger oftest skrevet, at patienten var færdigudredt, eller at der var aflagt ét eller flere relevante besøg forud for anmodningen.

3.3 Vurdering af ordningens relevans

En væsentlig forudsætning for at gøre brug af ordningen med opfølgende hjemmebesøg er dels, at praktiserende læger og kommunale sygeplejersker vurderer, at ordningen er et relevant tilbud, dels at afgrænsningen til målgruppen er relevant. Derfor har vi også spurgt ind til praktiserende læger og kommunale sygeplejerskers overordnede vurdering af relevansen af opfølgende hjemmebesøg samt anvendeligheden af den afgrænsede målgruppe.

Tabel 3.5 viser praktiserende læger og kommunale sygeplejerskers vurdering af, om opfølgende hjemmebesøg er et relevant tilbud til skrøbelige borgere.

Tabel 3.5 Praktiserende læger og kommunale sygeplejerskers vurdering af, om opfølgende hjemmebesøg er et relevant tilbud til skrøbelige borgere (procent)

	Praktiserende læge	Kommunal sygeplejerske
Ja, i meget høj grad	41	57
Ja, i høj grad	33	34
Ja, i nogen grad	17	7
I beskeden grad	6	1
Slet ikke	2	1
Ved ikke	2	1
Total	100	100
Antal	192	122

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Tabellen viser, at tre ud af fire praktiserende læger, som har besvaret spørgeskemaet, har vurderet, at opfølgende hjemmebesøg i meget høj grad eller i høj grad er et relevant tilbud til skrøbelige borgere. Kun 8 % af de praktiserende læger har omvendt vurderet, at opfølgende hjemmebesøg kun i beskeden grad eller slet ikke er relevant. Næsten alle kommunale sygeplejersker (91 %) har ligeledes vurderet, at opfølgende hjemmebesøg i meget høj grad eller i høj grad er et relevant tilbud. Kun få kommunale respondenter har vurderet, at opfølgende hjemmebesøg ikke er et relevant tilbud.

Af interviewene fremgår det ligeledes, at opfølgende hjemmebesøg for både de kommunale sygeplejersker og hovedparten af de praktiserende læger er en ordning, man finder meningsfuld og relevant. En praktiserende læge (bruger af ordningen) mener, at ordningen rammer ind i kernen af, hvad hun som praktiserende læge finder mest meningsfuldt:

"Jeg synes faktisk, at det er noget af det arbejde, der giver allermest mening. Det, der er vores kerneværdi, er at tage hånd om de gamle og skrøbelige patienter. For alle de friske og raske, som kommer herop og vil undersøges, de kan jo selv tage herop". (Praktiserende læge, bruger af ordningen)

Flere af de interviewede læger, der bruger ordningen, oplever et behov for opfølgning, fordi borgerne måske ikke er helt færdigbehandlede. Desuden er der ofte ting, der ikke er styr på eller er uafklarede:

"De [borgerne, red.] oplever, at hospitalsindlæggelser er så hurtige. Så der er ikke rigtig styr på det, hvis der har været medicinændringer eller lignende, så har de ikke forstået, hvad der er foregået. De er i tvivl om det det. Og nogle gange er der ikke lagt recepter ud. Jeg oplever, at der er meget at tage fat i efter hospitalsindlæggelser. Det går virkelig hurtigt". (Praktiserende læge, bruger)

En anden læge mener imidlertid ikke, at ordningen er relevant. I modsætning til flere af de andre interviewede læger oplever denne læge, at borgerne i mange tilfælde er velbehandlede, når de udskrives fra hospitalet, og der derfor ikke er noget at følge op på. Han tager ud på besøgene alligevel, fordi han ikke ønsker at få klagesager. Vurderingen af relevansen af ordningen med opfølgende hjemmebesøg er således knyttet til konkrete erfaringer med besøgene.

Af de fire interviewede læger, som ikke bruger ordningen, er det kun én, som ikke mener, at ordningen er relevant. Det bunder hovedsageligt i, at denne læge primært har en ung patientpopulation. De tre øvrige interviewede læger, der ikke bruger ordningen, finder ordningen relevant. To af dem finder imidlertid det arbejde, der er forbundet med opfølgende hjemmebesøg, for tidskrævende. Den sidste af de fire læger finder så absolut ordningen relevant og kan ikke give nogen forklaring på, hvorfor han så ikke gør brug af den.

Vurdering af om seneste besøg gav mening

Vi har i spørgeskemaet spurgt ind til, i hvilken grad praktiserende læger og kommunale sygeplejersker vurderer, at deres seneste opfølgende hjemmebesøg gav mening. Som det var tilfældet med praktiserende læger og kommunale sygeplejerskers vurdering af ordningens relevans, så vurderer også en stor andel, at seneste besøg gav mening, jf. Tabel 3.6.

Tabel 3.6 Praktiserende læger og kommunale sygeplejerskers vurdering af, om deres seneste opfølgende hjemmebesøg gav mening (procent)

	Praktiserende læge	Kommunal sygeplejerske
Ja, i meget høj grad	24	25
Ja, i høj grad	53	57
Ja, i nogen grad	16	13
I beskeden grad	3	1
Slet ikke	3	2
Ved ikke	1	1
Total	100	100
Antal	144	87

Note: P = 0,8

Kilde: Elektronisk survey, efteråret 2016.

Henholdsvis 77 % af de praktiserende læger og 82 % af de kommunale sygeplejersker har vurderet, at deres seneste opfølgende hjemmebesøg i meget høj grad eller i høj grad gav mening. En beskeden andel af både praktiserende læger og kommunale sygeplejersker har vurderet, at deres seneste opfølgende hjemmebesøg kun i beskeden grad eller slet ikke gav mening. Der er ingen signifikant forskel på fordelingen af praktiserende læger og kommunale sygeplejerskers vurderinger. Hvis man kigger på svarfordelingen efter de fire planområder (se eventuelt Bilag 1), kan man se, at der i Planområde Midt er en ikke signifikant tendens til, at en samlet større andel end de andre planområder har vurderet, at det seneste opfølgende hjemmebesøg kun i beskeden grad eller slet ikke gav mening (tabel ikke vist). Vi kan ikke dokumentere, at der er en sammenhæng, men i Planområde Midt har en større andel end de andre planområder angivet, at udskrivende hospitalsafdeling har taget initiativ til besøget.

Hvis de praktiserende læger og kommunale sygeplejersker angav, at det seneste besøg ikke eller kun i beskeden fra gav mening, kunne de i surveyen angive, hvad årsagen hertil var. De praktiserende læger har typisk angivet, at patientens problemstillinger kunne have været klaret på anden måde, fx telefonisk eller ved andre rutinemæssige besøg. Kommunale sygeplejersker nævner i et par tilfælde, at borgeren ikke var interesseret i besøget eller i at få sat nye ting i værk. Endvidere var et besøg aflagt hos en borger med demens, hvor der ikke var en pårørende til stede til at hjælpe med at svare på spørgsmål.

3.4 Vurdering af målgruppen

I surveyen bad vi også praktiserende læger og kommunale sygeplejersker vurdere, om målgruppen for opfølgende hjemmebesøg er klart afgrænset. Svarene fremgår af Tabel 3.7.

Tabel 3.7 Praktiserende læger og kommunale sygeplejerskers vurdering af, om målgruppen for opfølgende hjemmebesøg er klart afgrænset (procent)

	Praktiserende læge	Kommunal sygeplejerske
Ja, i meget høj grad	6	7
Ja, i høj grad	23	25
Ja, i nogen grad	42	39
I beskeden grad	21	17
Slet ikke	5	5
Ved ikke	3	7
Total	100	100
Antal	191	121

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Knap en tredjedel af både de praktiserende læger (29 %) og de kommunale sygeplejersker (32 %) har vurderet, at målgruppen i meget høj grad eller i høj grad er klart afgrænset. Flest af både de praktiserende læger (42 %) og de kommunale sygeplejersker (39 %) har vurderet, at målgruppen kun i nogen grad er klart afgrænset. En mindre andel på cirka hver fjerde af de praktiserende læger og kommunale sygeplejersker har vurderet, at målgruppen for opfølgende hjemmebesøg kun i beskeden grad eller slet ikke er klart afgrænset.

Tabel 3.8 viser i forlængelse heraf praktiserende læger og kommunale sygeplejerskers vurdering af, om der er behov for en mere klar afgrænsning af målgruppen for opfølgende hjemmebesøg.

Tabel 3.8 Praktiserende læger og kommunale sygeplejerskers vurdering af, om der er behov for en mere klar afgrænsning af målgruppen for opfølgende hjemmebesøg (procent)

	Praktiserende læge	Kommunal sygeplejerske
Ja, i meget høj grad	10	13
Ja, i høj grad	17	24
Ja, i nogen grad	31	33
I beskeden grad	23	16
Slet ikke	12	10
Ved ikke	6	4
Total	100	100
Antal	191	118

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

De fleste svarpersoner har vurderet, at der i et eller andet omfang er behov for en mere klar afgrænsning af målgruppen. Således har 58 % af de praktiserende læger og 70 % af de kommunale sygeplejersker vurderet, at der i det mindste i nogen grad er behov for en mere klar afgrænsning af målgruppen.

I modsætning til svarene i surveyen efterspørger de interviewede praktiserende læger og kommunale sygeplejersker ikke en klarere afgrænsning af målgruppen. De sætter pris på, at målgruppen er defineret forholdsvis bredt, således at der er mulighed for at foretage et skøn over relevansen af et besøg fra borger til borger. Som en af lægerne siger:

”Jeg ved jo godt, hvem der er skrøbelige af mine patienter, og hvilke ting man kan fejle, som gør én endnu mere skrøbelig”. (Praktiserende læge, bruger af ordningen)

En anden af de interviewede læger fremhæver det som et plus, at målgruppen blev udvidet i 2013 (jf. afsnit 1.2) og således er blevet mindre afgrænset – herved kan flere få gavn af ordningen. Et par af de interviewede læger fremhæver, at der kan være yngre borgere, som er skrøbelige og kan have gavn af et opfølgende hjemmebesøg efter en udskrivelse. De ser derfor ingen grund til, at ordningen er afgrænset til ældre – hvilket den i princippet heller ikke er (jf. afsnit 1.2).

Flere af de interviewede læger understreger, at det ikke skal blive til en automatik, at alle ældre, der har været indlagt, skal have et opfølgende hjemmebesøg. Det er kun de mest skrøbelige borgere – ligesom der er lagt op til i § 2-aftalen. Blandt de kommunale sygeplejersker er der forskellige opfattelser af, hvad der skal udløse et opfølgende hjemmebesøg. Nogle mener, at en indlæggelse i sig selv bør være et tilstrækkeligt kriterium, mens andre ikke finder det relevant for alle ældre borgere, der har været indlagt. En kommunal sygeplejerske mener, at et opfølgende hjemmebesøg bør være obligatorisk, hvis en borger har gentagne indlæggelser.

Af interviewene fremgår det, at nogle kommuner forvalter målgruppen forholdsvis bredt. For eksempel fortæller kommunale repræsentanter fra to kommuner, at de også bruger opfølgende hjemmebesøg, uden det nødvendigvis har tilknytning til en indlæggelse. Det kan være, hvis der er en markant funktionsnedsættelse hos en borger eller det er i tilknytning til et palliativt forløb. Hermed handler besøget ikke om opfølgning på en indlæggelse og må således siges at falde uden for kategorien 'opfølgende hjemmebesøg', som det er defineret i § 2-aftalen. I en anden kommune beder de konsekvent om opfølgende hjemmebesøg, når plejehjemsbeboere har været indlagt, eller hvis en borger kommer på døgnplads. En af de praktiserende læger

fortæller tilsvarende om, at kommunen konsekvent anmoder om opfølgende hjemmebesøg, når en borger udskrives til aflastningsplads. Lægen oplever imidlertid, at der i disse tilfælde er styr på tingene, og der er lagt en plan for borgeren. Det er ikke i sådanne situationer, at det opfølgende hjemmebesøg skal bruges, men derimod hvor man er i tvivl og tænker:

”Her er den en potentiel trussel for, at det bliver værre, hvis vi ikke er opmærksomme”. (Praktiserende læge, bruger)

Samlet set fortolkes målgruppen forskelligt, hvilket den brede definition også lægger op til. Vi ser en tendens til, at kommunerne tolker målgruppen bredere end de praktiserende læger. De forskellige fortolkninger kan skabe uenighed om, hvilke borgere det er relevant at give opfølgende hjemmebesøg.

3.5 Hvem deltager i opfølgende hjemmebesøg?

I aftalen om opfølgende hjemmebesøg er det forudsat, at praktiserende læge og hjemmesygeplejerske udfører det opfølgende hjemmebesøg i fællesskab. I praksis kan hjemmesygeplejersken være erstattet af en social- og sundhedsassistent fra hjemmesygeplejen. Hvis det opfølgende hjemmebesøg vedrører en borger i plejebolig, kan den kommunale medarbejder i besøget naturligvis være en sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent ansat ved plejeboligerne.

Allerede i forbindelse med de indledende interview med nøglepersoner blev det tydeligt, at de opfølgende hjemmebesøg ikke nødvendigvis gennemføres som foreskrevet med samtidig tilstedeværelse af egen læge og kommunal sygeplejerske. Her fremkom eksempler på, at det kun er den kommunale sygeplejerske eller lægen, der tager ud på opfølgende hjemmebesøg – bl.a. ud fra devisen at det er bedre, at der sker en opfølgning ved én af parterne end slet ikke, og at der så efterfølgende må foregå en koordinering. I både survey og de efterfølgende interview med praktiserende læger og kommunale sygeplejersker tog vi derfor højde for, at disse scenarier kunne forekomme og udforskede baggrundene for, at besøgene ikke nødvendigvis gennemføres med samtidig tilstedeværelse af læge og kommunal sygeplejerske.

Det overordnede indtryk fra både spørgeskema og interview er, at hovedparten af de opfølgende hjemmebesøg gennemføres samtidigt af læge og kommunal sygeplejerske (eller anden kommunal sygeplejerske) i borgerens hjem.

I surveyen spurgte vi de kommunale sygeplejersker og praktiserende læger, om de inden for det seneste år havde aflagt et eller flere besøg, som de betragtede som et opfølgende hjemmebesøg, men uden medvirken af praktiserende læge henholdsvis kommunal sygeplejerske. Godt halvdelen af de kommunale sygeplejersker angav, at de havde aflagt besøg uden praktiserende læge. Tilsvarende har knap to tredjedele af de praktiserende læger angivet, at de har aflagt besøg uden deltagelse af kommunal sygeplejerske. Samtlige interviewede praktiserende læger bekræfter, at de har gennemført opfølgende hjemmebesøg uden tilstedeværelse af en kommunal sygeplejerske – for enkelte er det stort set altid sådan, og for andre er det mere undtagelsen end reglen.

Vi bad også de praktiserende læger og kommunale sygeplejersker angive, hvem der deltog i deres seneste opfølgende hjemmebesøg. Svarfordelingen fremgår af Tabel 3.9.

Tabel 3.9 Praktiserende læger og kommunale sygeplejerskers angivelse af, hvem der deltog i deres seneste opfølgende hjemmebesøg (procent)

	Praktiserende læge	Kommunal sygeplejerske
Alene person fra almen praksis	12	8
Alene person fra almen praksis og pårørende	7	-
Alene kommunal sygeplejerske	4	10
Alene kommunal sygeplejerske og pårørende	1	2
Person fra almen praksis og kommunal sygeplejerske	45	46
Person fra almen praksis, kommunal sygeplejerske og pårørende	27	33
Ved ikke	3	1
Total	100	100
Antal	153	90

Note: 'Person fra almen praksis' omfatter praktiserende læge, uddannelseslæge eller praksispersonale. 'Kommunal sygeplejerske' omfatter enten hjemmesygeplejerske, sygeplejerske ansat ved plejeboliger, social- og sundhedsassistenter fra hjemmeplejen, social- og sundhedsassistenter ansat ved plejeboliger eller anden fagperson (omfatter få afkrydsninger, herunder social- og sundhedshjælper, sygeplejestuderende, visiterende sygeplejerske, sygeplejerske på træningscenter/midlertidig plads).

Kilde: Elektronisk survey, efteråret 2016.

Svarpersonerne blev bedt om at angive, hvem der deltog i besøget medregnet dem selv. Dette har alle tilsyneladende ikke efterkommet, idet nogle praktiserende læger har angivet en kommunal sygeplejerske som eneste deltager eller alene kommunal sygeplejerske og pårørende som eneste deltagere (henholdsvis 4 % og 1 %). Ligeledes har nogle kommunale sygeplejersker angivet praktiserende læge som eneste deltager (8 %). Vi tolker dette som besøg, hvor både praktiserende læge og kommunal sygeplejerske har deltaget. Med denne forudsætning har 77 % af de seneste opfølgende hjemmebesøg med praktiserende læge også haft deltagelse af en kommunal sygeplejerske¹⁵. 87 % af de seneste besøg med en kommunal sygeplejerske har også haft deltagelse af en person fra almen praksis (praktiserende læge, uddannelseslæge eller andet praksispersonale)¹⁶. Pårørende har deltaget i godt en tredjedel af de seneste besøg med praktiserende læge og af de seneste besøg med kommunal sygeplejerske.

Af Tabel 3.9 fremgår også, at 19 % af de seneste besøg, som praktiserende læge har gennemført, har været uden deltagelse af en kommunal sygeplejerske, og 12 % af de seneste besøg, som kommunale sygeplejersker har gennemført, har været uden deltagelse af praktiserende læge.

Kigger man på svarfordelingen på tværs af de fire planområder (se eventuelt Bilag 1), så angives det hyppigere i Planområde Byen end i de andre planområder, at alene en person fra almen praksis deltog i det opfølgende hjemmebesøg, og i Planområde Nord angives det hyppigere, at alene en kommunal sygeplejerske deltog (tabel ikke vist). At praktiserende læger i Planområde Byen hyppigere gennemfører opfølgende hjemmebesøg alene, kan delvist forklares ved, at Københavns Kommune – som ikke har indgået aftale om opfølgende hjemmebesøg – ligger i dette planområde og derfor må formodes ikke at tage initiativ til opfølgende hjemmebesøg, som de er defineret i § 2-aftalen. I Planområde Nord ligger en kommune, som efter

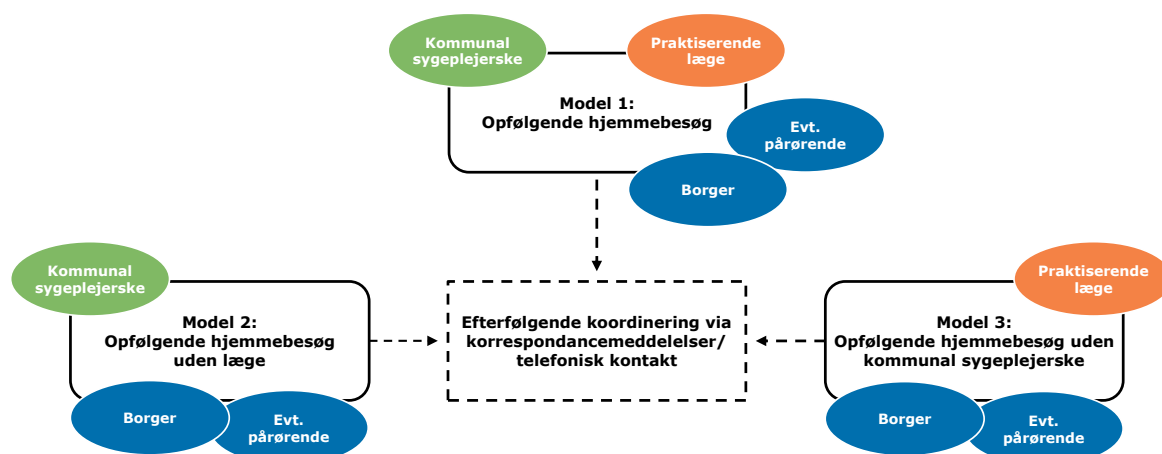
¹⁵ De 77 % omfatter i kolonnen 'Praktiserende læge' summen af kategorier: 'Alene kommunale fagperson' (4 %), 'Alene kommunale fagperson og pårørende' (1 %), 'Person fra almen praksis og kommunale fagperson' (45 %) og 'Person fra almen praksis, kommunal sygeplejerske og pårørende' (27 %).

¹⁶ De 87 % omfatter i kolonnen 'Kommunal sygeplejerske' summen af kategorierne: 'Alene person fra almen praksis' (8 %), 'Person fra almen praksis og kommunal sygeplejerske' (46 %) og 'Person fra almen praksis, kommunal sygeplejerske og pårørende' (33 %).

aftale med de lokale praktiserende læger tager på opfølgende hjemmebesøg uden praktiserende læger. Det kan til dels forklare, at der her hyppigere gennemføres besøg uden praktiserende læge sammenlignet med de andre planområder.

Samlet set har vi i datamaterialet identificeret tre forskellige modeller for deltagelse i opfølgende hjemmebesøg, som er skitseret i Figur 3.3.

Figur 3.3 Modeller for deltagelse i opfølgende hjemmebesøg



Kilde: Interview med praktiserende læger og kommunale sygeplejersker, efteråret 2016.

Model 1 skitserer ordningen, som den oprindelig er tænkt, med samtidig deltagelse af praktiserende læge og kommunal sygeplejerske samt eventuelt pårørende – og selvfølgelig borgeren.

Model 2 beskriver en tilgang, hvor en kommunal sygeplejerske har aflagt "opfølgende hjemmebesøg" uden praktiserende læge. I spørgeskemaet nævner de kommunale sygeplejersker oftest som årsag hertil, at den praktiserende læge ikke har haft tid og ikke har kunnet deltage. En anden hyppig årsag er, at den praktiserende læge ikke har fundet besøget relevant eller ikke har imødekommet anmodningen om at deltage i et besøg. Nogle har angivet, at besøget har drejet sig om en sygeplejefaglig udredning, og at lægens deltagelse ikke var relevant. Det er også blevet anført, at der før eller efter besøget har været kontakt med praktiserende læge om den konkrete borger. Det er også blevet angivet, at en sygeplejerske aflægger det første besøg og så vurderer, om der er brug for opfølgende hjemmebesøg med praktiserende læge. Endelig er der kommunale sygeplejersker, der har angivet, at praktiserende læge ikke er blevet spurgt, fordi det i deres kommune er praksis, at sygeplejerskerne besøger alle borgere efter udskrivelse og ikke samarbejder med praktiserende læge om den. Af interview med de kommunale sygeplejersker fremgår det, at denne model bruges i én af kommunerne i Region Hovedstaden. Her blev det fra start – og i dialog med de praktiserende læger – vurderet, at det var vanskeligt at få lægerne på banen inden for tre dage efter udskrivelsen (som var det tidsinterval, man gerne ville ud til borgeren inden for). Derfor valgte kommunen, at hjemmesygeplejen tager ud på egen hånd og laver opfølgende hjemmebesøg. Hjemmesygeplejersken vurderer her behovet for at inddrage lægen i et senere opfølgende hjemmebesøg – en mulighed, hjemmesygeplejerskerne stort set aldrig gør brug af. Koordineringen med lægen foregår så på traditionel vis via korrespondancemeddelelser eller telefonisk kontakt.

Model 3 omfatter opfølgende hjemmebesøg, som den praktiserende læge foretager på egen hånd. Som årsag til, at praktiserende læge har aflagt "opfølgende hjemmebesøg", uden at en kommunal sygeplejerske har medvirket, peger både spørgeskema og interview på, at det ofte

ikke har været muligt at koordinere tidspunktet med en kommunal sygeplejerske. I spørgeskemaet nævner nogle læger i den sammenhæng, at de som regel har tid til hjemmebesøg sidst på eftermiddagen, men at de kommunale sygeplejersker ikke kan medvirke på det tidspunkt. I både spørgeskema og interview nævner praktiserende læger endvidere som begrundelse, at der ikke, som forventet, er mødt en kommunal sygeplejerske op til besøget. De interviewede læger fortæller, at de her vælger at gennemføre besøget alligevel, når nu borgere og pårørende er sat i stævne. Men det foretrukne er et fælles møde, som en af lægerne her fremhæver:

"Jeg mener klart, at det skal gennemføres i samarbejde med dem [kommunal sygeplejerske, red.], for det er dem, som har den daglige kontakt med patienten". (Praktiserende læge, bruger)

Nogle nævner i spørgeskemaet, at de ikke havde tænkt på at inddrage en kommunal sygeplejerske, fordi besøget var på deres eget initiativ. Det er også nævnt, at man ikke har fundet det nødvendigt med deltagelse af en kommunal sygeplejerske, og at der kan være kontakt med en kommunal sygeplejerske før og/eller efter besøget, bl.a. gennem korrespondancemodulet. I interviewene uddyber enkelte af de praktiserende læger, at borgeren ikke nødvendigvis får hjælp fra kommunen og måske slet ikke ønsker det. I sådan en situation kan det ifølge én af lægerne virke intimiderende over for borgeren at inddrage hjemmeplejen, før behovet for hjælp er vendt med borgeren:

"Der er mange [borgere, red.], der ikke vil have alle mulige ind hos dem, og have at de skal have nøgle til lejligheden osv. Så hvis de ikke har [hjemmesygeplejerske/hjemmehjælp, red.] i forvejen, så tager jeg ud alene. Og så snakker jeg med dem om, hvorvidt det kunne være en idé. Og hvis de siger okay, så skriver jeg til administrationen [i kommunen, red.]". (Praktiserende læge, bruger)

Den oprindelige og afprøvede model med opfølgende hjemmebesøg, hvor egen læge og kommunal sygeplejerske samtidig besøger borgeren i eget hjem, fortolkes således lokalt både i de enkelte kommuner og af de enkelte praktiserende læger. Men uanset model er der fortsat brug for efterfølgende koordinering mellem praktiserende læge og den kommunale sygeplejerske. Som det vil fremgå af næste kapitel, så peger interviewene på, at netop den efterfølgende koordinering og samarbejdet omkring borgeren glider meget lettere, når det opfølgende hjemmebesøg er afholdt med samtidig tilstedeværelse af egen læge og kommunal sygeplejerske.

3.6 Opsamling

Ordningen med opfølgende hjemmebesøg er i vidt omfang taget i brug af de praktiserende læger og kommunale sygeplejersker i Region Hovedstaden. Der er dog forskel på hyppigheden af gennemførte opfølgende hjemmebesøg hos de adspurgte praktiserende læger og kommunale sygeplejersker. Blandt de praktiserende læger og kommunale sygeplejersker, der ikke bruger ordningen, er begrundelserne herfor bl.a., at der ikke har været et behov blandt borgerne, eller at de ikke er blevet anmodet om besøg.

Overordnet opleves opfølgende hjemmebesøg som en relevant ordning – især af de kommunale sygeplejersker, men også af hovedparten af de praktiserende læger. Ligeledes opleves besøgene at give mening for hovedparten af såvel praktiserende læger som kommunale sygeplejersker, der har gennemført opfølgende hjemmebesøg.

Resultaterne fra surveyen og interviewene med praktiserende læger og kommunale sygeplejersker peger ikke i entydig retning i forhold til et eventuelt behov for præcisering af målgruppen. Resultaterne fra surveyen – som repræsenterer en bredere gruppe end interviewene – peger på et vist behov for en mere klar afgrænsning af målgruppen. Surveyen giver dog ikke

svar på, hvilke konkrete præciseringer det kunne dreje sig om. I interviewene med praktiserende læger og kommunale sygeplejersker vægtes det, at målgruppen er forholdsvis bredt defineret, men særligt for lægerne er det vigtigt, at der fra borger til borger tages individuel stilling til relevansen og behovet for et opfølgende hjemmebesøg. De interviewede læger ønsker ikke, at brugen af opfølgende hjemmebesøg bliver for automatiseret.

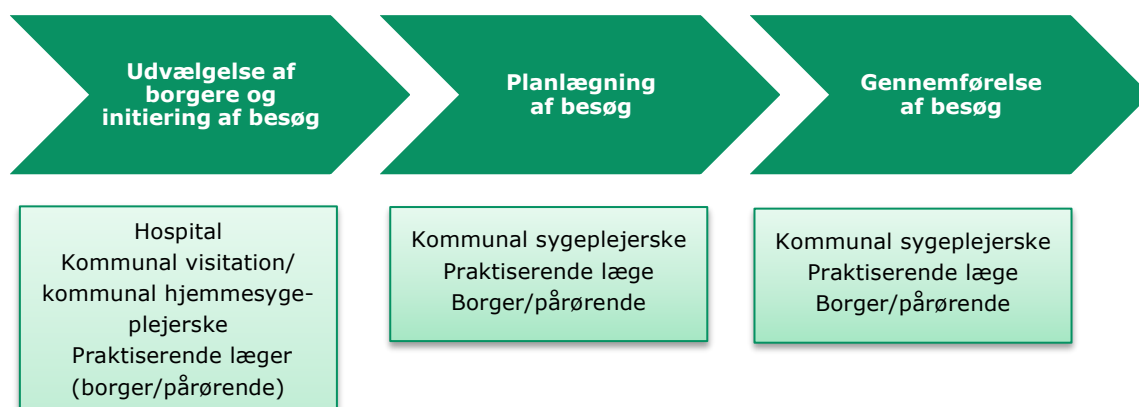
Hovedparten af de opfølgende hjemmebesøg gennemføres af en læge og en kommunal sygeplejerske (eller anden kommunal fagperson) samtidig i borgerens hjem. Men datamaterialet viser også, at praktiserende læger gennemfører opfølgende hjemmebesøg uden en kommunal sygeplejerske og omvendt. Det kan være, fordi a) det ikke har været muligt at finde et tidspunkt, hvor begge parter kunne, b) den anden part ikke har fundet besøget relevant, eller c) at man ikke har fundet det relevant at inddrage den anden part. Endelig kan det skyldes, at kommunen – i samråd med de praktiserende læger – har besluttet, at hjemmesygeplejen gennemfører de opfølgende hjemmebesøg uden tilstedeværelse af praktiserende læge, som det er tilfældet i en enkelt kommune.

4 Afviklingen af opfølgende hjemmebesøg

I dette kapitel undersøger vi procedurer, arbejdsgange og samarbejde omkring initiering og afvikling af opfølgende hjemmebesøg med fokus på at identificere forhold, som er vigtige for at få et positivt udbytte af opfølgende hjemmebesøg.

Processen omkring at gennemføre et opfølgende hjemmebesøg kan opdeles i tre delprocesser, henholdsvis borgerudvælgelse og initiering af besøg, planlægning af besøg og gennemførelse af besøg (se Figur 4.1). Figuren skitserer ligeledes, hvilke aktører der har vist sig at være centrale i hver enkelt fase i denne evaluering.

Figur 4.1 Delprocesser i gennemførelsen af opfølgende hjemmebesøg



Kilde: Inspiration til figuren er hentet fra (Voss 2009).

I dette kapitel undersøger vi således, hvorledes relevante borgere identificeres, hvem der tager initiativ til besøg, og hvordan besøgene planlægges og gennemføres. Derudover undersøger vi, hvordan opfølgning på aftaler indgået under besøgene foregår, og endelig hvilke snitflader der er til andre tilsvarende koordinerende ordninger.

Som tidligere inddrager vi både data fra survey og interview. I forhold til at belyse den konkrete afvikling af besøgene er svarpersonerne i surveyen blevet bedt om at besvare spørgsmålene ud fra det seneste opfølgende hjemmebesøg, de har deltaget i. Det antages, at dette giver et billede af de typiske procedurer mv. ved afvikling af opfølgende hjemmebesøg. I kapitlet indgår således alene survey-besvarelser fra praktiserende læger og kommunale sygeplejersker, som har deltaget i mindst ét opfølgende hjemmebesøg.

4.1 Initiativ til opfølgende hjemmebesøg

Som tidligere nævnt kan både hospitalet, den kommunale sygeplejerske og praktiserende læge tage initiativ til opfølgende hjemmebesøg i Region Hovedstaden. Med henblik på at belyse, hvordan disse muligheder forvaltes i en daglig praksis, har vi i survey og interview spurgt ind til, i hvilket omfang praktiserende læger og kommunale sygeplejersker er bekendt med deres egen mulighed for at tage initiativ til et opfølgende hjemmebesøg, samt hvem der typisk tager initiativ.

I surveyen spurgte vi praktiserende læger og kommunale sygeplejersker, om de er bekendt med, at henholdsvis kommune og praktiserende læge kan tage initiativ til et opfølgende hjemmebesøg. Svarene på spørgsmålet er vist i Tabel 4.1.

Tabel 4.1 Andel, som har angivet, at de er bekendt med, at henholdsvis kommune og praktiserende læge kan tage initiativ til opfølgende hjemmebesøg

	Procentandel	Antal (procentgrundlag)
Andel praktiserende læger, som er bekendt med, at praktiserende læge kan tage initiativ	77	191
Andel kommunale sygeplejersker, der er bekendt med, at kommunen kan tage initiativ	79	118

Kilde: Elektronisk survey, efteråret 2016.

Selvom langt den største andel af praktiserende læger er bekendt med, at praktiserende læge kan tage initiativ til et opfølgende hjemmebesøg, er der også et ikke helt lille mindretal, der ikke er bekendt med det. Det tilsvarende mønster gør sig gældende for kommunale sygeplejersker, hvor flertallet er bekendt med, at kommunen kan tage initiativ. Omkring hver femte er derimod ikke bekendt med dette. Blandt disse er der flere hjemmesygeplejersker og sygeplejersker ansat ved plejeboliger.

Ud af de 12 praktiserende læger, som KORA har interviewet, var der to (ikke-brugere af ordningen), der ikke var bekendt med, at de selv kunne tage initiativ til et opfølgende hjemmebesøg. En af dem forklarer:

“Den der besked med, at nu må vi godt selv sætte besøgene i gang, den er simpelt hen gået under radaren. Vi har simpelthen ikke opdaget det”. (Praktiserende læge, ikke-bruger)

Der er ikke på samme vis eksempler fra interviewene med de kommunale sygeplejersker på, at de ikke er bekendt med muligheden for, at de kan tage initiativ til opfølgende hjemmebesøg.

Men hvem er det så, der typisk tager initiativ til opfølgende hjemmebesøg? I Tabel 4.2 er vist, hvem der ifølge henholdsvis praktiserende læger og kommunale sygeplejersker tog initiativ til det seneste opfølgende hjemmebesøg, de har deltaget i.

Tabel 4.2 Praktiserende lægers og kommunale sygeplejerskers angivelse af, hvem der tog initiativ til deres seneste opfølgende hjemmebesøg (procent)

	Praktiserende læge	Kommunal sygeplejerske
a. Udskrivende hospitalsafdeling	12	30
b. Hjemmesygeplejerske	28	27
c. Den kommunale visitation	3	4
d. Fremskudt visitation/koordinerende sygeplejerske	5	4
e. Praktiserende læge	38	7
f. Anden fagperson	8	20
g. Pårørende til borger	1	1
Ved ikke	5	7
Total	100	100
Antal	155	90

Kilde: Elektronisk survey, efteråret 2016.

Som det hyppigste angiver praktiserende læger, at de selv har taget initiativ til deres seneste opfølgende hjemmebesøg. Godt en fjerdedel svarer, at en hjemmesygeplejerske har taget initiativ, og godt en tiendedel, at udskrivende hospitalsafdeling tog initiativ. Det svarer meget godt til det billede, som interviewene med de praktiserende læger, som bruger ordningen, tegner. Der er læger, som primært selv tager initiativ; andre, hvor det er både dem selv og kommunen, og igen andre, der fortæller, at det primært er kommunen, der er initiativtager til opfølgende hjemmebesøg. Derudover fortæller to af de interviewede læger, at de enkelte gange har oplevet, at der er kommet en opfordring om opfølgende hjemmebesøg fra hospitalet via epikrisen. En af disse læger fortæller imidlertid, at han foretrækker, at det er kommunen, der anmoder om besøg, hvilket han forklarer i følgende citat:

"Nogle gange er vi lidt nervøse for det [når hospital opfordrer til opfølgende hjemmebesøg, red.]. For når vi får epikriserne på 100 linjer, og der så står på linje 37, at det i øvrigt kunne være en god idé at følge op, så kan det godt blive overset i kampens hede. Efterhånden har man fundet ud af, at det er en lidt farlig måde at gøre det på. Så er det bedre, at hjemmeplejen sender en decideret edifact [korrpondancemeddelelse, red.], som vi ikke kan undgå at se". (Praktiserende læge, bruger)

Fem af de interviewede læger, der bruger ordningen, fortæller endvidere, at de også har arrangeret opfølgende hjemmebesøg på opfordring af borgeren selv eller af pårørende. Af interviewene med borgere og pårørende fremgår det tilsvarende, at det i to tilfælde har været pårørende, der har kontaktet egen læge henholdsvis sygeplejersken på genoptræningscenteret med henblik på at få et opfølgende hjemmebesøg. Af surveyen (se Tabel 4.2) ser vi, at 1 % af både praktiserende læger og kommunale sygeplejersker angiver, at det har været pårørende, der har taget initiativ til det seneste opfølgende hjemmebesøg.

Ser vi på de kommunale sygeplejersker, så angiver de hyppigst, at det er udskrivende hospitalsafdeling eller hjemmesygeplejerske, der tog initiativ til det seneste opfølgende hjemmebesøg, de har deltaget i (se Tabel 4.2). En femtedel peger på en anden fagperson, hvilket typisk har været en fagperson ansat ved plejeboliger, rehabiliteringscenter eller aflastningsplads. Kun en beskednen andel har angivet, at en praktiserende læge har taget initiativ. Blandt de interviewede kommunale sygeplejersker er det også klart opfattelsen, at det typisk er kommunerne, der tager initiativ. Flere af de interviewede kommunale sygeplejersker fra kommuner i Planområde Midt understreger desuden, at de ofte tager initiativ på opfordring fra hospitalet – en enkelt kommune gør det alene på hospitalets opfordring. Det er her, Herlev Hospital er placeret, hvor Medicinsk Afdeling som den eneste hospitalsafdeling p.t. screener deres patienter i forhold til et eventuelt behov for opfølgende hjemmebesøg. I tråd hermed har svarpersoner fra Planområde Midt samlet (praktiserende læger og kommunale sygeplejersker) hyppigere end i de andre planområder i surveyen angivet, at udskrivende hospitalsafdeling har taget initiativ til det opfølgende hjemmebesøg.

I Planområde Byen har praktiserende læger og kommunale sygeplejersker samlet hyppigere angivet, at praktiserende læge har taget initiativ, og i Planområde Nord er hyppigere angivet, at hjemmesygeplejerske har taget initiativ. En del af forklaringen på, at praktiserende læger hyppigere tager initiativ i Planområde Byen kan være, at surveyen også omfatter praktiserende læger med praksis i Københavns Kommune. Kommunen har ikke indgået aftale med regionen om opfølgende hjemmebesøg, og det må formodes, at hjemmesygeplejen i Københavns Kommune derfor sjældent tager initiativ til et opfølgende hjemmebesøg som beskrevet i § 2-aftalen. At hjemmesygeplejen hyppigere er initiativtager i Planområde Nord, kan delvist forklares ved, at der her er en kommune, som efter aftale med de lokale praktiserende læger tager på opfølgende hjemmebesøg uden praktiserende læger.

Mere aktive initiativtagere?

I interviewene spurgte vi både praktiserende læger og kommunale sygeplejersker, om det ville give mening, hvis nogle af de tre parter, som kan tage initiativ til opfølgende hjemmebesøg, var mere aktive i forhold til at tage initiativ til besøg.

Både praktiserende læger og hovedparten af de kommunale sygeplejersker fremhæver, at de gerne så, at hospitalerne var mere aktive og tog stilling til behovet for opfølgning, herunder opfølgende hjemmebesøg. Et par af de interviewede kommunale sygeplejersker vurderer, at læger lytter mere til læger, og dermed at de praktiserende læger vil tillægge en anmodning fra hospitalet mere vægt. Ifølge en af de interviewede praktiserende læger kan en anmodning fra hospitalet være en hjælp:

"Det [at hospitalet tager initiativ, red.] synes jeg helt klart kunne være en hjælp for os. Så ville vi være meget bedre og hurtigere til at spotte dem [de ældre, skrøbelige borgere, red.]". (Praktiserende læge, bruger)

En kommunal sygeplejerske understreger også relevansen af, at hospitalet tog stilling til behovet for opfølgende hjemmebesøg ud fra en betragtning om, at jo flere der er opmærksom på det, jo større er muligheden for, at der bliver afholdt besøg. Enkelte kommunale sygeplejersker mener, at kommunerne har de bedste forudsætninger for at vurdere behovet for opfølgning og nævner tre grunde: For det første kender hospitalet ikke borgerens forhistorie, og hvordan hjemmesituationen er. For det andet at det ofte først er, når borgerne kommer hjem, at behovet for opfølgning reelt kan vurderes. For det tredje har hospitalerne ikke nødvendigvis et tilstrækkeligt kendskab til ordningen med opfølgende hjemmebesøg – og slet ikke, hvad de enkelte kommuner kan tilbyde. En fordel ved, at også hospitalet kan tage initiativ, er imidlertid, at de kan spotte borgere, som kommunerne ikke kender i forvejen.

En af de kommunale sygeplejersker oplever det som et forstyrrende led, når fx hospitalet screener borgere og vurderer, om de er kandidater til opfølgende hjemmebesøg. Denne kommune arbejder imidlertid også meget systematisk med selv at screene borgerne. Hvis de i kommunen selv har screenet og vurderet, at en borger ikke skal have et besøg, så virker det ifølge den kommunale sygeplejerske forstyrrende, hvis der kommer besked fra hospitalet om, at borgeren er kandidat til opfølgende hjemmebesøg. Den kommunale sygeplejerske oplever desuden, at hospitalernes screening går tabt i dialogen på tværs, og der således er for mange borgere, der ender med ikke at få et besøg.

De interviewede læger, som bruger ordningen, efterspørger generelt ikke, at kommunen er mere aktiv, bl.a. fordi de i forvejen oplever dem som aktive. Fem af lægerne fortæller, at de hyppigst tager på opfølgende hjemmebesøg på kommunens anmodning. En af lægerne så gerne, at kommunen var mere aktiv, da hun endnu ikke har oplevet, at kommunen har anmodet om opfølgende hjemmebesøg. Hun ville helt klart efterkomme en sådan anmodning.

En enkelt praktiserende læge påpeger, at hun vil have svært ved at passe flere opfølgende hjemmebesøg ind i hverdagen end dem, hun selv tager initiativ til. Så selvom det kan være godt med en indikation fra hospitalet, og kommunen kunne tage initiativ, foretrækker hun selv at have teten.

De fire interviewede læger, som ikke har brugt ordningen, er generelt afventende i forhold til at modtage anmodning om opfølgende hjemmebesøg fra andre aktører¹⁷. De ville således tage ud på opfølgende hjemmebesøg, hvis de fik en anmodning herom fra enten kommune eller hospital.

¹⁷ To af de læger, som ikke bruger ordningen var som tidligere nævnt slet ikke klar over, at de selv kunne tage initiativ til besøg.

I et af gruppeinterviewene med de kommunale sygeplejersker blev der italesat et ønske om, at de praktiserende læger var mere aktive i forhold til at tage initiativ til opfølgende hjemmebesøg. Generelt oplever de interviewede kommunale sygeplejersker, at initiativet hviler på kommunerne, som en kommunal sygeplejerske her pointerer:

”De fleste [praktiserende læger, red.] regner med, at det ligger i trygge hænder hos os”. (Kommunal sygeplejerske)

Dette står i modsætning til resultaterne fra surveyen, hvor lægerne hyppigst angiver, at de selv har taget initiativ til deres seneste opfølgende hjemmebesøg (se Tabel 4.2 s. 40).

4.2 Anvendte kriterier til at udvælge borgere til opfølgende hjemmebesøg

Omkring tre fjerdedele af både praktiserende læger og kommunale sygeplejersker, som har deltaget i opfølgende hjemmebesøg, har selv udvalgt en borger til opfølgende hjemmebesøg. De praktiserende læger og kommunale sygeplejersker, som selv har udvalgt en borger, blev spurgt, hvilke kriterier de har anvendt ved udvælgelsen. Svarpersonerne har kunnet angive flere kriterier. Svarene er vist i Tabel 4.3.

Tabel 4.3 Praktiserende læger og kommunale sygeplejerskers angivelse af, hvilke kriterier de har anvendt ved udvælgelse af borgere til opfølgende hjemmebesøg (procent)

	Praktiserende læge	Kommunal sygeplejerske
Alderskriterium	29	4
Objektive funktionstest	5	12
Kriterier for skrøbelighed (fra Sundhedsstyrelsen eller Dansk Selskab for Almen Medicin)	41	19
Samlet/fagligt skøn	87	88
Andet	15	24
Antal (procentgrundlag)	121	67

Note: Svarpersonerne har kunnet give mere end ét svar, og procenterne summerer derfor til mere end 100.

Kilde: Elektronisk survey, efteråret 2016.

Både praktiserende læger og kommunale sygeplejersker, som har udvalgt borgere til opfølgende hjemmebesøg, har først og fremmest anvendt et samlet/fagligt skøn. En stor andel af praktiserende læger har endvidere anvendt kriterier for skrøbelighed beskrevet af Sundhedsstyrelsen eller Dansk Selskab for Almen Medicin. Omkring 30 % har anvendt et alderskriterium, hvor borgerens alder har spillet ind på udvælgelsen. Et alderskriterium har kun spillet ind ved en beskeden andel af kommunale sygeplejersker, der har udvalgt borgere til opfølgende hjemmebesøg. Det er således hovedsageligt de praktiserende læger, der bruger alder som et kriterium. Kun en beskeden andel af praktiserende læger og kommunale sygeplejersker har angivet at have anvendt objektive funktionstest.

Kun få praktiserende læger har svaret 'andet' som kriterium for udvælgelsen. Flere af disse dækker reelt over, at der er udført et samlet/fagligt skøn. Nogle har angivet, at kriteriet har været deres kendskab til borgeren, problemstillinger omkring medicin, eller at borgeren ønskede besøget. Det, som kommunale svarpersoner har angivet under 'andet', svarer stort set til, at der har været tale om et samlet/fagligt skøn. Derudover nævnes, at der har været tale om et terminalt forløb.

Interview med både praktiserende læger og kommunale sygeplejersker tegner et tilsvarende billede.

Praktiserende lægers udvælgelse af borgere

De interviewede praktiserende læger nævner det faglige skøn og det personlige kendskab til borgerne som kriterium for at udvælge borgere til opfølgende hjemmebesøg, hvilket ligger i tråd med resultaterne i surveyen. En af de interviewede praktiserende læger forklarer her, hvordan det faglige skøn og kendskabet til borgeren væves sammen i hans vurdering af behovet for opfølgende hjemmebesøg:

"Det er et fagligt skøn, for jeg kender jo mine patienter. Det er jo det, der er fordelene ved at være praktiserende læge. Jeg kender mine patienter vældig godt, og det har jeg efterhånden gjort i mange år. Så der er nogle, hvor jeg vurderer, at jeg skal følge op på dem. Det er vel sådan et sammensurium af det hele: Jeg kender dem, jeg kender deres ressourcer, jeg kender deres sygehistorier og deres netværk".
(Praktiserende læge, bruger)

Selvom det fremgår af surveyen, at en stor andel af de praktiserende læger (41 %) fx anvender kriterier for skrøbelighed ved udvælgelsen af borgere til opfølgende hjemmebesøg, så fremhæver de interviewede læger, at de ikke ønsker, at screeningsværktøjer skal danne afsæt for deres udvælgelse af borgere. En af lægerne beskriver, at praktiserende læger generelt er tilbageholdne med at bruge screeningsskemaer:

"Praktiserende læger er jo ikke begejstrede for screeningsværktøjer. Det, at få det skematiseret alt for meget, gør, at man ikke får lyttet til, hvad der står mellem linjerne. Og der er mange ting hos mennesker og i hverdagen, som ikke passer ind i et Excel-ark". (Praktiserende læge, bruger)

Oplevelsen er således, at det faglige skøn i et eller andet omfang tilsidesættes, hvis lægerne skal bruge screeningsværktøjer til at udvælge borgere.

Det er via epikrisen, at lægernes bliver opmærksomme på en indlæggelse/udskrivelse og udgør grundlaget – udover deres generelle kendskab til borgeren – for at vurdere behovet for et opfølgende hjemmebesøg. En af de interviewede praktiserende læger beskriver her, hvad han kigger efter:

"Hvis de skriver i epikrisen, at der er behov for blodprøver eller andet. Det er også noget af det, der gør, at jeg tager ud. [...] Der skal selvfølgelig være nogle ting i epikrisen, som gør, at de [hospitalet, red.] gerne vil have, at jeg laver noget efterfølgende arbejde". (Praktiserende læge, bruger)

For denne læge er det således afgørende, at der fra hospitalets side er beskrevet nogle konkrete opfølgende opgaver i epikrisen. En anden læge fortæller, at han fx reagerer, hvis han i epikrisen kan se, at en borger har været genindlagt:

"Jeg tænkte, at jeg bliver simpelthen nødt til at tage ud og snakke med hende om, hvad det er der gør, at hun bliver genindlagt hele tiden. Handler det meget mere om tryk og angst eller om at have ondt i maven? Der har jeg sagt til hjemmesygeplejersken, at jeg synes, at vi skal tage derud sammen og få en snak, også med pårørende – sønnen – om, hvad der skal til. For det er uhensigtsmæssigt med alle de her indlæggelser". (Praktiserende læge, bruger)

Flere af de praktiserende læger påpeger, at epikriserne generelt kan være svære at få overblik over, og én mener, at de er decideret ubrugelige:

"Man kan ikke læse, hvad der står. Det er en eller anden sundhedsplatform, der er automatgenereret med forkortelser, så man ikke har en chance". (Praktiserende læge, bruger)

En enkelt af de interviewede læger fortæller, at han læser epikriserne igennem, men det har ikke en eneste gang givet anledning til, at han vurderede, at der var noget, han skulle være særlig opmærksom på eller følge op på. Denne læge tager kun på opfølgende hjemmebesøg på opfordring fra kommunen.

En udfordring for de praktiserende læger kan være at få afsat tid til at læse epikriser, inden der er gået alt for lang tid, efter borgeren er udskrevet. En epikrise skal i princippet være i lægens indbakke tre dage efter udskrivelsen, og herefter skal den praktiserende læge finde tid til at gennemgå den. Desuden er epikriserne i princippet til orientering, og de praktiserende læger er således ikke lige så forpligtede til at læse dem, som de er med korrespondancemeddelelser.

Kommunale sygeplejerskers udvælgelse af borgere

Hovedparten af de interviewede kommunale sygeplejersker beskriver, at de vurderer behovet for opfølgende hjemmebesøg ud fra en helhedsvurdering af borgerens situation. Nogle går mere systematisk til værks end andre.

I en kommune screener visitationen alle borgere på 65+ år ved udskrivelsen – hvis borgerne opholder sig i plejebolig eller midlertidige pladser, forestår personalet her screeningen. Screeningsskemaet er lavet i samarbejde med de praktiserende læger i kommunen. Baggrunden for at lave denne systematiske screening var bl.a. en oplevelse at, at det faglige skøn blev påvirket af mange ting, herunder sygeplejerskens faglighed, hvor travlt sygeplejersken har, og hvordan den læge er, som skal deltage i besøget. En anden kommune triagerer de borgere, der har kontakt til hjemmesygeplejen, og en fremskudt visitation triagerer de indlagte borgere, som kommunen ikke kender i forvejen, eller som kun får praktisk hjælp. Hvis man har været indlagt, er man automatisk i rød kategori, som afstedkommer øget opmærksomhed og et krav om, at der skal udarbejdes en handleplan for borgeren. Det kan omfatte et opfølgende hjemmebesøg. En tredje kommune screened i starten alle borgere, der blev udskrevet, og relevante borgere blev kontaktet og foreslået et opfølgende hjemmebesøg. Men det blev for stor en sorteringsopgave, så den arbejdsgang blev opgivet.

Andre kommuner tager konsekvent på besøg hos udskrevne og for kommunen kendte borgere et par dage efter udskrivelsen og foretager en sygeplejefaglig udredning. Enkelte kommuner har fremskudt visitation på hospitalet. Den kommunen, der triagerer, har en visitorator fast på hospitalet, som også vurderer behovet for opfølgende hjemmebesøg. Andre kommuner laver kun fremskudt visitation ved særligt komplicerede tilfælde, men i udgangspunktet er det ikke her, at opfølgende hjemmebesøg kommer på tale. Det kan ske, at hjemmesygeplejen inviteres med til den fremskudte visitation, hvis borgeren fx har været indlagt meget længe – i disse tilfælde kan behovet for opfølgende hjemmebesøg komme på tale.

Bortset fra triageringen ved den fremskudte visitation omfatter ovenstående tilgange til at spotte borgere til opfølgende hjemmebesøg kun borgere, der i forvejen er kendt i den kommunale hjemmesygepleje. Borgere, som har været indlagt og ikke i forvejen er kendt af kommunen eller kun får praktisk hjælp i form af rengøring, skal kommunerne spotte ad andre kanaler. Det vil i de fleste tilfælde ske via visitationen, som får udskrivelsesrapporter fra den udskrivende hospitalsafdeling. I udskrivelsesrapporterne ser kommunerne efter, om der er en ændring i borgerens situation, om der er behov for hjemmesygepleje, og om et opfølgende hjemmebesøg eventuelt er relevant. En af de interviewede kommunale sygeplejersker fremhæver, at udskrivningsnotaterne kan være så mangelfulde, at det er svært at foretage en vurdering.

Overordnet set har kommunerne i Region Hovedstaden meget forskellige tilgange til at spotte og udvælge borgere til opfølgende hjemmebesøg og har gjort sig forskellige erfaringer på det punkt. Men der har tilsyneladende ikke været nogen dialog eller vidensudveksling på tværs af kommunerne. Det efterspørges i et af gruppeinterviewene, og generelt gav alle gruppeinterviewene med kommunerne anledning til spørgsmål og erfaringsudveksling på tværs af de tilstedeværende kommuner.

4.3 Planlægning og gennemførelse

I dette afsnit ser vi nærmere på, hvordan den konkrete planlægning af opfølgende hjemmebesøg foregår, når først enten hospital, kommunal sygeplejerske eller praktiserende læge har vurderet, at det kunne være relevant hos en given borger. Dernæst ser vi på, hvordan besøgene gennemføres, og hvad der kendetegner de gode besøg.

4.3.1 Vurdering af det generelle samarbejde

Det er ikke kun i forbindelse med opfølgende hjemmebesøg, at de praktiserende læger og kommunale sygeplejersker har kontakt og samarbejder med hinanden. Vi har en formodning om, at det generelle samarbejde kan have en betydning for det specifikke samarbejde omkring opfølgende hjemmebesøg. Derfor har vi i survey og interview spurgt til de praktiserende læger og kommunale sygeplejerskers vurdering af det generelle samarbejde.

Tabel 4.4 viser praktiserende læger og kommunale sygeplejerskers vurdering af deres samarbejde med henholdsvis den kommunale hjemmepleje og praktiserende læge.

Tabel 4.4 Praktiserende læger og kommunale sygeplejerskers vurdering af deres samarbejde med praktiserende læge/kommunal hjemmepleje (procent)

	Praktiserende lægers vurdering af samarbejde med kommunal hjemmepleje	Kommunale sygeplejerskers vurdering af samarbejde med praktiserende læger
Meget godt	24	19
Godt	49	52
Nogenlunde	21	25
Dårligt	5	4
Har ikke noget samarbejde	1	-
Ved ikke	-	1
Total	100	100
Antal	189	118

Kilde: Internetbaseret survey, efteråret 2016.

Hovedparten af de praktiserende læger (73 %) har vurderet, at de har et godt eller meget godt samarbejde med den kommunale hjemmepleje. En ligeså stor andel af de kommunale sygeplejersker (71 %) har ligeledes vurderet, at de har et godt eller meget godt samarbejde med praktiserende læger. Kun meget få praktiserende læger (6 %) og kommunale sygeplejersker (4 %) har vurderet, at de har et dårligt eller intet samarbejde med henholdsvis den kommunale hjemmepleje og praktiserende læger.

Af interviewene fremgår det tilsvarende, at de praktiserende læger og kommunale sygeplejersker overvejende oplever, at de har et godt samarbejde. De kommunale sygeplejersker giver udtryk for, at samarbejdet er meget personafhængigt, og at lægerne derfor "... skal have tin-

gene serveret på mange forskellige måder" (Kommunal sygeplejerske). I alle fire gruppeinterview med de kommunale sygeplejersker fortælles der om en lille håndfuld læger, hvor samarbejdet generelt er udfordret, og som fx aldrig dukker op til samarbejds møder eller lignende arrangementer. Tre af de kommunale sygeplejersker nævner nogle generelle forhold, som de oplever, udfordrer samarbejdet – henholdsvis sprog, afstand og praksisform. En kommunal sygeplejerske fortæller, at de i kommunen efterhånden har en del læger, der ikke taler flydende dansk, og det udfordrer kommunikationen og samarbejdet. En anden kommunal sygeplejerske fortæller, at der er mangel på læger i kommunen, og derfor har mange borgere læge i andre kommuner. Den fysiske afstand til lægen er dermed større, og det har betydning for samarbejdet – herunder lægens tilbøjelighed til at komme på besøg i borgerens hjem. Endelig oplever en tredje kommunal sygeplejerske, at det har betydning, om lægen sidder i en enkeltmands-praksis eller i et lægehus med andre læger. Oplevelsen er, at samarbejdet er nemmere, når der er flere læger sammen, fordi de kan dække ind for hinanden. Et par af de kommunale sygeplejersker fremhæver også, at især de yngre læger udviser samarbejdsvilje, og så har det generelt hjulpet på samarbejdet, at de nu kan kommunikere med lægerne elektronisk frem for som tidligere at 'hænge' i telefonen.

Ud over det generelt gode samarbejde nævner de interviewede praktiserende læger, at et svingende fagligt niveau og udskiftning af personale udfordrer samarbejdet med de kommunale sygeplejersker. Lægerne fortæller, at de oftest oplever det kommunale personale som dygtige og kvalificerede og derfor løser mange ting selv. Men det faglige niveau – særligt blandt personalet på plejecentret – fremhæver flere af de praktiserende læger som svingende. Det resulterer ofte i unødige henvendelser til den praktiserende læge, hvilket ikke er gunstigt for samarbejdet. Det kan også give udfordringer, når der er udskiftning blandt det kommunale personale, fordi det nye personale ikke nødvendigvis har kendskab til aftalte arbejdsgange og tidligere drøftelser om, hvordan man praktiserer samarbejdet.

Både kommunale sygeplejersker og praktiserende læger oplever det som fremmede for det generelle samarbejde at mødes og finde ud af, hvad der skaber udfordringer, men også at man har et fælles mål:

"Vi vil jo det samme, nemlig det bedste for patienterne. Det går jeg da ud fra. Så at vi ikke er hinandens fjender, at det ikke handler om at tørre forskellige opgaver af på hinanden, men at vi får det til at glide. Det betyder også, at vi er rimeligt fleksible, og også at kommunen er fleksibel med nogle ting. At vi som læger ikke opfatter kommunen som ulidelige, besværlige og nogle, der bare vil have os til at lave mere og mere. Men at vi faktisk trækker på samme opgave. [...] At mødes og kommunikere, det er det, der virker. Så finder man ud af, at man faktisk er enige om ret mange ting". (Praktiserende læge, ikke-bruger)

Flere af kommunerne fortæller, at de jævnligt inviterer lægerne til samarbejds møder, og en enkelt af lægerne fortæller, at de ind imellem inviterer hjemmesygeplejen på besøg i deres praksis og får drøftet samarbejdet.

4.3.2 Planlægning af besøgene

Fra at have kigget på det generelle samarbejde retter vi nu fokus mod det specifikke samarbejde omkring planlægning af de opfølgende hjemmebesøg. Vi ser først på, hvordan der kommunikeres, og dernæst på hvilke udfordringer der opstår i planlægningsfasen.

Kommunikation

I spørgeskemaet blev praktiserende læger og kommunale sygeplejersker spurgt, om kommunikationen om borgeren ved svarpersonernes seneste opfølgende hjemmebesøg fungerede

hensigtsmæssigt. Der blev her tænkt på kommunikationen mellem praktiserende læge og kommunal sygeplejerske før og under besøget. Svarene fremgår af Tabel 4.5.

Tabel 4.5 Praktiserende læger og kommunale sygeplejerskers vurdering af, om kommunikationen om borgeren fungerede hensigtsmæssigt (procent)

	Praktiserende læge	Kommunal sygeplejerske
Ja, i meget høj grad	19	12
Ja, i høj grad	50	60
Ja, i nogen grad	20	22
I beskeden grad	7	1
Slet ikke	2	0
Ved ikke	3	4
Total	100	100
Antal	151	89

Note: P = 0,117

Kilde: Elektronisk survey, efteråret 2016.

Omkring 70 % af både de praktiserende læger og kommunale sygeplejersker har vurderet, at kommunikationen om borgeren ved deres seneste opfølgende hjemmebesøg i meget høj grad eller i høj grad har fungeret hensigtsmæssigt. Knap 10 % af de praktiserende læger og stort set ingen af de kommunale sygeplejersker har vurderet, at kommunikationen kun i beskeden grad eller slet ikke fungerede hensigtsmæssigt.

Kommunale sygeplejerskers bedømmelse af det generelle samarbejde med praktiserende læger viser ingen sammenhæng med deres vurdering af, om kommunikationen om borgeren fungerede hensigtsmæssigt. Derimod er praktiserende læger, som vurderer, at det generelle samarbejde med kommunen kun er nogenlunde eller dårligt, mere kritiske end de øvrige praktiserende læger i forhold til kommunikationen om den besøgte borger.

Hvis svarpersoner har svaret i nogen grad, beskeden grad eller slet ikke, blev de spurgt, på hvilken måde kommunikationen ikke var hensigtsmæssig. Praktiserende læger nævner bl.a., at formålet med besøget i nogle tilfælde er uklart, fordi informationerne om borgeren er utilstrækkelige. Endvidere nævner de, at der ikke som forventet/aftalt møder en kommunal sygeplejerske op til besøget, eller at der kommer en vikar, som ikke kender borgeren. Nogle praktiserende læger oplever, at der er flere forskellige fagpersoner omkring den enkelte borger i kommunerne, hvilket betyder, at lægens informationer har svært ved at nå frem til den rette, eller at forskellige fagpersoner henvender sig til lægen med de samme spørgsmål.

Kun få kommunale sygeplejersker har angivet eksempler på, at kommunikationen var uhenigtsmæssig. Det nævnes bl.a., at den kommunale sygeplejerske og læge ikke havde samme forventninger til besøgets indhold. Endvidere nævnes et par eksempler på kommunikations-svigt mellem kommune og praktiserende læge.

Af interview med både kommunale sygeplejersker og praktiserende læger fremgår det, at kommunikationen omkring den konkrete planlægning af opfølgende hjemmebesøg primært foregår via korrespondancemeddelelser¹⁸.

¹⁸ Ifølge Region Hovedstadens Kommunikationsaftale er en korrespondancemeddelelse "En patientrelateret kommunikation mellem hospital, almen praksis og kommuner, hvor der ikke findes andre strukturerede elektroniske meddelelser til understøttelse af kommunikationen. Overordnet kan korrespondancemeddelelsen ikke benyttes til akutte henvendelser. Den er altid knyttet til en borger og dennes personnummer" (Region Hovedstaden 2016b).

Responstiderne på korrespondancemeddelelser er følgende for henholdsvis kommuner og praktiserende læger (Region Hovedstaden 2016a):

- Kommuner: Læses og behandles løbende i dagvagte dog senest kl. 10 næstkommende hverdag
- Praktiserende læger: Læses dagligt og besvares inden for tre hverdage.

Som det fremgår af ovenstående, har de praktiserende læger længere responstid end kommunerne i forhold til at besvare korrespondancemeddelelser.

Besøg på kommunens initiativ

Hvis initiativet til opfølgende hjemmebesøg kommer fra kommunen, er standardproceduren, at der i en korrespondancemeddelelse sendes en anmodning om opfølgende hjemmebesøg til den pågældende borgers praktiserende læge. Den overordnede oplevelse er, at det fungerer godt. På grund af lægens responstid, jf. ovenstående, kan der gå op til tre dage, før de hører fra lægen. Nogle af de kommunale sygeplejersker oplever desuden, at enkelte læger ikke er så gode til at svare. Så kontakter de lægen telefonisk eller skriver igen. Kommunerne kontakter også lægen telefonisk, hvis de vurderer, at det haster med et opfølgende hjemmebesøg. En af de kommunale sygeplejersker fortæller, at hun konsekvent ringer til lægen i telefontiden mellem kl. 8-9 med henblik på at få en aftale så hurtigt som muligt – for, som hun fremhæver: *”Jeg synes, at fem dage eller otte dage er alt for lang tid at vente [på at besøget afholdes, red.]”*. (Kommunal sygeplejerske)

De interviewede praktiserende læger synes, at proceduren med, at de modtager anmodning om opfølgende hjemmebesøg via korrespondancemeddelelser, fungerer godt. På baggrund heraf kan de tage stilling til relevansen af det opfølgende hjemmebesøg. § 2-aftalen tolkes og praktiseres, således at den praktiserende læge kan afslå at deltage i opfølgende hjemmebesøg, hvis vedkommende ikke finder det relevant (PLO-Hovedstaden, Region Hovedstaden 2013)¹⁹. Hovedparten af de interviewede praktiserende læger sætter pris på denne mulighed. De kommunale sygeplejersker oplever, at praktiserende læger ind imellem afslår deres anmodninger, men det er primært en udfordring i forhold til bestemte læger, som generelt er svære at samarbejde med og få ud i borgernes hjem. Et par af de kommunale sygeplejersker finder det problematisk, at lægerne kan afvise at deltage i et opfølgende hjemmebesøg – vel og mærke uden at de oplever at få en faglig begrundelse fra lægen. Af surveyen fremgik det, at halvdelen af de læger, som har afvist besøg, angiver som årsag, at borgerens behov blev håndteret på anden måde, og en fjerdedel angav, at formålet med besøget var uklart (se Tabel 3.2 s. 28). Flere af de kommunale sygeplejersker fremhæver også, at hvis de skal gøre sig forhåbning om at få de praktiserende læger ud på opfølgende hjemmebesøg, skal de gøre sig meget umage med deres faglige begrundelse for et opfølgende hjemmebesøg samt præcisere de problemstillinger, som de vil have de praktiserende læger til at forholde sig til. En praktiserende læge fremhæver, at han ikke kunne drømme om at afvise en anmodning fra kommunen:

”Hvis de [hjemmesygepleje, red.] beder om det, så har jeg den holdning, at det er, fordi de føler det. Det kan godt være, at jeg ikke føler det, men det er lige meget. Det er dem, der beder om det. [...] Det er en indikator på, at der er nogen i den anden ende, som har en tvivl og mener, at det er relevant. [...] Jeg oplever, at de spørger, fordi de er i tvivl, eller der er noget, de gerne vil have uddybet, underbygget eller være sikker på”. (Praktiserende læge, bruger)

¹⁹ I den oprindelige aftale fra 2011 var det endog præciseret, at den praktiserende læge – uden begrundelse – afgør, om lægen vil gennemføre et opfølgende hjemmebesøg (Hovedstadsregionens Praktiserende Læger, Region Hovedstaden 2011). Denne passus indgår i ikke i aftalen fra 2013. Her står, at såfremt den praktiserende læge finder det relevant at foretage et hjemmebesøg, aftales omfang og dato herfor (PLO-Hovedstaden, Region Hovedstaden 2013).

Denne praktiserende læge rykker således ud på kommunens anmodning, også selvom han i udgangspunktet ikke finder det nødvendigt. Generelt oplever de kommunale sygeplejersker stor forskel på de praktiserende lægers tilbøjelighed til at ville deltage i opfølgende hjemmebesøg på deres opfordring. Oplevelsen er også, at det hjælper at være præcis omkring, hvilke problemstillinger de vil have lægen til at foreholde sig til.

Besøg på lægens initiativ

Hvis de praktiserende læger tager initiativ til et opfølgende hjemmebesøg, viser interviewene, at det er forskelligt, hvordan lægens kommunikation med og involvering af kommunen foregår. På baggrund af interviewene kan udledes følgende tre fremgangsmåder:

- Lægen sender en korrespondancemeddelelse til kommunen og beder dem melde tilbage, hvornår de kan deltage (fx ved at ringe til sekretæren, som koordinerer tidspunktet)
- Lægen aftaler et tidspunkt med borgeren og orienterer kommunen om tidspunktet i en korrespondancemeddelelse
- Lægen aftaler et tidspunkt med borgeren og tager på opfølgende hjemmebesøg uden kommunen. Lægen sender eventuelt en korrespondancemeddelelse til kommunen efter besøget, hvis der er behov for noget sygeplejefagligt eller andet, kommunen skal følge op på.

Det er kun i det første tilfælde, at der sker en reel involvering af kommunen i forhold til afholdelsen af det opfølgende hjemmebesøg. I det andet tilfælde har kommunen ingen indflydelse, men gives en mulighed for at stille op med en medarbejder – et par af lægerne fortæller, at det ikke altid er muligt for kommunen. I det sidste tilfælde er kommunen hægtet helt af og involveres måske kun, efter besøget er afholdt. I næste afsnit set vi nærmere på, hvad der kan forklare, hvorfor nogle af de praktiserende læger slet ikke eller kun i begrænset omfang involverer kommunerne i planlægningen af de opfølgende hjemmebesøg.

I interviewene med borgere og pårørende spurgte vi også ind til, hvordan det blev aftalt, hvornår det opfølgende hjemmebesøg skulle være. Det er langt fra alle, der husker dette. De, der gør, fortæller, at enten lægen eller en kommunal sygeplejerske ringede og meddelte dato og tidspunkt. En af borgere fortæller, at den kommunale sygeplejerske først skulle tale med lægen, før der kunne fastlægges et tidspunkt. Borgeren er helt med på, at det måtte gøres sådan for at få lægen med, og at hendes eget dagsprogram er mindre vigtigt, for som hun siger: *”Jeg er hjemme altid”*. (Borger)

Udfordringer i planlægningen af opfølgende hjemmebesøg

Det, som de interviewede praktiserende læger og kommunale sygeplejersker angiver som den største udfordring i planlægningen af de opfølgende hjemmebesøg, er at få koordineret et mødetidspunkt:

”Det er bare enormt svært at koordinere, så alle kan og har tid til det. Så det er lige så svært for mig at koordinere det, som det er for hjemmeplejen”. (Praktiserende læge, bruger)

Derudover oplever de praktiserende læger generelt et stort arbejds- og tidspres, som de kommunale sygeplejersker i øvrigt ser og anerkender. Kombinationen af, at besøget kræver et forudgående koordineringsarbejde og det oplevede tidspres gør, at flere af de praktiserende læger ikke – eller kun i begrænset omfang – inddrager kommunen i planlægningen af de opfølgende hjemmebesøg, som følgende citatet eksemplificerer:

”Det [at lave opfølgende hjemmebesøg, red.] skal jeg lige have gjort, og det skal ind i kalenderen, og hvis jeg så først skal til at kommunikere frem og tilbage [med kommunen, red.], så genererer det mere arbejde”. (Praktiserende læge, bruger)

Kommunerne forsøger at være fleksible i forhold til at deltage i opfølgende hjemmebesøg, når lægen kan: *"Det er tit lægen, der har bolden – jeg kan dér og så hopper vi på"* (Kommunal sygeplejerske). En af de interviewede borgere har også lagt mærke til dette: *"Vi skulle tage hensyn til hans [lægens, red.] sparsomme tid, fordi det er jo hans besøgstid, det gik ud over"* (Borger). De kommunale sygeplejersker fortæller dog også om praktiserende læger, der udviser fleksibilitet i forhold til at finde et tidspunkt for det opfølgende hjemmebesøg.

En overordnet strukturel udfordring i forhold til at planlægge de opfølgende hjemmebesøg er de kommunale sygeplejersker og de praktiserende lægers organisering af deres arbejdstid. Arbejdstiden for dagvagten i den kommunale hjemmesygepleje slutter omkring kl. 15, hvorefter aftenvagten og dermed en mindre skare af medarbejdere tager over. De praktiserende læger har dagen fyldt op med patienter og foretrækker derfor at lægge de opfølgende hjemmebesøg i slutningen af arbejdsdagen – som regel efter kl. 15 eller senere. På dette tidspunkt presses lægen mindre af andre opgaver: *"Jeg gør det oftest på vej hjem, for så ved jeg, at der ikke er nogen, der står og hiver i mig i den anden ende"* (Praktiserende læge, bruger). Samme læge fremhæver desuden, at pårørende – fx voksne børn der har arbejde – også har nemmere ved at afse tid til at deltage, hvis det ligger om eftermiddagen.

Et par kommuner fortæller, at de gerne stiller op med en hjemmesygeplejerske i aftenvagten, fordi de ved, at det er nemmere for lægen, at besøget ligger der. En kommunal sygeplejerske fortæller desuden, at en medarbejder kan møde forskudt, hvis besøget ligger sent på eftermiddagen, men det kræver selvfølgelig, at de er inddraget eller orienteret om beslutningen i ordentlig tid inden besøget. At lægge et opfølgende hjemmebesøg, når aftenvagten er mødt ind, giver dog nogle andre udfordringer:

"Så er det aftenvagten, som kommer ind og som ikke har den daglige og mere intense kontakt [med borgerne, red.]. Jeg vil helst mødes med dagholdet, som kender patienterne bedst. Så kan det ikke nytte noget, at jeg siger, at jeg kommer kl. 16 efter arbejde og tager det og det på vej hjem. Så er det ikke den relevante hjemmesygeplejerske. Sådan oplever jeg det i hvert fald. Så det skal være om formiddagen eller først på eftermiddagen". (Praktiserende læge, bruger)

Lægens pointering af betydningen af den kommunale sygeplejerskes kendskab til borgeren bliver også fremhævet af flere af de kommunale sygeplejersker og de øvrige praktiserende læger.

Nogle af de praktiserende læger har forsøgt at imødekomme udfordringen med at finde tid til at tage ud til borgeren – herunder på opfølgende hjemmebesøg – ved at afsætte et fast tidsrum dedikeret hertil. For eksempel fortæller en af lægerne, som har en kompagniskabspraksis med to andre læger, at de hver har en akutdag, hvor de kan køre ud om formiddagen. Den pågældende læge oplever, at det giver en god uge og en god dagligdag at have reserveret tid i kalenderen:

"Hvis man har plottet det ind i kalenderen, så bliver den heller ikke fyldt op med alt muligt andet. Hvis man ikke gør det sådan og tænker, at man i stedet gør det en dag, hvor der er hul i kalenderen, så kommer det hul aldrig, og så får man det ikke gjort. Hullet kommer aldrig, medmindre man selv har gravet det på forhånd og sagt, at det er her". (Praktiserende læge, bruger)

Der er dog ikke alle de interviewede læger, der ser det som en løsning at reservere faste tidspunkter til opfølgende hjemmebesøg:

"Vi kan jo ikke reservere tid, for vi ved ikke, hvornår det [opfølgende hjemmebesøg, red.] kommer. Det er noget, vi bare må [finde tid til, red.] i kalenderen, eventuelt"

ved at rykke lidt rundt, og det kan godt være en udfordring". (Praktiserende læge, bruger)

Bag denne læges overvejelser ligger en opfattelse af, at det forventes, at det opfølgende hjemmebesøg skal afholdes snarest muligt, og at det fx ikke går an at sige, at det kan blive på en bestemt dag i ugen, som måske er 4-7 dage frem i tiden. En kommunal sygeplejerske fortæller imidlertid, at det letter arbejdet med at planlægge og deltage i opfølgende hjemmebesøg, at et lægehus fast har afsat to timer til formålet hver uge.

Tidsspænd

Udfordringen med at planlægge de opfølgende hjemmebesøg kan dels have indflydelse på, a) om besøgene overhovedet bliver gennemført, b) hvem der deltager i besøgene, og endelig c) hvor lang tid der går, fra borgeren er udskrevet, til besøget afholdes. Vi har været omkring de første forhold og vender nu blikket mod tidsspændet fra udskrivelse til opfølgende hjemmebesøg.

Der er i § 2-aftalen ikke defineret et tidspunkt, inden for hvilket det opfølgende hjemmebesøg skal være afholdt. I det første forsøg med opfølgende hjemmebesøg i Danmark (Glostrup-undersøgelsen) blev det afholdt inden for en uge efter udskrivelsen (Jakobsen et al. 2007). I interviewene med praktiserende læger og kommunale sygeplejersker i denne undersøgelse har flere den opfattelse, at besøgene helst skal afvikles 5-8 dage efter udskrivelsen. Enkelte kommuner vil gerne have, at de opfølgende hjemmebesøg ligger senest 3 dage efter, at borgeren er udskrevet.

I Tabel 4.6 en vist de praktiserende læger og kommunale sygeplejerskers angivelse af, hvor lang tid der ved deres seneste opfølgende hjemmebesøg gik, fra borgeren blev udskrevet, til besøget blev udført.

Tabel 4.6 Praktiserende læger og kommunale sygeplejerskers angivelse af tid fra udskrivning til udførelse af opfølgende hjemmebesøg (procent)

	Praktiserende læge	Kommunal sygeplejerske
Højst 3 dage	12	28
Mere end 3 dage efter, men højst en uge	40	31
Mere end en uge, men højst 2 uger	33	24
Mere end 2 uger, men højst 3 uger	3	3
Mere end 3 uger	3	2
Ved ikke	9	11
Total	100	100
Antal	154	90

Kilde: Elektronisk survey, efteråret 2016.

Halvdelen af de praktiserende læger har angivet, at det seneste opfølgende hjemmebesøg, de har deltaget i, blev udført inden for en uge efter, at patienten blev udskrevet, og langt de fleste blev udført inden for to uger. Nogenlunde samme mønster viser sig for kommunale sygeplejersker. Her har godt en fjerdedel angivet, at det seneste opfølgende hjemmebesøg, de har deltaget i, blev udført inden for tre dage efter borgerens udskrivelse. Der er ingen signifikant forskel mellem planområderne.

I interviewene med borgere og pårørende har vi spurgt ind til, hvor lang tid efter udskrivelsen det opfølgende hjemmebesøg blev afholdt. Blandt de borgere og pårørende, som kunne redegøre herfor (8 ud af 10 borgerforløb), er besøgene afholdt med følgende tidsspænd:

- Fire har fået opfølgende hjemmebesøg inden for en uge efter udskrivelse – en af dem dagen efter udskrivelsen, men besøget skete uden egen læge
- To har fået opfølgende hjemmebesøg 2 uger efter udskrivelsen
- To har fået opfølgende hjemmebesøg mere end 2 uger efter udskrivelsestidspunktet, henholdsvis 2½ uge og 4 uger efter.

Hvis det seneste opfølgende hjemmebesøg var blevet aflagt senere end en uge efter borgerens udskrivelse fra hospital, blev den praktiserende læge og den kommunale sygeplejerske spurgt, hvad der var afgørende for, at hjemmebesøget var blevet forskudt. De angivne årsager er vist i Tabel 4.7.

Tabel 4.7 Praktiserende læger og kommunale sygeplejerskers angivelse af, hvad der var afgørende for, at et opfølgende hjemmebesøg blev forskudt i forhold til borgerens udskrivelse (procent)

	Praktiserende læge	Kommunal sygeplejerske
Praktiserende læge og kommunal sygeplejerske kunne ikke finde et fælles tidspunkt	20	52
Blev ikke opmærksom på behovet før	41	7
Kunne ikke finde tid i egen kalender	41	4
Besked om udskrivelse kom sent	18	-
Manglende beskrivelse af funktionsniveau i epikrisen	10	4
Borgeren udskød besøget	-	-
Borgeren blev genindlagt	-	-
Anden årsag	15	30
Ved ikke	3	19
Antal (procentgrundlag)	61	27

Note: Svarpersonerne har kunnet give mere end ét svar, og procenterne summerer derfor til mere end 100.

Kilde: Elektronisk survey, efteråret 2016.

Som årsag til at det seneste opfølgende hjemmebesøg blev aflagt senere end en uge efter borgerens udskrivelse, har praktiserende læger hyppigst angivet problemer med at finde et tidspunkt for besøget. Enten har læge og kommunal sygeplejerske ikke kunnet finde et fælles tidspunkt før, eller lægen har ikke kunnet finde tid i egen kalender. Den næsthypigste årsag angivet af praktiserende læger er, at de ikke blev opmærksomme på behovet før. Kommunale sygeplejersker nævner også hyppigst problemer med at finde et tidspunkt for besøget som årsag til, at det er blevet forskudt. Her nævnes først og fremmest problemer med at finde et fælles tidspunkt med den praktiserende læge. Det, som kommunale svarpersoner angiver som årsag under 'andet', handler også mest om vanskeligheder med at finde et tidspunkt, hvor den praktiserende læge kunne deltage. Praktiserende læger har under 'andet' bl.a. skrevet, at det var rimeligt at vente med at aflægge besøget.

I to af gruppeinterviewene med de kommunale sygeplejersker blev det diskuteret, hvad der er et rimeligt tidspænd for afholdelse af opfølgende hjemmebesøg. Flere fremhæver, at det ofte er inden for de første par døgn efter udskrivelsen, at genindlæggelser forekommer, og derfor vil det give bedst mening, hvis besøgene kunne ligge her. Men logistikken omkring planlægning og de tre dages responstid på korrespondancemeddelelser fra lægernes side gør det vanskeligt. Tiden kan yderligere forhales, hvis lægen ønsker uddybende oplysninger om borgerens situation:

"Så går der tre dage til. Inden vi har set os om, så er borgeren enten blevet genindlagt, eller også har det overhovedet ikke relevans mere. Så har borgeren måske været hjemme i 14 dage – og så er der ikke nogen grund til at begynde at planlægge et besøg om en uge. Den udskrivelse er langt væk". (Kommunal sygeplejerske)

Ifølge en af de andre kommunale sygeplejersker er det problematisk, at der kan gå op til 8 dage, før et opfølgende hjemmebesøg kan afholdes. Ifølge de praktiserende læger er det ikke realistisk, hvis de skal rykke ud med meget kort varsel, men de fleste fortæller, at de rykker ud inden for en uge, som også er det, surveyen viser. Et par af de interviewede praktiserende læger nævner 14 dage som et realistisk tidsspænd.

Samlet set vil kommunerne således egentlig gerne rykke ud så hurtigt som muligt, men logistikken i forhold til at få arrangeret et fælles besøg med lægen vanskeliggør dette.

Aflysninger

Når først et opfølgende hjemmebesøg er aftalt, er det ifølge de interviewede kommunale sygeplejersker og praktiserende læger sjældent, at de aflyses. Hvis det sker, skyldes det enten, at praktiserende læger eller den kommunale sygeplejerske er blevet forhindret, eller at borgeren er blevet genindlagt. Hvis den ene part ikke dukker op, så gennemfører den anden part som regel besøget alene, som beskrevet i afsnit 3.5. En af de kommunale sygeplejersker fortæller, at de selv eller lægen kan blive forsinket. Frem for at de førhen sad og ventede på lægen, eller de selv hang i røret hos lægens sekretær for at orientere om forsinkelsen, har de praktiserende læger og hjemmesygeplejen i denne kommune udvekslet direkte telefonnumre til hinanden, så de nemt kan give besked i tilfælde af forsinkelse. Det har forbedret kommunikationen og koordineringen af besøgene på selve dagen for besøgets afholdelse.

4.3.3 Gennemførelse af besøgene

Når det først lykkes at få planlagt et opfølgende hjemmebesøg, og praktiserende læger og den kommunale sygeplejerske mødes i borgerens hjem, giver de interviewede kommunale sygeplejersker og hovedparten af de praktiserende læger udtryk for, at besøgene er relevante og meningsfulde (se også afsnit 3.2). Vi ser i dette afsnit på, hvordan besøgene helt konkret afvikles, og hvad der har betydning for, hvor godt besøgene fungerer.

Struktur og fokus for besøgene

Vi var i undersøgelsen interesseret i at vide, om der under de opfølgende hjemmebesøg blev anvendt en fast struktur for, hvilke emner der skulle gennemgås, og hvad denne struktur i givet fald består i.

36 % af både praktiserende læger og kommunale sygeplejersker har angivet, at der under deres seneste opfølgende hjemmebesøg blev anvendt en fast struktur for de emner, der skulle gennemgås.

Som eksempler på en struktur har kommunale svarpersoner angivet, at der på forhånd blev lagt en plan for besøget, som var aftalt mellem den kommunale sygeplejerske og praktiserende læge. Planen for besøget har taget udgangspunkt i borgerens aktuelle situation. Andre har nævnt, at der anvendes et fast skema, eller at lægen havde en liste over emner, som blev gennemgået. I interviewene fortæller hovedparten af de kommunale sygeplejersker, at de tager afsæt i nogle faste punkter eller et skema, når de er på opfølgende hjemmebesøg. Det er med til at holde fokus under hjemmebesøget og sikre, at man kommer omkring alle relevante forhold, som det her bliver forklaret:

”Det, der kan være faren nogle gange, er, at vi kan blive forblændet og ikke komme hele vejen rundt, og så er det godt at have instruksen med, så man kan klikke af, om man har fået dem alle sammen med”. (Kommunal sygeplejerske)

En anden kommunal sygeplejerske fremhæver, at nogle faste punkter også kan hjælpe til, at borgeren ikke kører ud af en tangent. Flere nævner den sygeplejefaglige udredning, der omfatter 12 sygeplejefaglige problemområder, som de tager afsæt i. De fleste af de interviewede kommunale sygeplejersker fortæller, at de selv har udarbejdet en skabelon eller et skema, som de tager afsæt i under de opfølgende hjemmebesøg. En af disse fortæller, at de praktiserende læger har samme skabelon liggende som kommunen, og det er den, man forbereder sig ud fra, inden man mødes hjemme hos borgeren. 5 af de 19 kommuner, som er repræsenteret i interviewene, bruger ikke faste skabeloner eller skemaer i forbindelse med besøgene. Her er det således op til den enkelte sygeplejerske at afgøre, hvad der skal være i fokus. Et par af de kommunale sygeplejersker kan se en fordel i at være mere strukturerede omkring besøgene og have et skema eller nogle faste punkter at tage afsæt i.

I surveyen henviser de praktiserende læger bl.a. til den struktur, der er beskrevet i § 2-aftalen om opfølgende hjemmebesøg og til vejledningen fra Dansk Selskab for Almen Medicin eller Medibox (et onlinebaseret opslagsværk). Praktiserende læger nævner endvidere, at de har en frase, de tager udgangspunkt i. De emner, som i øvrigt bliver nævnt eksplicit, er stort set dækket af følgende liste:

- Subjektiv status
- Helbredsstatus og fysisk funktionsniveau
- Mental status og mentalt funktionsniveau
- Medicin gennemgang
- Social situation
- Ernæring
- Konklusion og opfølgning, herunder kommunal visitation

Gennemgang af medicin nævnes som et element i de fleste praktiserende lægers beskrivelse af struktur. Af interviewene med de praktiserende læger fremgår, at de ikke følger en fast struktur, men gennemfører dem mere ad hoc – måske med nogle faste punkter i hovedet, men primært ud fra, hvilke problemstillinger enten hospitalet eller de kommunale sygeplejersker har skitseret for dem. To af de interviewede læger fortæller, at de følger et fast skema. En af disse læger har udarbejdet et skema med 10-15 punkter i samarbejde med de øvrige læger i den kompagniskabspraksis, han sidder i. Han kender tilsyneladende ikke til det skema, som er lavet i fællesskab mellem praktiserende læger og den kommune, han har praksis i – jf. det, som en kommunal sygeplejerske fra kommunen fortæller. Et par af de praktiserende læger kan godt se en fordel i at tage afsæt i en fast skabelon, mens enkelte mener, at det vil besværliggøre deres arbejde: *”Nej, ikke flere værktøjer. Ellers tak. Vi skal have så mange værktøjer, og det tager så lang tid”* (Praktiserende læge, bruger).

At tage højde for borgernes perspektiv

Både praktiserende læger og kommunale sygeplejersker har desuden fokus på, at borgerens oplevelser og ønsker kommer frem. Både kommunale sygeplejersker og praktiserende læger fortæller, at de som regel starter besøget med at spørge borgeren og eventuelle pårørende om deres oplevelse af forløbet på hospitalet, og hvordan de synes, det går. Som en af de kommunale sygeplejersker fremhæver, så kan det være overvældende for borgeren at sidde over for to fagpersoner. Så fungerer det meget godt at lade borgeren starte med at fortælle – hvis denne ellers er i stand til det. En praktiserende læge fremhæver endvidere, at en del af besøget også handler om at skabe tryghed, og derfor er man nødt til at finde ud af, hvad der fylder for

borgeren og få afklaring på spørgsmål, som de måtte have. Følgende citat giver indblik i, hvordan dette håndteres:

"[Man tager højde for borgerens perspektiv, red.] ved at høre på den historie, der har været. Hvad skete der op til indlæggelsen og under indlæggelsen? Hvordan opfattede de det? Hvad fejler de? Ved de, hvad planen er? Hvad synes de, vi skal gøre? Hvad med næste gang? Så spørger vi ind til det med åbne spørgsmål og prøver at lade dem fortælle deres forventninger og frustrationer om behandling og sygdommen. Også om de er trygge nok ved at være der, og om hjælpen er god nok". (Praktiserende læge, bruger)

Den praktiserende læge og den kommunale sygeplejerske kan have spottet nogle problematikker, som borgeren måske ikke selv har øje for, og det skal også balanceres ind i besøget. Der er begrænset tid til besøget, og ifølge et par af de praktiserende læger kan det også være en udfordring at give plads til borgerens dagsorden: *"Nogle gange kan vi være pressede, for der er ting, vi skal have styr på nu og her"* (Praktiserende læge, bruger).

Af interviewene med borgere og pårørende fremgår det, at de har følt, at de blev lyttet til, og at det var en samtale mellem tre parter – eventuelt fire, hvis der var en pårørende tilstede. Eksempelvis fremhæver en borger følgende som godt ved det opfølgende hjemmebesøg:

"Dels så lyttede de. Og jeg snakkede om de der problemer med alle de smertestillende piller, som jeg ikke syntes, at jeg havde brug for. Og de fjernede dem så". (Borger)

Borgeren oplevede således, at der blev lyttet til og handlet på den problemstilling, som hun havde. Der er også eksempler på, at borgerne har været lidt mere på sidelinjen. For eksempel fortæller en borger, at der ikke blev spurgt ind til hendes oplevelse af forløbet, men at der primært var fokus på at få styr på de piller, hun fik. En anden borger oplevede, at omdrejningspunktet for det opfølgende hjemmebesøg var, at hjemmesygeplejersken havde behov for at få lægens blik på hendes (borgerens) tilstand. Borgeren havde ikke selv spørgsmål, og meget af samtalen foregik derfor mellem lægen og hjemmesygeplejersken. Adspurgt, hvad de talte om, fortæller borgeren:

"Lægen sagde: 'Det går fint, det kan ikke være bedre'. Det var hun [hjemmesygeplejersken, red.] jo også glad for at høre". (Borger)

Ingen af de to borgere oplevede det dog som et problem, at de ikke i så høj grad var inddraget i hele samtalen, og at fokus var at give en status og få styr på medicin.

At være i hjemmet

Enkelte af de interviewede kommunale sygeplejersker, praktiserende læger og borgere sætter ord på det særlige ved at holde et fælles møde – og at dette møde foregår i borgerens hjem. En af de kommunale sygeplejersker fremhæver, at det gør en forskel, at man sidder sammen med borger, egen læge og den kommunale sygeplejerske; at der er noget særligt meningsgivende ved at mødes i borgerens hjem, og at det især giver lægerne en anden indsigt: *"Nogle gange ved lægen ikke, hvad borgerens virkelighed er"* (Kommunal sygeplejerske). Et par af de praktiserende læger fremhæver også fordelene ved at komme i borgerens hjem. En af dem beskriver det således:

"Jeg kan gøre mig et indtryk af hjemmet, og når familien er der, får jeg et indtryk af, hvilke ressourcer der er. Er der nogen ressourcer, eller er der slet ikke? Hvordan er hjemmet indrettet? Hvordan er det at komme rundt i? Skal man op på første sal for at komme i bad? Det er jo helt håbløst. Nogle ting kan vi gribe fat i og sige: 'Vi

bliver simpelthen nødt til at få gjort det her hjem ældrevenligt', eller sige at det ikke kan nytte noget at bo der. Så det er godt at se nogle gange. Det siger også meget, om der er pænt og ryddeligt, om der står mad i køleskabet, om medicinen er linet op, eller om det er hulter til bulter og kaos. Også at familien er der. Nogle familie-medlemmer er jo virkelig kæmpe ressourcepersoner. Og man kan få en aftale om, at de også er med i hele det her, at de meget gerne vil følge ting til dørs, de vil meget gerne køre mor til kontrol på hospitalet eller til kontrol hos mig. Man får et indtryk af hjemmet og af ressourcerne omkring patienten og af patienten selv. Det er også vigtigt at observere, hvordan patienten har det. Det er svært over en telefon". (Praktiserende læge, bruger)

Den praktiserende læge beskriver her, hvordan han får et unikt indblik i borgerens hjemmesituation og ressourcer. En anden læge understreger, at det er i folks hjem, at tingene skal optimeres, hvis man skal skabe ro omkring borgerens situation og undgå genindlæggelser – derfor er det alfa og omega at komme ud til borgeren. Den ovenfor citerede læge fremhæver desuden styrken ved, at flere aktører omkring borgeren er samlet:

"Under alle omstændigheder er det en fordel, at vi er samlet. Det gør den her ordning stærk. Vi sidder både med patienten, eventuelt også pårørende, hjemmesygeplejersken, plejehjemspersonalet eller andre aktører og så egen læge. Så vi sidder og kan blive enige om, at så gør vi sådan, og medicinen bliver sådan og sådan, og vi forsøger med den og den kontrol, tager prøver sådan og sådan. Det er rigtig godt. I det hele taget de her her samtaler, hvor vi er flere, der hører det og ikke skal sidde og skrive, ringe eller maile frem og tilbage. [...] Det gør det nemmere for os, at alle aktører sidder der og kan byde ind". (Praktiserende læge, bruger)

På trods af de opridsede fordele ved at være i borgerens hjem fremhæver lægen, at det fælles møde måske godt kan foregå i konsultationen. Det ville gøre det nemmere for lægen, som så ikke skal bruge tid på landevejen – tid, som går fra at tage sig af andre patienter i konsultationen.

For flere af de interviewede borgere er det slet ikke en mulighed at komme i lægens konsultation længere, så de sætter stor pris på, at lægen kommer til dem. En borger oplever også, at kontakten med lægen bliver anderledes, når han kommer hjem til hende:

"[Lægen, red.] gør det helt anderledes herhjemme. [...] Han har tid til mere. Når man kommer derop [i konsultationen, red.], så er det så og så meget tid". (Borger)

Samme borger fortæller videre, at hun kommer tættere på sin læge, når han kommer hjem til hende. En anden borger fortæller ligeledes, at det er mere hyggeligt, når lægen kommer hjem, og så mener hun også, at det giver lægen noget ekstra:

"Det er jo også en gave for dem. Så kan de se, hvordan folk bor. [...] Det kan lægerne jo næsten også se, hvordan det hele fungerer. Tror du ikke, de har det på fornemmelsen?" (Borger)

Som beskrevet i afsnit 3.1 er det imidlertid ikke alle læger, der kan se merværdien i at komme i folks hjem, enten fordi man ikke bryder sig om at komme hjem til folk, eller fordi man ser fordele i, at borgerne kommer i konsultationen, hvor lægen kan nå mere.

Deltagelse af pårørende

Som det fremgik af Tabel 3.9 i afsnit 3.5 (s. 34), har der deltaget pårørende i godt en tredjedel af de seneste opfølgende hjemmebesøg, som henholdsvis den praktiserende læge og de kommunale sygeplejersker har deltaget i. Af interviewene fremgår, at det er forskelligt, i hvilket

omfang pårørende deltager. Ægtefælle deltager som regel, mens det i mindre grad er tilfældet med voksne børn, da de ofte er på arbejde eller bor langt væk. For eksempel fortæller en af de interviewede borgere, at hendes børn ikke kunne på det tidspunkt, hvor besøget var aftalt. Ud over den praktiserende læge og den kommunale sygeplejersken er der således endnu en person, der skal afpasses kalender med:

"Hvis de pårørende ytrer ønsker om det, så er det bare med at få kalenderen til at spille sammen, men det bliver i realiteten oftest på mine præmisser, for det bliver jo, når jeg kan". (Praktiserende læge, bruger)

Selvom lægen således gerne vil inddrage pårørende i besøget, bliver det lægens kalender, som trumfer i forhold til at finde et tidspunkt. En kommunal sygeplejerske fortæller, at hun gør meget ud af at få lov at kontakte eventuelle pårørende, men der er også borgere, som ikke ønsker, at de pårørende skal deltage. Og det er ikke alle, der har pårørende.

Både de interviewede kommunale sygeplejersker og de praktiserende læger oplever det overvejende som en fordel at have pårørende med til de opfølgende hjemmebesøg. For det første kan de pårørende uddybe borgerens situation, og hvis borgeren er konfus eller har demens, beskrives de pårørende som helt uundværlige. Det er sådan, at situationen har været for en af de interviewede pårørende:

"Min mand er jo dement, så de [lægen og den kommunale sygeplejerske, red.] kunne lige så godt lade være med at snakke med ham, fordi det er mig, der skal sige det, der skal siges". (Pårørende)

Et eksklusionskriterium for en af kommunerne er, hvis en borger med demens ikke har pårørende, som kan deltage, fordi besøget ifølge de kommunale sygeplejersker så ikke giver mening.

En anden fordel ved at have pårørende med uddybes i det følgende af en kommunal sygeplejerske:

"De hører tingene fra både sygeplejerske og læge – at der er lidt en fælles linje. Det tror jeg er godt. Vi hører alle sammen, hvad hinanden siger. Der kan laves aftaler, som de [pårørende, red.] så også kan følge op på hos de borgere, der ikke er så ressourcestærke. Så det giver rigtig god mening at have pårørende med". (Kommunal sygeplejerske)

De pårørende hører således, hvad der bliver aftalt, og kan handle herefter og eventuelt påtage sig opgaver. Det kan fx være at hjælpe med transport til eventuelle kontroller, hvis der skal flyttes møbler i hjemmet, så hjemmeplejen kan komme rundt, eller hvis mulighederne for plejehjemsplads skal undersøges.

En tredje fordel ved at have pårørende med er ifølge flere af de kommunale sygeplejersker og praktiserende læger, at der kan ske en forventningsafstemning. Pårørende kan have nogle forventninger til, hvad der skal ske med borgeren, som enten er urealistiske eller ikke afspejler, hvad borgeren selv ønsker. For eksempel fortæller en af de interviewede borgere, at hendes datter deltog i besøget, og at datteren synes, at hun siger for meget nej til at få hjælp. Men borgeren slår fast: *"Jeg kan ikke være mere sikker nu, hvor jeg har en stor ringeklokke om halsen [faldalarm, red.]. Så nu må hun [datteren, red.] være tilfreds". (Borger)*

Flere af de praktiserende læger fortæller desuden, at det er godt at få afstemt behandlingsniveauet med de pårørende:

"Nogle gange kan man også få en snak med dem [de pårørende, red.] om, hvorvidt de [borgerne, red.] skal indlægges næste gang – altså nogle mere eksistentielle ting en gang imellem. Hvad er det rigtige for patienten? Hvad synes de pårørende, og hvad synes patienten? Er det hensigtsmæssigt, at hver gang så indlægger vi dem med det samme? At få nogle planer for de ting der, hvor det også handler om andet end den lungebetændelse. Det handler også om de liv, de lever. Vi kan også få en snak om, hvorvidt det er på tide nu snart at søge plejehjem". (Praktiserende læge, bruger)

Den praktiserende læge uddyber her, at inddragelse af de pårørende er væsentlig i forhold til, at der er en fælles forståelse for, hvordan der fremadrettet handles over for borgeren. Et par af de kommunale sygeplejersker uddyber, at de pårørende således er informeret om, hvad 'systemet' gør og hvorfor – og ikke mindst at lægen understreger, at det kan alle være trygge ved. Den fælles retning gør, at de pårørende således er klar over, hvorfor hjemmesygeplejen gør, som de gør – og ikke modarbejder det. Det giver ifølge en kommunal sygeplejerske ro og forebygger indlæggelser.

Enkelte af de praktiserende læger fremhæver, at der også kan være ulemper ved, at pårørende deltager. Det kan fx være tidsrøvende, hvis de pårørende er meget snakkesalige og stiller mange spørgsmål, og de kan have bestemte holdninger til, hvad der skal ske, som måske ikke kan imødekommes, eller der skal bruges tid på at afstemme.

Et sidste aspekt i forhold til de pårørende er, at de også kan være belastet af situationen, og det er ifølge en af de kommunale sygeplejersker også væsentligt at få afdækket og afhjulpet, så hjemmesituationen er holdbar for alle parter. En af de interviewede pårørende på 83 år fortæller fx, at hun hidtil havde stået for at dosere medicin til sin mand, som har demens. Det var begyndt at blive en vanskelig opgave for hende:

"Det kneb lidt med at finde ud af det [at dosere mandens medicin, red.], fordi så skiftede han medicin, og så er han indlagt og får noget nyt medicin, og så er han indlagt igen, og så får han noget nyt. Det kneb lidt med at finde ud af fra den ene gang til den anden. Jeg har godt nok et skema, men jeg synes, at det kneb". (Pårørende)

I dette tilfælde blev det på det opfølgende hjemmebesøg aftalt, at en kommunal sygeplejerske skulle komme hver 14. dag og dosere mandens medicin. Som hustruen uddyber, så betyder det yderligere, at der kommer nogen og ser, hvordan hendes mand ser ud. Så ud over at blive aflastet med at dosere medicin giver det også en tryghed for hustruen, at en kommunal sygeplejerske løbende kommer i hjemmet og ser, hvordan hendes mand har det – selvom det egentlig ikke er derfor, de i udgangspunktet kommer.

Perspektiver på det gode besøg

Vi har både i survey og interview med praktiserende læger og kommunale sygeplejersker forsøgt at indkredse, hvad der kendetegner de gode opfølgende hjemmebesøg, og hvad der kræves af de involverede fagpersoner. Der fremhæves overordnet fem forhold:

1. At der er enighed om tidsrammen for selve besøget
2. At både den praktiserende læge og den kommunale sygeplejerske har forberedt sig til besøget
3. At den kommunale sygeplejerske kender borgeren, og at den praktiserende læge har sat sig ind i borgerens situation
4. At den kommunale sygeplejerske har relevant erfaring og kompetence
5. At alle tager ansvar, og at der er en tydelig opgavefordeling.

Tidsramme: Af interviewene fremgår det, at der blandt de praktiserende læger og kommunale sygeplejersker ikke er helt den samme forståelse af, hvor lang tid der skal afsættes til et opfølgende hjemmebesøg. Flere af de kommunale sygeplejersker oplever, at de praktiserende læger ikke har afsat nok tid til besøget og "... står med det ene ben ude af døren fra det øjeblik, de kommer" (kommunal sygeplejerske). De kommunale sygeplejersker fortæller, at de afsætter mellem ¾-1 time, mens nogle læger kun afsætter ½ time. For eksempel fortæller en af de praktiserende læger, at han samlet set sætter 1 time af til et opfølgende hjemmebesøg, men bruger ½ time på forberedelse, og så er der ½ time til selve besøget.

Forberedelse: En vigtig forudsætning for et godt møde er for både de praktiserende læger og de kommunale sygeplejersker, at de selv og den anden part er forberedt og har sat sig ind i, hvilke problemstillinger der skal tages stilling til. Når et besøg aftales på initiativ af en kommunal sygeplejerske, sætter de praktiserende læger pris på at få præciseret, hvilke problemstillinger den kommunale sygeplejerske gerne vil have dem til at forholde sig til. Det hjælper både på deres tilbøjelighed til at deltage i besøget, og til at lægen bedre kan forberede sig.

Kendskab til borgeren: De praktiserende læger pointerer vigtigheden af, at de kommunale sygeplejersker, der deltager i det opfølgende hjemmebesøg, kender borgeren, og at det fx ikke er første gang, de ser borgeren. Det er bl.a. også derfor, at flere af de praktiserende læger forsøger at være fleksible i forhold til at lægge besøgene i hjemmesygeplejens dagvagt. De praktiserende læger kender ofte deres patienter, hvis de har haft praksis i mange år, men de kan også have patienter, som aldrig er kommet i konsultationen. Uanset lægens forudgående kendskab til borgeren fremhæver de kommunale sygeplejersker vigtigheden af, at lægen har sat sig ind i, hvad det er for en patient, de skal ud til.

I surveyen spurgte vi de praktiserende læger og kommunale sygeplejersker, om deres samarbejdspartner ved det seneste opfølgende hjemmebesøg havde det fornødne kendskab til borgeren og dennes aktuelle situation. Svarfordelingen fremgår af Tabel 4.8.

Tabel 4.8 Praktiserende læger og kommunale sygeplejerskers vurdering af, om samarbejdspartneren havde det fornødne kendskab til borgeren og dennes aktuelle situation (procent)

	Praktiserende læge	Kommunal sygeplejerske
Ja, i meget høj grad	11	16
Ja, i høj grad	37	41
Ja, i nogen grad	34	31
I beskeden grad	10	6
Slet ikke	1	-
Ved ikke	7	6
Total	100	100
Antal	147	87

Note: p = 0,5

Kilde: Elektronisk survey, efteråret 2016.

Knap halvdelen af de praktiserende læger og knap 60 % af de kommunale sygeplejersker har vurderet, at deres samarbejdspartner i meget høj grad eller i høj grad havde det fornødne kendskab til borgeren og dennes situation. En beskeden andel har vurderet, at deres samarbejdspartner kun i beskeden grad eller slet ikke havde det fornødne kendskab til borgeren. Der er ingen signifikant forskel på fordelingen af praktiserende lægers og kommunale sygeplejerskers besvarelser.

I Tabel 4.9 er vist, hvordan praktiserende læger og kommunale sygeplejersker har vurderet deres eget kendskab til borgeren og dennes aktuelle situation ved det seneste opfølgende hjemmebesøg.

Tabel 4.9 Praktiserende læger og kommunale sygeplejerskers vurdering af, om de selv havde det fornødne kendskab til borgeren og dennes aktuelle situation (procent)

	Praktiserende læge	Kommunal sygeplejerske
Ja, i meget høj grad	24	16
Ja, i høj grad	59	41
Ja, i nogen grad	12	33
I beskeden grad	3	8
Slet ikke	1	-
Ved ikke	1	1
Total	100	100
Antal	146	87

Note: $p = 0,001$

Kilde: Elektronisk survey, efteråret 2016.

Et stort flertal (83 %) af de praktiserende læger har vurderet, at de i meget høj grad eller i høj grad havde det fornødne kendskab til borgeren og dennes aktuelle situation. Blandt kommunale sygeplejersker er det den lavere andel (57 %), der har vurderet dette. Blandt de kommunale sygeplejersker har 41 % vurderet, at de kun i nogen grad eller i beskeden grad havde kendskab til borgeren.

Som årsag til kun i nogen grad, i beskeden grad eller slet ikke at have haft den fornødne kendskab til borgeren og dennes aktuelle situation har praktiserende læger angivet manglende eller mangelfuld epikrise, at det drejede sig om en nytilmeldt patient, eller at den praktiserende læge for nylig har overtaget praksis og derfor ikke endnu kender patienterne.

Kommunale sygeplejersker nævner oftest manglende forhåndskendskab til borgeren forud for et besøg som årsag til utilstrækkeligt kendskab til borgeren. Det kan skyldes, at den pågældende sygeplejerske ikke tidligere er kommet hos borgeren, eller at borgeren ikke var kendt af kommunens hjemmesygepleje. I disse tilfælde må man således basere sig på journaloplysninger. Nogle finder dette tilstrækkeligt, mens andre ikke gør. Kommunale sygeplejersker nævner også manglende lægeoplysninger fra hospital, og i et par tilfælde nævner en kommunal sygeplejerske, at vedkommende fik besked om at skulle aflægge besøget med kort varsel.

Den kommunale sygeplejerskes erfaring og kompetence: Et par af de interviewede praktiserende læger fremhæver, at de opfølgende hjemmebesøg forløber bedst, hvis det er en kompetent og erfaren kommunal sygeplejerske, der deltager – og ikke en nyuddannet social- og sundhedsassistent. Oplevelsen blandt de fleste af de interviewede praktiserende læger er da også, at det primært er kompetente og erfarne kommunale sygeplejersker, der deltager i besøgene.

Ansvar og opgavefordeling: I interviewene med kommunale sygeplejersker og med enkelte af de praktiserende læger italesættes vigtigheden af, at alle tager ansvar for at løse opgaven, og at der både under og efter besøget er en klar arbejdsfordeling i forhold til de opgaver, der skal løses. Et par af de kommunale sygeplejersker oplever, at meget er lagt over til dem – at de skal have overblikket og holde lægen til ilden. Det er især tilfældet i de situationer, hvor lægen ikke er forberedt.

4.4 Aftaler og opfølgning

Som et sidste led i kæden omkring at lave opfølgende hjemmebesøg undersøger vi, hvad der kommer ud af besøgene, herunder hvad der bliver aftalt, og hvordan der følges op på disse aftaler.

Vi har i surveyen spurgt praktiserende læger og kommunale sygeplejersker, hvorvidt de deltagende fagpersoner under det seneste opfølgende hjemmebesøg havde samme vurdering af, hvad der skulle sættes i værk i forhold til borgeren. Som det fremgår af Tabel 4.10, oplever de praktiserende læger og kommunale sygeplejersker, at det i stor udstrækning er tilfældet.

Tabel 4.10 Praktiserende læger og kommunale sygeplejerskers vurdering af, om deltagende fagpersoner havde samme vurdering af, hvad der skulle sættes i værk (procent)

	Praktiserende læge	Kommunal sygeplejerske
Ja, i meget høj grad	15	9
Ja, i høj grad	49	60
Ja, i nogen grad	18	22
I beskeden grad	3	-
Slet ikke	1	-
Ved ikke	14	9
Total	100	100
Antal	142	87

Note: $p = 0,17$

Kilde: Elektronisk survey, efteråret 2016.

65 % af de praktiserende læger og 69 % af de kommunale sygeplejersker har vurderet, at de deltagende fagpersoner i meget høj grad eller i høj grad havde samme vurdering af, hvad der skulle sættes i værk.

Det gode ved de opfølgende hjemmebesøg er ifølge de interviewede kommunale sygeplejersker og de praktiserende læger, at der bliver lavet aftaler og lagt en plan for, hvad der skal ske i forhold til borgeren – og at praktiserende læger, kommunale sygeplejersker, borgeren og eventuelle pårørende er til stede og er inddraget i aftalerne. Som en læge her præciserer:

"Det, der er godt, er, at man mødes sammen og får sat nogle ting i system, laver nogle aftaler og byder ind med hver sit, så man kan lave en samlet plan for patienten, som alle er orienteret om, så alle ved, hvad vi skal følge op på". (Praktiserende læge)

En af de kommunale sygeplejersker fortæller om et konkret eksempel om en plejeboligbeboer med KOL, som hele tiden blev indlagt. Social- og sundhedsassistenterne og -hjelperne var ofte usikre i ydertimerne, hvor der ikke var sygeplejefagligt personale, og lægen kom ikke og tilså borgeren. Det betød, at borgeren blev indlagt gang på gang. Det ændrede det opfølgende hjemmebesøg på:

"Med det opfølgende hjemmebesøg blev der lagt nogle planer, der gjorde, at alle vidste præcis, hvordan de skulle håndtere symptomerne, som vedkommende havde. Det standsede alle indlæggelser. Det var så tydeligt, at planen blev lagt, og alle var trygge og vidste, når hun har det sådan her, så gør vi sådan her. Så ved vi, at vi kan håndtere det". (Kommunal sygeplejerske)

De praktiserende læger og kommunale sygeplejersker fik således nogle retningslinjer for, hvordan de skulle handle. Et par af de interviewede praktiserende læger fortæller, at det også kan blive aftalt, at borgeren ikke skal indlægges, næste gang vedkommende bliver dårlig, men skal have lov til at dø. Det fælles møde gør også, at kommunikationen mellem den kommunale sygeplejerske og lægen glider lettere efterfølgende, og at man 'taler samme sprog', forklarer en af de kommunale sygeplejersker.

Hovedparten af de interviewede borgere og pårørende kan redegøre for, hvad der blev aftalt på det opfølgende hjemmebesøg. For eksempel fortæller en af borgerne, at det blev aftalt, at der skulle ændres i den medicin, hun fik, fordi hun blev overmedicineret. Nogle de interviewede borgere mener enten ikke, at der blev aftalt noget, eller kan ikke huske, hvad der blev aftalt. En af disse borgere sætter sin lid til, at hvis der var noget, der skulle gøres eller følges op på, så kontakter hjemmesygeplejersken hendes læge og får styr på det. På nær to af de interviewede borgere og pårørende giver alle udtryk for, at de ved, at de kan kontakte hjemmehjælpen eller hjemmesygeplejen, hvis der sker et eller andet, og de skulle få brug for mere hjælp. Enkelte nævner også, at de vil kontakte egen læge. Af de to interview, hvor både borger og pårørende deltog, fremgår det, at de pårørende har en meget aktiv rolle i forhold til at følge op på situationen. For eksempel har en søn aftalt med moderens læge, at han ringer lægen op efter 14 dage og giver status på moderens situation. Et ægtepar fortæller tilsvarende, at de på eget initiativ er i løbende kontakt med egen læge i forbindelse med kvindens ophold på genoptræningscenter og forestående hjemsendelse herfra.

Hvad bliver sat i værk?

De ting, som sættes i værk, er forskellige fra borger til borger. Ofte skal der justeres i borgerens medicin, og der skal måske ekstra hjælp og foranstaltninger til i hjemmet. Der kan også være behov for at følge op med blodtryksmålinger og blodprøver. I forhold til blodprøver oplever flere af de kommunale sygeplejersker, at de bliver bedt om at følge op på blodprøvesvar af lægen – dette selvom det er lægen, der modtager svarene. Normalt vil det være borgerne selv, der følger op, men hovedparten af de borgere, der får opfølgende hjemmebesøg, magter ikke den opgave. For nogle kommunale sygeplejersker er det fint at påtage sig opgaven at være borgerens forlængede arm, andre forholder sig mere kritisk og undrer sig over, at de praktiserende læger ikke gør brug af pop-up-systemer i deres kalender, der kan gøre dem opmærksomme på indkomne blodprøvesvar på specifikke borgere. En enkelt kommune har meddelt de praktiserende læger, at de ikke vil tage ansvar for at følge op på blodprøvesvar. Opgaven med at følge op på blodprøvesvar er derfor potentielt i et grænsefelt mellem, hvad der er henholdsvis borgerens/de pårørendes ansvar, lægens ansvar og den kommunale sygeplejerskes ansvar.

I det oprindelige randomiserede forsøg med opfølgende hjemmebesøg bestod interventionen af hele tre opfølgende kontakter, hvor det første besøg foregik i eget hjem med praktiserende læge og hjemmesygeplejerske. De to efterfølgende besøg foregik enten i patientens hjem eller i lægens konsultation – her var det valgfrit, om hjemmesygeplejersken deltog (Jakobsen et al. 2007). To af de interviewede praktiserende læger fortæller, at de laver hjemmebesøg som opfølgning på det opfølgende hjemmebesøg, fx for at følge op på blodprøvesvar, hvordan det går, og om der er andet, der skal følges op på ud over det, der allerede er fokus på. En anden af lægerne fortæller, at han nogle gange ringer til borgerne efter det opfølgende hjemmebesøg:

"Jeg har også ringet op til patienten et par dage efter [det opfølgende hjemmebesøg, red.] for at høre, om det gik bedre med smerterne, som vi var blevet enige om at tackle på den og den måde. Så via det her [opfølgende hjemmebesøg, red.] kommer jeg automatisk i tættere dialog med patienten, og forløbet med patienten i dagene og ugerne efter bliver tættere. Patienten bliver også klar over, at lægen er med. Man kan ringe til mig, og jeg orienterer osv. Det kan også være trygt for patienten at

vide, at egen læge er der, og ikke bare er én, man ikke har snakket med i flere år”.
(Praktiserende læge, bruger)

Blandt de interviewede patienter og pårørende er der også et eksempel på, at egen læge har aftalt et genbesøg hos en borger. Det forekommer således, at der også sker opfølgning i form af genbesøg fra egen læge. Ud fra interviewmaterialet synes det ikke at være så udbredt. Vi har ikke spurgt til dette i spørgeskemaet og kan dermed ikke udtale os mere generelt om brugen af opfølgende kontakter efter det opfølgende hjemmebesøg.

Efterfølgende kommunikation

Af interviewene med praktiserende læger og kommunale sygeplejersker fremgår det, at langt de fleste læger sender et kort resumé som korrespondancemeddelelse til den kommunale hjemmesygepleje efter det opfølgende hjemmebesøg. Kun en enkelt kommunal sygeplejerske fortæller, at hun tilsvarende sender et kort referat af besøget som korrespondancemeddelelse. En af de praktiserende læger fortæller, at han både før og efter det opfølgende hjemmebesøg taler sammen med den kommunale sygeplejerske. I de tilfælde, hvor de praktiserende læger tager på opfølgende hjemmebesøg uden en kommunal sygeplejerske, fortæller lægerne, at de typisk sender en korrespondancemeddelelse til kommunen bagefter. En af lægerne uddyber, at hun kun gør dette, hvis der er behov for hjælp fra hjemmesygeplejen/hjemmeplejen, eller der er ændringer i hjælpen. Lægen kan godt gennemføre opfølgende hjemmebesøg, uden at kommunen orienteres herom. Det kan fx være, hvis det er en borger, som klarer sig selv og ikke har brug for eller ønsker hjælp.

Overordnet synes der i interviewene med praktiserende læger og kommunale sygeplejersker at være tilfredshed med kommunikationen efter de opfølgende hjemmebesøg, som primært foregår via korrespondancemeddelelser. Den eneste kurre på tråden er ansvaret for opfølgningen på blodprøvesvar, som de kommunale sygeplejersker oplever, bliver placeret hos dem.

Vi har i spørgeskemaundersøgelsen spurgt ind til praktiserende læger og kommunale sygeplejerskers vurdering af, om de efterfølgende modtog relevant information fra henholdsvis kommune og praktiserende læge om udførelse af indgåede aftaler under det seneste opfølgende hjemmebesøg. Svarfordelingen fremgår af Tabel 4.11.

Tabel 4.11 Praktiserende læger og kommunale sygeplejerskers vurdering af, om de modtog relevant information om udførelse af indgåede aftaler (procent)

	Praktiserende læge om information fra kommune	Kommunal sygeplejerske om information fra praktiserende læge
Ja, i meget høj grad	4	8
Ja, i høj grad	22	45
Ja, i nogen grad	21	21
I beskeden grad	15	11
Slet ikke	21	8
Ved ikke	17	7
Total	100	100
Antal	141	87

Kilde: Elektronisk survey, efteråret 2016.

Mens godt halvdelen af de kommunale sygeplejersker har vurderet, at de i meget høj grad eller i høj grad modtog relevant information om udførelse af indgåede aftaler under deres seneste opfølgende hjemmebesøg, så gælder det kun godt en fjerdedel af de praktiserende læger. Mere end en tredjedel af de praktiserende læger har vurderet, at de kun i beskeden grad eller slet

ikke modtog relevant information fra kommunen om udførelse af indgåede aftaler. En del af forklaringen på, at lægernes vurdering ligger så meget lavere end de kommunale sygeplejerskers, kan være, at det – som interviewene viste – ikke er fast procedure, at kommunerne sender referat til lægen eller for dens sags skyld orienterer om, at de har igangsat en aftalt indsats om fx hjemmehjælp.

4.5 Snitflader til andre ordninger

Opfølgende hjemmebesøg er naturligvis ikke det eneste tilbud til svækkede borgere efter udskrivelse fra hospital. I dette afsnit analyseres vurderingen af, om andre tilbud overlapper ordningen med opfølgende hjemmebesøg, og om der eventuelt er behov for koordinering.

I Tabel 4.12 er vist praktiserende lægers og kommunale sygeplejerskers vurdering af, om deres kommune har andre ordninger til skrøbelige borgere, der overlapper opfølgende hjemmebesøg.

Tabel 4.12 Praktiserende læger og kommunale sygeplejerskers vurdering af, om deres kommune har andre ordninger til skrøbelige borgere, der overlapper opfølgende hjemmebesøg (procent)

	Praktiserende læge	Kommunal sygeplejerske
Ja	24	16
Nej	49	42
Ved ikke	27	43
Total	100	100
Antal	174	115

Kilde: Elektronisk survey, efteråret 2016.

Halvdelen af de praktiserende læger og godt 40 % af de kommunale sygeplejersker vurderer, at der ikke er andre ordninger, der overlapper. En fjerdedel af de praktiserende læger og 16 % af de kommunale sygeplejersker har vurderet, at en eller flere andre ordninger overlapper opfølgende hjemmebesøg. En stor andel af svarpersonerne – og en særlig stor andel blandt kommunale sygeplejersker – har ikke været i stand til at tage stilling til spørgsmålet.

Praktiserende læger og kommunale sygeplejersker havde efterfølgende mulighed for i en åben svarkategori at angive, hvilke ordninger der overlapper. Her nævner de kommunale sygeplejersker bl.a. følge hjem-ordningen, opsøgende besøg af praktiserende læge, besøg fra kommunen ved udskrivelse/visitation og forløbskoordinator. Mange praktiserende læger nævner et årligt opsøgende hjemmebesøg for skrøbelige ældre at være overlappende. Derudover nævnes almindelige sygebesøg.

I alt 40 % af de praktiserende læger har angivet, at de nogle gange er i tvivl om, hvorvidt de skal bruge opfølgende hjemmebesøg eller en anden indsats, fx opsøgende besøg. En tredjedel af de kommunale sygeplejersker er nogle gange i tvivl, om de skal bruge opfølgende hjemmebesøg eller en anden indsats, fx et kommunalt tilbud.

I interviewene med praktiserende læger og kommunale sygeplejersker bliver lægernes opsøgende hjemmebesøg og sygebesøg også nævnt som snitflader til opfølgende hjemmebesøg. I modsætning til resultaterne fra surveyen oplever de interviewede læger, at det er klart nok, hvornår de forskellige ordninger skal bruges. Kommunernes forebyggende hjemmebesøg og udgående akutteams nævnes også i interviewene. De kommunale sygeplejersker betragter de

forebyggende hjemmebesøg som at være i en helt anden kategori end de opfølgende hjemmebesøg, fordi de forebyggende besøg primært rettes mod borgere, som ikke er kendt af kommunen og kun kan tilbydes én gang årligt. De kommunale akutteams er mest i spil i forhold til akutte ting og overlapper eller nærmere aflaster lægerne i forhold til akutte sygebesøg. En af de praktiserende læger nævner også, at det kommunale akutteam kan bringes i spil efter et opfølgende hjemmebesøg. De kommunale akutteams ses således som en ekstra ekspertise, man kan bringe i spil frem for at overlapse det, der er sigtet med de opfølgende hjemmebesøg.

Følge hjem-ordningen

I interview med kommunale sygeplejersker og praktiserende læger spurgte vi specifikt ind til overlap i forhold til hospitalernes følge hjem-ordning. Der er enighed om, at målgruppen for følge hjem-ordningen er overlappende med opfølgende hjemmebesøg. Men der er forskellig holdning til, om man betragter følge hjem-ordningen som en indikation på, at der også skal aftales et opfølgende hjemmebesøg, eller om følge hjem-ordningen gør det samme som et opfølgende hjemmebesøg og begge indsatser derfor ikke skal iværksættes over for den samme borger. Blandt de interviewede kommunale sygeplejersker er det opfattelsen, at det også er relevant med et opfølgende hjemmebesøg, når en borger er fulgt hjem fra hospitalet. De kommunale sygeplejersker fortæller, at de får en korrespondancemeddelelse, når en borger er fulgt hjem af følge hjem-teamet – en enkelt kommune får besked på forhånd. Men de kommunale sygeplejersker har blandede erfaringer med kvaliteten af vurderingen af borgerens hjemmesituation, som de får fra følge hjem-teamene. Enkelte oplever at få en grundig afdækning, mens andre finder det ubrugeligt. Generelt er det holdningen, at følge hjem-teamet ikke reelt kan vurdere, om borgeren kan klare sig i eget hjem på baggrund af det indtryk, de kan nå at få ved at træde ind over dørtærsklen sammen med borgeren på udskrivelsesdagen. At kommunale sygeplejersker vurderer følge hjem-teamets indsats forskelligt, genfindes også i en evaluering af Følge hjem-ordningen i Region Hovedstaden (Madsen et al. 2016). Blandt nogle kommunale sygeplejersker var det oplevelsen, at følge hjem-personalet fik etableret en holdbar situation i tiden umiddelbart efter patienten hjemkomst, fx i forhold til at installere de mest nødvendige hjælpemidler og få styr på patientens medicin. Andre oplevede, at ordningen bidrog til forvirring for borgeren, og at korrespondancemeddelelser kom så sent, at kommunens personale nåede at vurdere borgerens situation, inden de modtog følge hjem-personalets vurdering (ibid.).

Hovedparten af de interviewede praktiserende læger mener også, at det er oplagt med et opfølgende hjemmebesøg, hvis borgeren er fulgt hjem fra hospitalet. Tre læger mener ikke, at de skal på banen, hvis der er koblet et følge hjem-team på borgeren. Som en af lægerne fortæller:

”De skriver tit i epikriserne, at nu er der en følge hjem-ordning. Så tager jeg jo ikke ud til dem, for så tænker jeg, at så er de på en måde under beskyttende vinger”.
(Praktiserende læge, bruger)

Denne læge har imidlertid fået den opfattelse, at følge hjem-teamet kommer hos borgeren en måned efter udskrivelsen og fx også tager blodprøver. Det er ikke tilfældet. Lægens vurdering af, at der ikke er behov for et opfølgende hjemmebesøg, hvis borgeren indgår i følge hjem-ordningen, er således baseret på manglende viden om følge hjem-ordningen.

Ambulante hospitalsafsnit og udgående hospitalsteams

Der, hvor både de kommunale sygeplejersker og praktiserende læger oplever uklarhed eller overlap i forhold til opfølgende hjemmebesøg, er, når borgerne er tilknyttet ambulante hospitalsafsnit eller udgående teams fra hospitalet. Borgerne kan fx blive henvist til palliative eller geriatriske teams, som kommer ud til borgerne og følger op – lidt på samme måde som ved opfølgende hjemmebesøg. Holdningen hos flere af de interviewede læger er, at der så bør være

hånd i hanke med disse borgere, og derfor tager de ikke initiativ til opfølgende indsatser. Oplevelsen er imidlertid, at der kan gå lang tid – nogle gange måneder – før disse teams fra hospitalet kommer ud til borgeren. I den mellemliggende periode er borgerne således ladet lidt i stikken. En af de kommunale sygeplejersker fremhæver tilsvarende udfordringer, når borgerne er tilknyttet forskellige ambulatorier. Hun oplever, at de praktiserende læger overlader det til ambulatorierne at følge op på borgerne, selvom ansvaret egentlig ligger hos den praktiserende læge.

4.6 Opsamling

Det værdsættes, at både hospital, kommunale sygeplejerske og praktiserende læge kan tage initiativ til opfølgende hjemmebesøg. Flertallet af de praktiserende læger og kommunale sygeplejersker er bekendte med, at de selv kan tage initiativ til et opfølgende hjemmebesøg. I surveyen angiver de praktiserende læger, at de hyppigst selv tager initiativ til opfølgende hjemmebesøg, mens de kommunale sygeplejersker angiver, at det hyppigst er udskrivende hospital eller hjemmesygeplejersker. Enkelte praktiserende læger forholder sig afventende og tager primært ud på kommunens initiativ. Særligt praktiserende læger, men også flere af de kommunale sygeplejersker, ser gerne, at hospitalerne er mere aktive i forhold til at tage initiativ til besøg og tager stilling til behovet for opfølgning. Der ses også eksempler på, at det er borgere og/eller pårørende, der efterspørger et opfølgende hjemmebesøg.

De praktiserende læger og kommunale sygeplejersker anvender primært et samlet/fagligt skøn, når de skal udvælge borgere til opfølgende hjemmebesøg. Det er som regel via epikrisen, at praktiserende læger bliver opmærksomme på, at en borger har været indlagt, og vurderer behovet for opfølgning. Der efterspørges nogle mere overskuelige epikriser og tydelig angivelse af behovet for opfølgning fra lægens side. Kommunerne har meget forskellige fremgangsmåder til at udvælge borgere til opfølgende hjemmebesøg. En kommune screener indlagte borgere, en anden triagerer indlagte borgere via en fremskudt visitator, og andre kommuner igen tager konsekvent på besøg, et par dage efter (kendte) borgere er udskrevet.

Hovedparten af de praktiserende læger og kommunale sygeplejersker vurderer, at kommunikationen i forbindelse med planlægning og gennemførelse af de opfølgende hjemmebesøg har fungeret hensigtsmæssigt. Kommunikationen foregår primært via korrespondancemeddelelser, og det vurderes at være et velfungerende kommunikationsredskab. Dog kan der på grund af lægernes svarfrist på korrespondancemeddelelser gå op til tre dage, før de kommunale sygeplejersker hører fra lægen. Når der kommer en anmodning om opfølgende hjemmebesøg fra kommunen, sætter de praktiserende læger pris på, at de kan afslå anmodningen, hvis de ikke finder besøget relevant. De kommunale sygeplejersker oplever stor forskel på de praktiserende lægers tilbøjelighed til at ville deltage i opfølgende hjemmebesøg, men at det gør en forskel, hvis de kan præcisere, hvilke problemstillinger der er brug for, at lægen forholder sig til.

Den største udfordring i forhold til at få planlagt de opfølgende hjemmebesøg, er at få koordineret et mødetidspunkt. Begge parter forsøger at være fleksible, men forskellig organisering af arbejdstiden skaber generelt udfordringer. De praktiserende læger vil gerne lægge besøgene om eftermiddagen, men der er dagvagten i hjemmesygeplejen – som har kendskabet til borgerne – som regel gået hjem.

Praktiserende læger og kommunale sygeplejersker angiver, at størstedelen af de opfølgende hjemmebesøg gennemføres inden for to uger efter udskrivelsen. Halvdelen af det seneste opfølgende hjemmebesøg blev gennemført inden for en uge efter udskrivelsen. Den hyppigste årsag til, at besøgene afholdes senere end en uge efter udskrivelse, er udfordringer med at finde et tidspunkt.

Lidt over en tredjedel af praktiserende læger og kommunale sygeplejersker angiver samlet, at de ved seneste opfølgende hjemmebesøg har anvendt en fast struktur for de emner, der skulle gennemgås under besøget. Det kan enten være i form af en plan, som på forhånd er aftalt mellem praktiserende læge og kommunal sygeplejerske, eller et fast skema eller faste punkter – fx dem der er angivet i § 2-aftalen. De praktiserende læger og kommunale sygeplejersker forsøger også at tage højde for borgernes perspektiv ved indledningsvis at spørge ind til borgerens oplevelser af forløbet, og hvordan det går.

Det at mødes sammen i borgernes hjem, er ifølge de fleste af de praktiserende læger og kommunale sygeplejersker med til at give indsigt i borgerens situation, som de ikke havde på forhånd, ligesom de kan supplere hinandens viden om borgeren. Borgerne oplever, at lægen har mere tid, når han/hun kommer hjem til dem, ligesom de får en anden kontakt med lægen. Pårørendes deltagelse opleves desuden som givtigt: De pårørende kan uddybe borgerens situation, de hører, hvad der bliver aftalt og kan handle derefter, og der kan ske en forventningsafstemning, fx i forhold til behandlingsniveau.

Det er forskelligt, hvad der sættes i værk som følge af et opfølgende hjemmebesøg, men blandt de involverede praktiserende læger og kommunale sygeplejersker synes der at være udbredt enighed om, hvad der skal sættes i værk. Der bliver som oftest lavet aftaler og lagt en plan for, hvad der skal ske med borgeren fremadrettet, som både praktiserende læge, kommunal sygeplejerske, borger og pårørende kender og kan handle efter. Den efterfølgende kommunikation foregår typisk via korrespondancemeddelelser, hvor den praktiserende læge sender et resumé til den kommunale sygeplejerske. Dette er der overordnet tilfredshed med blandt de kommunale sygeplejersker. De praktiserende læger får ikke på samme vis en tilbagemelding fra de kommunale sygeplejersker. Der kan forekomme uklarhed om ansvaret for opfølgning på blodprøvesvar.

Praktiserende læger og kommunale sygeplejersker oplever i nogle tilfælde, at der er andre ordninger til skrøbelige borgere, som overlapper opfølgende hjemmebesøg. Der nævnes følge hjem-ordningen, opsøgende hjemmebesøg ved praktiserende læge samt besøg fra kommunen ved udskrivelse/visitation og forløbskoordination. Af interviewene fremgår det, at de praktiserende læger finder det klart nok, hvornår de fx skal bruge de forskellige typer hjemmebesøg, som de har i værktøjskassen, og de kommunale sygeplejersker tilsvarende ved, hvilke af deres egne tilbud de skal bruge hvornår og til hvem. Der, hvor der primært gives udtryk for uklarhed eller overlap, er i forhold til følge hjem-ordningen, og når en borger er tilknyttet ambulante hospitalsafsnit eller udgående hospitalsteams.

5 Oplevet udbytte og betydning for udskrivelsesforløbet

Som det sidste ser vi i dette kapitel på, hvilket udbytte borgere, pårørende, praktiserende læger og kommunale sygeplejersker oplever af opfølgende hjemmebesøg, herunder om besøgene bidrager til sammenhæng i udskrivningsforløbet med afsæt i praktiserende læger, kommunale sygeplejersker, borgere og pårørendes erfaringer og oplevelser.

5.1 Borgere og pårørendes oplevede udbytte

I interviewene med borger og pårørende er det kendetegnende, at indlæggelsesforløbet og det at håndtere hverdagen, når man er svækket og syg, er det, der fylder mest for borgerne. Det opfølgende hjemmebesøg er blot ét af mange initiativer og hændelser efter en hospitalsindlæggelse. Derfor har flere af de interviewede borgere og pårørende svært ved at sætte ord på, hvad det opfølgende hjemmebesøg egentlig har betydet for dem, og hvilken forskel det eventuelt har gjort.

De fleste borgere og pårørende giver udtryk for, at de var glade for besøget, herunder at lægen afså tid til at komme hjem til dem. Enkelte borgere sætter lidt flere ord på og uddyber, at de har oplevet det som betryggende at få et opfølgende hjemmebesøg, herunder at der er nogen, der har set og vurderet situationen. For eksempel fortæller en pårørende:

”Det gav en tryghed, at de [egen læge og kommunal sygeplejerske, red.] så, hvordan han [ægtemanden, red.] havde det. [...] Jeg synes bare, det var rart, at der kom nogen sådan ligesom og tjekkede det”. (Pårørende)

En borger fremhæver tilsvarende, *”... at det er fint, at de kontrollerer forholdene herude [i hjemmet, red.]”*. En af borgerne beskriver det som et virvar at være indlagt, hvor der kom mange forskellige læger og sygeplejersker og fortalte hende noget. Det opfølgende hjemmebesøg medvirkede til, at hun fik klarhed over, hvad der egentlig var foregået på hospitalet:

”Det [opfølgende hjemmebesøg, red.] synes jeg, var rigtig rart, når først det blev samlet mellem sygeplejersken og lægen, og jeg selv hørte, hvad det var, der var foregået – fordi det var jeg altså ikke rigtig klar over”. (Borger)

Samlet set er det opfølgende hjemmebesøg – som også påpeget af praktiserende læger og kommunale sygeplejersker – med til at skabe tryghed for borgere og pårørende.

5.1.1 Borgernes oplevelse af sammenhæng

En undersøgelse af sammenhængende patientforløb set fra patientens perspektiv viser, at patienterne ikke nødvendigvis har indsigt i den koordinering og det samarbejde, der er afgørende for et velfungerende patientforløb (Martin 2010). Patienterne får først indsigt i den koordinering, det samarbejde og de oplysninger, som flyder mellem forskellige stop (fx mellem sektorer), når der er noget, der ikke fungerer eller ikke er styr på – såkaldte brud i forløbet, som skaber kritiske episoder (ibid.). I interviewene med borgere og pårørende har vi, jf. pointen fra denne undersøgelse af patienternes perspektiv på sammenhængende patientforløb, ikke spurgt direkte ind til, om de har oplevet sammenhæng i deres forløb. Vi har derimod spurgt ind til, om der er blevet taget godt nok hånd om dem, og om de oplever, at der er noget, der ikke er styr på.

De interviewede borgere og pårørende oplever generelt, at der er blevet taget godt hånd om dem – bl.a. fordi der har været et opfølgende hjemmebesøg, hvor den praktiserende læge og en kommunal sygeplejerske er kommet hos dem samtidig (en enkelt havde kun alene besøg af en kommunal sygeplejerske). Men oplevelsen af at være taget hånd om handler lige så meget om, at de har fået den hjælp, de har haft brug for, fx fra kommunen, lige da de kom hjem fra hospitalet og i forløbet efter. En af borgerne fortæller fx, at der er blevet taget godt hånd om ham, og at han har fået hjælp til det, han ikke selv kan klare. En pårørende har en tilsvarende oplevelse af, at der bliver taget godt hånd om hans mor:

”Systemet står der altså og har beredskabet klart. Det må jeg sige, at det har været imponerende”. (Pårørende)

Samme pårørende har også en oplevelse af, at kommunikationen mellem praktiserende læger og den kommunale sygeplejerske fungerer:

”Når jeg har været nede hos lægen nogle gange, så har de faktisk informationerne [fra den kommunale sygeplejerske, red.] på deres skærm ganske kort tid efter og sidder med det. Så de følger meget godt med”. (Pårørende)

At den pårørende på den måde oplever, at praktiserende læger og den kommunale sygeplejerske gensidigt orienterer hinanden, bidrager til en oplevelse af, at der er koordinering og sammenhæng i de tiltag, der iværksættes.

Adspurgte, om der er noget i deres forløb, der kunne været gjort bedre eller anderledes, har hovedparten intet at tilføje. En enkelt borger nævner, at han går meget dårligt og har brug for krykker. Derfor vil han henvende sig til det nærliggende genoptræningscenter, hvor han før har gået. Han forsøger således selv at håndtere den udfordring, at han er dårligt til bens. En anden borger nævner, at hun mangler en forklaring på, hvad hun egentlig fejlede. Denne borger har fået et opfølgende hjemmebesøg uden tilstedeværelse af egen læge. Borgeren giver udtryk for, at det ville være dejligt, hvis lægen havde været der, men hun tror ikke nødvendigvis, at lægen kunne give hende svar. Generelt oplever hun sin læge som meget passiv og ville ønske, at hun havde en læge, der ville tage sig mere af hende. Netop borgerens oplevelse af indlæggelsesforløbet og afklaring af, hvad der er sket, fremhæver praktiserende læger og kommunale sygeplejersker som en væsentlig del af det opfølgende hjemmebesøg. I kraft af sit forudgående kendskab til sin egen læge har denne borger ikke tiltro til, at lægens deltagelse i det opfølgende hjemmebesøg havde gjort nogen forskel. Derfor har hun været fuldt tilfreds med, at besøget alene foregik med en kommunal sygeplejerske.

5.2 Praktiserende læger og kommunale sygeplejerskers oplevede udbytte

Der er overordnet fem ting, som de interviewede praktiserende læger og kommunale sygeplejersker fremhæver som udbytte ved de opfølgende hjemmebesøg. Det er:

1. At de får mere viden om borgerne og overblik over situationen
2. At der sker en afklaring og tages stilling til vigtige emner, som skaber sikkerhed i, hvordan der fremadrettet skal handles over for borgeren
3. At der efterfølgende er et bedre samarbejde mellem praktiserende læge og den kommunale sygeplejerske
4. At borgerne oplever tryghed
5. At der skabes et bedre udskrivesforløb for borgeren.

5.2.1 Mere viden om borgerne

For både praktiserende læger og kommunale sygeplejersker er et fælles opfølgende hjemmebesøg kilde til vigtig viden om borgeren – viden, der gør dem i stand til at give borgeren bedre behandling og sygepleje. Flere af de kommunale sygeplejersker beskriver, hvordan lægen giver dem indblik i borgerens sygehistorier og diagnoser. Tilsvarende fortæller flere af de praktiserende læger, hvordan de via de opfølgende hjemmebesøg får dannet sig et grundigt indtryk af, hvordan borgeren fungerer. En læge uddyber, at man i kraft af tilstedeværelsen af familiemedlemmer og hjemmesygeplejen får flere informationer, end hvis borgeren kommer i klinikken. Kendskabet til den enkelte borger kan variere for såvel den praktiserende læge som den kommunale sygeplejerske, men ifølge flere af de kommunale sygeplejersker kan de så supplere hinandens viden om borgeren:

”Lægen har også tit kendt patienten igennem mange år. Det er rart at vide, hvad patientens historie er. På samme måde kender vi også ofte noget til dem, som læger ikke er klar over”. (Kommunal sygeplejerske)

5.2.2 Afklaring og sikkerhed i håndtering af fremtidige situationer

For praktiserende læger og kommunale sygeplejersker giver det opfølgende hjemmebesøg desuden mulighed for afklaring af fx medicinfejl og eventuelle misforståelser. Der kan ligeledes blive taget stilling til vigtige emner såsom livsforlængende behandling, og om borgeren skal have lov til at dø frem for at blive indlagt gang på gang. Der kommer så at sige styr på uafklarede forhold og elementer af tvivl. Som en af de praktiserende læger beskriver, så hjælper de opfølgende hjemmebesøg ham til, at han får mere styr på de patienter, han har.

Den afklaring, som finder sted ved de opfølgende hjemmebesøg, de aftaler der indgås, og de planer som lægges for borgeren, medvirker til, at der skabes en tryghed i og sikkerhed omkring, hvad der skal ske fremover, og hvordan eventuelle kritiske situationer skal håndteres. Der bliver udstukket nogle retningslinjer og handlemuligheder, som alle kan handle efter, således at der ikke sker noget uhensigtsmæssigt:

”Hvis sygeplejersken ved, at en læge har sagt: ’Det her er habituel [den tilstand, som borgeren vender tilbage til efter overstået sygdom²⁰, red.], for han har tidligere haft noget cancer”, så kan man godt være i det. Hvis man ikke ved, hvad det er, bliver man usikker – så bliver der ringet [til den praktiserende læge, red.]”. (Kommunal sygeplejerske)

I tråd hermed oplever et par af de praktiserende læger at få færre henvendelser om tvivlsspørgsmål fra hjemmesygeplejen, når der har været gennemført et opfølgende hjemmebesøg. En enkelt af de interviewede læger mener, at de opfølgende hjemmebesøg måske er med til at berolige sygeplejerskerne. Derudover mener lægen, at der er minimalt, hvad der kommer ud af de opfølgende hjemmebesøg.

5.2.3 Bedre samarbejde

Endelig beskriver praktiserende læger og kommunale sygeplejersker den personlige relation til henholdsvis lægen eller den kommunale sygeplejerske som et vigtigt udbytte af de opfølgende hjemmebesøg, og at denne relation er med til at lette det efterfølgende samarbejde om borgeren og i al almindelighed. En læge siger fx: *”Man får også sat ansigt på nogle af dem [de*

²⁰ Habitualtilstanden siger ikke noget om, hvor syg eller skrøbelig borgeren er, men kun noget om, hvordan borgeren havde det inden aktuelle ændringer.

kommunale sygeplejersker, red.], man kommunikerer med, så det betyder også noget" (Praktiserende læge, bruger). Dette uddyber en kommunal sygeplejerske således:

"Jeg får også en anden relation til lægen – der sker også noget andet, når man sidder i samme rum over for hinanden, end når man sidder bag en skærm. Det gør det nemmere, når man har mødt en læge flere gange – de ved, hvem jeg er, og jeg ved, hvem de er. Det gør noget andet for alle samarbejdspartnere, at man har ansigt på hinanden. Det giver en anden respekt". (Kommunal sygeplejerske)

En anden kommunal sygeplejerske fremhæver, at det personlige kendskab til lægen desuden gør det nemmere at gå i dialog med denne. Samlet set er det opfølgende hjemmebesøg således faciliterende for samarbejdet mellem praktiserende læger og de kommunale sygeplejersker omkring skrøbelige ældre borgere.

5.2.4 Tryghed for borgerne

De interviewede praktiserende læger og kommunale sygeplejersker fremhæver tryghed som et afgørende udbytte for borgerne. Både praktiserende læger og kommunale sygeplejersker fremhæver, at borgerne oplever det som trygt, at egen læge og den kommunale sygeplejerske taler sammen og koordinerer, hvad der skal ske og lægger en fælles plan. Det skaber ifølge en af de kommunale sygeplejersker ro, at borger og pårørende ved, at der er nogen, som har styr på det – og at de også har en fornemmelse af, hvad de fremadrettet har i vente. Desuden mener både de interviewede læger og kommunale sygeplejersker, at især lægens tilstedeværelse og inddragelse i deres forløb skaber tryghed, bl.a. fordi mange borgere stoler meget på lægens ord.

Det simple, at borgerne oplever ikke at være overladt til sig selv, men der er nogen, som interesserer sig for dem og tager sig af dem, vurderer både praktiserende læger og kommunale sygeplejersker også skaber tryghed hos borgerne:

"Der er nogen, der holder øje med dem og tager sig af dem. Også selvom jeg måske ikke ændrer noget på medicinen eller andet, så får de en oplevelse af, at de ikke bare er sendt hjem og glemt. Der er faktisk nogen, der stadig har øje på dem. [...] Det i sig selv er alt værd". (Praktiserende læge, bruger)

5.2.5 Bedre udskrivesforløb

Af både survey og interview fremgår det, at hovedparten af de praktiserende læger og kommunale sygeplejersker vurderer, at de opfølgende hjemmebesøg i en eller anden grad skaber bedre udskrivesforløb for borgerne.

I Tabel 5.1 er vist praktiserende læger og kommunale sygeplejerskers vurdering af, om opfølgende hjemmebesøg har forbedret udskrivningsforløbet for svækkede borgere.

Tabel 5.1 Praktiserende læger og kommunale sygeplejerskers vurdering af, om opfølgende hjemmebesøg har forbedret udskrivesforløbet for svækkede borgere (procent)

	Praktiserende læge	Kommunalt ansat (øvrige)
I meget høj grad	9	12
I høj grad	25	39
I nogen grad	29	25
I beskeden grad	14	7
Slet ikke	5	3
Ved ikke	16	15
Total	100	100
Antal	173	114

Note: $p = 0,09$

Kilde: Elektronisk survey, efteråret 2016.

Godt en tredjedel af de praktiserende læger og halvdelen af de kommunale sygeplejersker har vurderet, at opfølgende hjemmebesøg i meget høj grad eller i høj grad har forbedret udskrivesforløbet for svækkede borgere. En femtedel af praktiserende læger og en tiendedel af kommunale sygeplejersker vurderer, at opfølgende hjemmebesøg kun i beskeden grad eller slet ikke har forbedret udskrivesforløbet.

Især de praktiserende læger, som vurderer, at det generelle samarbejde med den kommunale hjemmepleje er meget godt eller godt, vurderer, at opfølgende hjemmebesøg i meget høj grad eller i høj grad har forbedret udskrivningsforløbet for svækkede borgere. Kommunale sygeplejerskers vurdering af samarbejdet med praktiserende læger viser ingen signifikant sammenhæng med deres bedømmelse af, om opfølgende hjemmebesøg har forbedret udskrivningsforløbet for svækkede borgere.

I Planområde Nord har en større andel af praktiserende læger og kommunale sygeplejersker end i de øvrige planområder samlet set vurderet, at opfølgende hjemmebesøg i meget høj grad eller i høj grad har forbedret udskrivningsforløbet for svækkede borgere. I Planområde Byen har til gengæld en større andel end i de øvrige tre planområder vurderet, at opfølgende hjemmebesøg kun i beskeden grad eller slet ikke har forbedret udskrivningsforløbene. Det sidste kan skyldes, at der i Planområde Byen er en overvægt af svar fra praktiserende læger, som er mere skeptiske end kommunale sygeplejersker i forhold til opfølgende hjemmebesøgs forbedring af udskrivningsforløbet.

Som i surveyen vurderer også hovedparten af de interviewede praktiserende læger og kommunale sygeplejersker, at de opfølgende hjemmebesøg medvirker til at skabe bedre og mere sammenhængende udskrivesforløb for borgerne. En af de praktiserende læger påpeger, at forudsætningen herfor er, at hospitalerne kommunikerer tydeligt om de borgere, som har brug for opfølgning, så *"... det ikke er tilfældigt, at man læser et eller andet i epikrisen"* (Praktiserende læge, bruger). Lægen efterlyser således en mere fokuseret og gennemskelig overlevering fra hospitalerne.

Hovedparten af de interviewede praktiserende læger og også nogle af de kommunale sygeplejersker er overbeviste om, at de opfølgende hjemmebesøg forebygger genindlæggelser. Men de understreger, at det ikke er noget, de kan vise konkrete tal på eller har statistisk belæg for at sige. For at indfri det forebyggende potentiale i forhold til genindlæggelser fremhæver enkelte praktiserende læger og kommunale sygeplejersker, at indlæggelser specifikt skal adresseres til det opfølgende hjemmebesøg. Man skal spørge ind til borgerens ønsker i forhold til indlæggelse, og det skal konkret aftales og lægges en plan for, hvordan man handler, hvis

borgeren igen bliver dårlig, så en indlæggelse ikke bliver nødvendig. Af afsnit 4.3.2 fremgik det, at opfølgende hjemmebesøg var blevet aflyst, fordi borgeren var blevet indlagt. I den sammenhæng kan tidsspændet fra udskrivelse til afholdelsen af det opfølgende hjemmebesøg være afgørende. Flere af de kommunale sygeplejersker påpeger, at det ofte er inden for de første par dage efter udskrivelsen, at borgerne bliver genindlagt, men det er sjældent, at et opfølgende hjemmebesøg kan aftales med så kort varsel.

En enkelt praktiserende læge mener ikke, at de opfølgende hjemmebesøg har potentiale til at forebygge genindlæggelser – selvom han ikke oplever, at nogle af de borgere, han har afholdt opfølgende hjemmebesøg hos, er blevet genindlagt. Samtidig nævner lægen, at det er nogle svage borgere, som farer ud og ind af hospitalet. Mange af dem når han ikke ud til på opfølgende hjemmebesøg, før de er genindlagt. Selv om denne læge således har denne viden om en gruppe af sine patienter, så tager han kun på opfølgende hjemmebesøg på opfordring af den kommunale hjemmesygepleje.

5.3 Opsamling

De interviewede borgere og pårørende har været glade for det opfølgende hjemmebesøg – særligt at lægen har afset tid til at komme. Det opleves som betryggende at få et opfølgende hjemmebesøg, hvor egen læge og en kommunal sygeplejerske tjekker op på og vurderer situationen. De interviewede borgere og pårørende har oplevet, at der er blevet taget godt hånd om dem, og at de har fået den hjælp, de har haft brug for, efter de er kommet hjem fra hospitalet.

Overordnet er det praktiserende læger og kommunale sygeplejerskers oplevelse, at de selv, borgerne og de pårørende får udbytte af de opfølgende hjemmebesøg. De praktiserende læger og kommunale sygeplejersker fremhæver følgende:

- At de får mere viden om borgerne og overblik over situationen
- At der sker en afklaring og tages stilling til vigtige emner, som skaber sikkerhed i, hvordan der fremadrettet skal handles over for borgeren
- At der efterfølgende er et bedre samarbejde mellem praktiserende læge og kommunale sygeplejerske
- At borgerne oplever tryghed
- At det overvejende er opfattelsen, at der skabes bedre udskrivesforløb for borgeren, fordi der netop skabes overblik, afklaring og sikkerhed i, hvordan der skal handles.

6 Forslag til forbedringer/justeringer

Praktiserende læger og kommunale sygeplejersker er blevet spurgt, om de mere generelt savner værktøjer, ydelser, ordninger eller tilbud til skrøbelige ældre, som udskrives fra hospital.

41 % af de praktiserende læger og 55 % af de kommunale sygeplejersker har svaret, at de savner værktøjer, ydelser, ordninger eller tilbud. I Tabel 6.1 er vist, hvad de pågældende har svaret, at de savner.

Tabel 6.1 Praktiserende læger og kommunale sygeplejerskers angivelse af, hvilket værktøj, ydelse eller ordning de savner (procent)

	Praktiserende læge	Kommunal sygeplejerske
Konkrete værktøjer til at udføre besøget	19	24
Værktøj til medicingennemgang	15	17
Efteruddannelse	12	19
Værktøj til at udvælge borgere til besøg	27	26
Andet	43	28
Ved ikke	3	2
Antal (procentgrundlag)	71	63

Note: Svarpersonerne har kunnet give mere end ét svar, og procenterne summerer derfor til mere end 100.

Kilde: Elektronisk survey, efteråret 2016.

Godt en fjerdedel af både praktiserende læger og kommunale sygeplejersker har angivet, at de savner et værktøj til at udvælge borgere til besøg. En femtedel af de praktiserende læger og en fjerdedel af de kommunale sygeplejersker savner konkrete værktøjer til at udføre besøget. 15 % af de praktiserende læger og 17 % af de kommunale sygeplejersker angiver desuden, at de savner et værktøj til medicingennemgang.

Praktiserende læger og kommunale sygeplejersker, som har svaret "andet", blev bedt om at beskrive, hvilket værktøj, ydelse, ordning eller tilbud de savner. De fleste praktiserende læger har ikke peget på noget konkret, men har nævnt forhold, som også er kommet frem under tidligere gennemgåede spørgsmål. Enkelte har nævnt konkrete ting som fx akut hjemmeplej, flere rehabiliteringstilbud og nemmere adgang til akutte aflastningspladser, visiterende sygeplejerske fra kommunen og hurtigere adgang til mobilt laboratorium.

I surveyen peger de kommunale sygeplejersker generelt på tiltag til forbedret samarbejde og kommunikation mellem hospital, praktiserende læge og kommune. Kun få peger på konkrete ting, fx et standardiseret oplæg til praktiserende læge (om besøg), akut beredskab med rehabiliterende vinkel, screeningsværktøj til de 8 forebyggelige indlæggelsesdiagnoser og fælles journal eller epikrise fra sekundær sektor til primær sektor.

Vi har i interviewene spurgt til praktiserende læger og kommunale sygeplejerskers forslag til forbedringer eller justeringer af ordningen. De nævner her forbedringer i den tværsektorielle kommunikation, og at hospitalerne er mere præcise i forhold til at informere om behovet for opfølgning. Flere af de kommunale sygeplejersker nævner, at de gerne vil have epikriserne eller selv kunne tilgå information fra hospitalerne – fx sygeplejefjournalerne. Dette vil kunne give dem et mere bredt billede af borgeren, herunder diagnoser. Et par af de kommunale sygeplejersker beskriver, at de ofte skal gætte sig frem til, hvad borgeren egentlig fejler, fx

ved at gå på detektivarbejde i FMK²¹. Ud over at diagnoser fremgår af epikriserne, kan der også fremgå forslag og observationspunkter, der ikke fremgår af de udskrivningsrapporter, som kommunerne får. Et par af de kommunale sygeplejersker har oplevet, at de praktiserende læger har sendt epikriser på de borgere, de skulle på opfølgende hjemmebesøg hos, hvilket de satte stor pris på. Men det er ikke gængs praksis.

Som det fremgik af afsnit 4.1 'Initiativ til opfølgning' s. 39, ser de praktiserende læger og kommunale sygeplejersker gerne, at hospitalerne er mere aktive og tager stilling til behovet for opfølgning. De praktiserende læger er især fortalere for dette, mens de kommunale sygeplejersker har mere delte meninger.

Et par af de interviewede praktiserende læger præciserer, at det kunne være en fordel, hvis hospitalet laver en decideret henvisning til almen praksis, når de udskriver ældre og skrøbelige borgere, hvor der er behov for opfølgning. På den baggrund kan de så tage stilling til, hvordan det er mest relevant, at opfølgningen foregår. En praktiserende læger uddyber her, hvorfor han ikke mener, at det er tilstrækkeligt, at hospitalspersonalet skriver i epikrisen, at lægen skal følge op:

"Som det er nu, så får vi måske en epikrise 2-3 uger efter, hvor der står, at du skal gøre noget. Du er ikke blevet spurgt. Hvis du sender en patient i behandling, så er det faktisk den læge, der sender i behandling, som følger op. Man kan ikke bare uddelegere ansvaret – i hvert fald ikke uden at have aftalt det med den læge, som skal følge op. Man kan ikke bare skrive det i epikrisen. Hvor er ansvaret henne? Hvad hvis jeg er på 3 ugers ferie? Så kan man ikke bare sende sådan én ud i cyberspace, hvor der står, at der skal tages blodprøver i næste uge. Det går ikke. Og det er vi desværre alt for meget vidne til. Derfor kunne det være rigtig godt, hvis hospitalet kunne henvise hertil. Så kunne man få konkretiseret det og aftalt det". (Praktiserende læge, bruger)

Den praktiserende læge mener således, at det kan medvirke til at konkretisere ansvaret for opfølgning, hvis hospitalet laver en henvisning om opfølgning til almen praksis. En anden praktiserende læge fremhæver, at henvisningen fra hospitalet skal komme i en særskilt boks i deres system, så de ikke drukner i lægernes mange mails med medicinbestillinger, blodprøvesvar og epikriser. Et par af de øvrige læger efterlyser ikke en decideret henvisning, men at det vil være godt med en anmodning om opfølgende hjemmebesøg fra hospitalet, og at denne anmodning er tydeligt markeret i epikrisen.

Hvis hospitalerne i højere grad skulle tage initiativ til opfølgende hjemmebesøg, vil det ifølge en af de interviewede kommunale sygeplejersker kræve, at hospitalspersonalet i højere grad blev bekendt med, at ordningen eksisterer (ud over Medicinsk Afdeling på Herlev Hospital). Som det fremgik af afsnit 4.1, er flere af de kommunale sygeplejersker af den mening, at kommunen har bedre forudsætninger for at vurdere behovet for opfølgning.

De kommunale sygeplejersker og praktiserende læger blev også spurgt til, om der var andre modeller for opfølgning efter indlæggelse, som kunne være relevante. Meldingen er her, at det er mest meningsfuldt, at det er den sekundære sektor, der står for opfølgningen, og at det således ikke skal være hospitalssektoren, der har denne opgave. Her er opfølgende hjemmebesøg en relevant ordning, som placerer ansvaret for opfølgning i de rette hænder.

²¹ FMK står for Fælles Medicinkort, som giver borgere og sundhedspersonale adgang til oplysninger om borgernes medicin og vaccinationer (Sundhedsdatastyrelsen 2017).

7 Konklusion, anbefalinger og diskussion

Denne evaluering af opfølgende hjemmebesøg i Region Hovedstaden er baseret på en survey og interview med praktiserende læger og kommunale sygeplejersker i regionen samt interview med borgere og pårørende. Fokus er på ordningens organisering, samarbejdet på tværs af sektorer samt ordningens bidrag til udskrivesforløbet i overgangen mellem sektorer.

Overordnet kan vi konkludere, at ordningen med opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse fra hospital i Region Hovedstaden anvendes i stigende omfang, og der er bred opbakning til ordningen blandt praktiserende læger og kommunale sygeplejersker. Der er stor variation med hensyn til, hvordan og hvor ofte ordningen har været brugt. Besøgene gennemføres for hovedparten med tilstedeværelse af både praktiserende læge og kommunal sygeplejerske, men denne model – som er et kernelement i ordningen – følges ikke altid. De borgere og pårørende, der har fået opfølgende hjemmebesøg, har været glade for tilbuddet.

Desuden kan følgende konklusioner fremhæves i relation til ordningens organisering, gennemførelse og udbytte:

Identificering af relevante borgere:

- Målgruppen for opfølgende hjemmebesøg er bredt defineret, hvilket ifølge praktiserende læger og kommunale sygeplejersker giver mulighed for at foretage et individualiseret fagligt skøn af behovet for opfølgende hjemmebesøg. Den brede målgruppe åbner samtidig op for forskellig tolkning af, hvem der skal have opfølgende hjemmebesøg, med tendens til at de kommunale sygeplejersker tolker målgruppen bredere end de praktiserende læger.
- Der anvendes ikke rutinemæssigt standardiserede kliniske værktøjer til at identificere borgere, som tilbydes opfølgende hjemmebesøg.
- Kommunerne har meget forskellige fremgangsmåder til at identificere borgere til opfølgende hjemmebesøg.

Planlægning og gennemførelse af besøgene:

- Både praktiserende læge, kommunal sygeplejerske og hospitalspersonale kan tage initiativ til opfølgende hjemmebesøg. Selvom denne mulighed værdsættes af praktiserende læger og kommunale sygeplejersker, er der potentiel risiko for, at ingen tager ansvar for at foreslå besøg. Man forlader sig på, at en anden part tager initiativ. Særligt de praktiserende læger efterlyser, at hospitalssektoren er mere aktiv i forhold til at tage stilling til behovet for opfølgning og videregiver mere målrettet information herom.
- Koordinering af et mødetidspunkt, hvor både praktiserende læge og kommunal sygeplejerske kan deltage, er en udfordring i gennemførelsen af opfølgende hjemmebesøg. Begge parter udviser fleksibilitet, men bl.a. forskellig organisering af arbejdstider skaber udfordringer.
- Der anvendes i mange tilfælde en fast struktur for emner, der gennemgås under opfølgende hjemmebesøg. Der er dog variation i den anvendte struktur. Strukturen hjælper med at holde fokus på de forhold og problemstillinger, som skal håndteres. Både praktiserende læger og kommunale sygeplejersker har samtidig fokus på at give plads til borgernes oplevelse og ønsker under det opfølgende hjemmebesøg.
- De gennemførte opfølgende hjemmebesøg opleves generelt som meningsfulde af de involverede sygeplejersker. De gode besøg forudsætter dog enighed om tidsrammen, at begge parter er forberedt og har et vist kendskab til borgeren, at den kommunale sygeplejerske

har relevant erfaring og kompetence, og endelig at der tages fælles ansvar og er en tydelig opgavefordeling – ikke mindst i forhold til opfølgning på besøgene.

- De opfølgende hjemmebesøg giver borgerne en oplevelse af mere tæt kontakt, særligt til praktiserende læge, og praktiserende læger og kommunale sygeplejersker får samlet set bedre indsigt i borgerens situation.
- Deltagelse af pårørende styrker det opfølgende hjemmebesøg, idet de kan uddybe borgerens situation og bidrage med hjælp og støtte. Forventninger til fx behandlingsniveau kan afstemmes, og endelig kan pårørendes behov for støtte og aflastning afdækkes.

Den opfølgende kommunikation og snitflader til andre opfølgende ordninger:

- Der er overordnet tilfredshed med kommunikationen mellem praktiserende læger og kommunale sygeplejersker efter de opfølgende hjemmebesøg. Kommunikationen foregår primært via korrespondancemeddelelser.
- Praktiserende læger og kommunale sygeplejersker kan opleve uklarhed eller overlap til andre ordninger til målgruppen, der udgår fra hospitalssektoren (fx følge hjem-ordningen, udgående hospitalsteams eller ambulatorieforløb) og i mindre grad til øvrige ordninger i kommunalt regi og i regi af almen praksis.

Udbytte og bidrag til udskrivelsesforløb

- Opfølgende hjemmebesøg skaber tryghed og sikkerhed for både praktiserende læge, kommunal sygeplejerske og borgere/pårørende.
- Samarbejdet mellem praktiserende læger og kommunale sygeplejersker er generelt godt, og opfølgende hjemmebesøg medvirker til at styrke samarbejdet.
- Opfølgende hjemmebesøg bidrager ifølge praktiserende læger og kommunale sygeplejersker til at forbedre udskrivningsforløbet, fordi der skabes afklaring og lægges en plan for det videre forløb som alle – inkl. borger og pårørende – har hørt og kan følge.

7.1 anbefalinger

- Der er fortsat behov for at udbrede kendskabet til ordningen med opfølgende hjemmebesøg, herunder hvilken betydning besøget har i udskrivelsesforløbet.
- Der er brug for fortsat fokus på, hvilke borgere det er relevant at tilbyde opfølgende hjemmebesøg, herunder hvordan man mest hensigtsmæssigt identificerer disse borgere.
- Der kan med fordel rettes fokus mod hospitalernes rolle i forhold til at præcisere behovet for opfølgende hjemmebesøg, og hvordan information herom mest hensigtsmæssigt videregives til primær sektor.
- Opfølgende hjemmebesøg er én ordning blandt flere muligheder til at forbedre udskrivelsen fra hospital. Der er brug for at se opfølgende hjemmebesøg i relation til andre opfølgende ordninger og sikre klarhed og koordinering mellem disse.
- Med henblik på at drage nytte af gode erfaringer vil det – på tværs af kommunerne – være relevant at understøtte erfaringsudvekslingen mellem kommunale sygeplejersker og praktiserende læger omkring udvælgelse af borgere, planlægning og gennemførelse af opfølgende hjemmebesøg.

Evalueringen peger derudover på en række relevante drøftelser i relation til ordningen med opfølgende hjemmebesøg:

1. Om de faglige begrundelser for at anmode om opfølgende hjemmebesøg kan skærpes med henblik på at sikre det bedst mulige afsæt for at vurdere relevansen af besøget samt give mulighed for forberedelse.
2. Om ansvaret for at tage initiativ til besøg skal præciseres eller organiseres mere hensigtsmæssigt, så det er mere tydeligt, hvor ansvaret er placeret og hvornår.
3. Om det i nogle tilfælde er acceptabelt at bevæge sig væk fra den oprindelige model med samtidig tilstedeværelse af praktiserende læge og kommunal sygeplejerske (eller anden personer med de fornødne fagkompetencer), eller om der skal arbejdes på at mindske de barrierer, der er for samtidig tilstedeværelse hjemme hos borgeren.

Fremadrettet kan det desuden være relevant:

- At undersøge betydningen af pårørendes deltagelse i besøget.
- At afprøve konkrete modeller i kontrollerede designs, hvor der er fastlagt klare retningslinjer og kriterier for udvælgelse – og medinddrage omkostningseffektivitet.

7.2 Evalueringens fund relateret til eksisterende dansk viden

I dette afsnit vil vi forholde evalueringens væsentligste fund til andre eksisterende danske undersøgelser af opfølgende hjemmebesøg med fokus på organisering af og samarbejde på tværs af sektorer samt borgere og pårørendes oplevelser. Formålet hermed er at afdække, hvor fundene i denne evaluering understøtter eksisterende viden og bidrager med ny viden, som kan bringes ind i drøftelserne af den fremtidige tilrettelæggelse af opfølgende hjemmebesøg.

Organisering og samarbejde

Denne evaluering finder mange af de samme udfordringer omkring gennemførelsen af opfølgende hjemmebesøg som andre danske undersøgelser, fx omkring identificering af borgere, planlægning af besøgene mv., men nuancerer også overvejelser omkring målgruppe og kommunikation mellem aktører. Tidligere undersøgelser peger bl.a. på:

- At der er udfordringer i videregivelse af information om skrøbelige borgere fra hospitals-sektoren og til primær sektor (praktiserende læger og kommuner), herunder at epikriserne ikke altid modtages rettidigt (Hjelmar 2010, Rossau et al. 2015, Center for Kvalitet 2013). Desuden finder studier, at de nødvendige oplysninger i forbindelse med en indlæggelse ikke altid bliver videregivet, og at der er forbedringspotentiale omkring epikrisernes indhold (Lehn et al. 2014, Fokdal, Sørensen & Al-Najer 2013). I denne evaluering er udfordringen snarere, at epikriserne er svære at få overblik over, og at det kan være svært for de praktiserende læger at finde tid til at læse dem.
- At der identificeres flere borgere med behov for opfølgende hjemmebesøg, når flere parter kan visitere til ordningen (Rossau et al. 2015, Sierks 2015). Praktiserende læger og kommunale sygeplejersker sætter i denne evaluering pris på, at initiativet til de opfølgende hjemmebesøg ikke er placeret hos én part, men at både praktiserende læge, hjemmesygepleje og hospital kan tage initiativ. Samtidig er der en risiko for, at ingen tager initiativ, fordi man forlader sig på, at en anden part gør det.
- At det er befordrende for fagpersonernes motivation til at deltage i opfølgende hjemmebesøg – særligt de praktiserende læger – at det er borgere, som har et særligt behov, der får opfølgende hjemmebesøg (Jakobsen et al. 2007, Hjelmar 2010, Fokdal, Sørensen & Al-Najer 2013). De praktiserende læger i denne evaluering har tilsvarende opmærksomhed på, at det kun er de mest skrøbelige borgere, der skal have opfølgende hjemmebesøg. De

praktiserende læger ser det ikke af den grund som en fordel at indskrænke målgruppen. De værdsætter tværtimod muligheden for at kunne foretage individuelle skøn.

- At der er praktiske udfordringer, når der skal indgås aftale om opfølgende hjemmebesøg mellem praktiserende læger og kommunale sygeplejersker, herunder at det er svært og tidskrævende få kontakt til hinanden (Jakobsen et al. 2007, Hjelmar 2010, Fokdal, Sørensen & Al-Najer 2013, Sierks 2015, Center for Kvalitet 2013). En enkelt undersøgelse peger på, at de elektroniske korrespondancemeddelelser er med til at lette arbejdsbyrden i forbindelse med planlægning af de opfølgende hjemmebesøg (Johannesen 2010). I forhold til at finde et fælles tidspunkt for det opfølgende hjemmebesøg skaber hjemmesygeplejens og de praktiserende lægers forskellige organisering af deres arbejdstid udfordringer (Hjelmar 2010, Lehn et al. 2014, Fokdal, Sørensen & Al-Najer 2013, Rossau et al. 2015, Sierks 2015, Center for Kvalitet 2013). I denne evaluering gør netop kommunikationen i elektroniske korrespondancemeddelelser det nemt for praktiserende læger og kommunale sygeplejersker at få fat i hinanden, men den forskellige organisering af arbejdstiden skaber fortsat udfordringer i forhold til at finde et fælles mødetidspunkt.
- At fagpersonerne overvejende oplever opfølgende hjemmebesøg som meningsfulde, relevante og udbytterige (Lehn et al. 2014, Johannesen 2010, Center for Kvalitet 2013, Holm 2016), at besøgene giver et merudbytte, idet hjemmesygeplejen og den praktiserende læges viden bringes i spil samtidig, og begge parter får et bedre kendskab til og mere helhedsorienteret syn på borgeren, og endelig at besøgene styrker samarbejdet og dialogen mellem hjemmesygepleje og praktiserende læger (Hjelmar 2010, Johannesen 2010, Fokdal, Sørensen & Al-Najer 2013, Sierks 2015, Center for Kvalitet 2013, Holm 2016). Når først udfordringen med at få koordineret et mødetidspunkt er overvundet, finder denne evaluering tilsvarende, at praktiserende læger og kommunale sygeplejersker finder de opfølgende hjemmebesøg meningsfulde og bidrager positivt til samarbejdet generelt og specifikt i forhold til den enkelte borger.

Borgere og pårørendes oplevelse

Borgere og pårørendes perspektiv er i denne undersøgelse baseret på et spinkelt datagrundlag. Generelt er det sparsomt med danske undersøgelser af borgere og pårørendes perspektiv på opfølgende hjemmebesøg. KORA er bekendt med tre undersøgelser, henholdsvis Glostrup-undersøgelsen, som var et randomiseret kontrolleret studie²² (Jakobsen et al. 2007) samt to mindre kvalitative studier af henholdsvis borgere/pårørendes oplevelse fra Region Midtjylland (Møller 2014) og borgernes oplevelse fra Region Syddanmark (Center for Kvalitet 2015). Overordnet peger denne evaluering fund omkring borgere og pårørendes oplevelser med opfølgende hjemmebesøg i samme retning som de to kvalitative undersøgelser fra Region Syddanmark og Region Midtjylland – og til dels også Glostrup-undersøgelsen, men bidrager også med nye nuancer. De tidligere undersøgelser peger bl.a. på:

- At det opfølgende hjemmebesøg fylder mindre i borgernes bevidsthed i forhold til selve hospitalsindlæggelsen, og det at være ramt af sygdom – ligesom det opfølgende hjemmebesøg – er et af mange initiativer og hændelser efter hospitalsindlæggelse (Jakobsen et al. 2007, Jakobsen et al. 2007, Center for Kvalitet 2015). I denne evaluering ser vi tilsvarende, at det opfølgende hjemmebesøg ikke står tydeligt i hukommelsen for alle, og at det er begrænset, hvad borgerne kan sige om, hvad det har betydet for dem.

²² Borgerperspektivet følger det randomiserede design med en interventionsgruppe og en kontrolgruppe, som resten af undersøgelsen er baseret på. Dette gav mulighed for at sammenligne de to grupper. Man har således data fra 293 borgere – 148 fra interventionsgruppen (opfølgende besøg i hjemmet og to efterfølgende besøg i hjemmet eller konsultation i praksis ved lægen) og 145 fra kontrolgruppen (sædvanlige udskrivelses- og opfølgingsrutiner). Undersøgelsen fokuserede på borgernes tilfredshed i et udskrivelses- og efterbehandlingsforløb og var baseret på strukturerede interviews i survey-form (faste svarkategorier) gennemført i borgernes hjem i 12. uge efter udskrivelsen (Jakobsen et al. 2007).

- At borgerne oplever at få en mere tæt og fortrolig kontakt, men at borgere og pårørende ikke altid får bragt egne dagsordener og bekymringer i spil under det opfølgende hjemmebesøg (Møller 2014). Borgerne i denne evaluering oplever tilsvarende, at lægen har mere tid, når han/hun kommer hjem til dem, ligesom de får en anden kontakt med lægen. Til gengæld har de – modsat undersøgelsen fra Region Midtjylland – en oplevelse af, at de er blevet lyttet til, og at det var en samtale mellem alle tilstedeværende parter.
- At det er betryggende for både borgere og pårørende, at der er nogen, der følger op efter en indlæggelse og gennemgår og vurderer situationen i hjemmet (Møller 2014).
- At pårørende er betydningsfulde i forhold til at supplere borgerens erindring om sygdoms- og indlæggelsesforløbet og hjælpe med at høre og forstå lægens budskaber. Men også, at det opfølgende hjemmebesøg giver den pårørende støtte og aflastning (Møller 2014).
- At der er tendens til, at aftaler og budskaber fra de opfølgende hjemmebesøg ikke altid står helt klart for borgere og pårørende (Møller 2014). Det ser vi også eksempler på i denne evaluering, men hovedparten kan dog redegøre for, hvad der blev aftalt.

Med det valgte undersøgelsesdesign kan vi ikke sige noget om, hvorvidt de interviewede borgere og pårørendes oplevelser adskiller sig fra borgeres, som er blevet udskrevet fra hospital, men ikke har fået opfølgende hjemmebesøg. Det kunne man i Glostrup-undersøgelsen. Her vurderer en signifikant større andel af de borgere, der havde fået opfølgende hjemmebesøg (42 %), at deres egen læge var virkelig godt orienteret om indlæggelsen i forhold til kontrolgruppen (16 %) (Jakobsen et al. 2007). Der var til gengæld kun få og ikke-signifikante forskelle mellem interventionsgruppen og kontrolgruppens generelle vurdering af og tilfredshed med sygehus, hjemmepleje og egen praktiserende læge i indlæggelses- og efterbehandlingsforløbet, som for begge grupper generelt lå højt. Der var heller ingen forskel i oplevelsen af tvivl i forbindelse med udskrivelsen (ibid.). Det kan være udtryk for, at borgerne i målgruppen af skrøbelige ældre generelt er meget taknemmelige og ydmyge over for den hjælp og service, de modtager i deres forløb under og efter en hospitalsindlæggelse.

Litteratur

- Center for Kvalitet 2015, *Den ældre medicinske patient - en kvalitativ undersøgelse af patientoplevelser*, Region Syddanmark, Vejle.
- Center for Kvalitet 2013, *Opfølgning og koordination efter udskrivelse. Delrapport 3 under OTAP-projektet 2010-2012*, Center for Kvalitet, Region Syddanmark, Vejle.
- Dansk Selskab for Almen Medicin 2012, *Den ældre patient: Klinisk vejledning for almen praksis*, Dansk Selskab for Almen Medicin, København.
- Fokdal, S., Sørensen, S.K. & Al-Najer, A. 2013, *Implementering af opfølgende hjemmebesøg i 9 kommuner i Region Sjælland*, Projekt Forebyggelse af U hensigtsmæssige Indlæggelser (FUI), Holbæk.
- Halkier, B. 2015, "Fokusgrupper" in *Kvalitative metoder. En grundbog*, eds. S. Brinkmann & L. Tanggaard, 2nd edn, Hans Reitzels Forlag, København, pp. 137-151.
- Hendriksen, C. & Vass, M. 2015, "Usikker effekt af opfølgende hjemmebesøg til ældre medicinske patienter efter hospitalsindlæggelse", *Ugeskrift for Læger*, vol. 177, no. 4, pp. 342-345.
- Hjelmar, U. 2010, *Kvalitativ evaluering af organisering af opfølgende hjemmebesøg i Københavns Kommune*, AKF, København.
- Holm, C. 2016, *Opfølgende hjemmebesøg - Et samarbejde om den ældre, medicinske patient i det nære sundhedsvæsen. Evaluering af en indsats i Gladsaxe Kommune. Masterafhandling*, Københavns Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, København.
- Hovedstadsregionens Praktiserende Læger & Region Hovedstaden 2011, *Rammeaftale vedr. honorering af praktiserende læger, der udfører opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse i samarbejde med en kommune i Region Hovedstaden*, Region.
- Jakobsen, H.N., Rytter, L., Rønholt, F., Andreassen, A.H., Nissen, A., Kjellberg, J. & Stads-gaard, K. 2007, *Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus - en medicinsk teknologivurdering*, Sundhedsstyrelsen, Enhed for Medicinsk Teknologivurdering, København.
- Johannesen, K.V. 2010, *Kvalitativ evaluering af opfølgende hjemmebesøg i Vestklyngen*, Aalborg Universitet, Aalborg.
- Lehn, S.F., Jekes, I., Rossau, H.K., Zwislers, A.-. & Thygesen, L.C. 2015, *Opfølgende Hjemmebesøg i Region Sjælland. Implementering 2014. Registerbaseret opgørelse*, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, København.
- Lehn, S.F., Rod, M.H., Thygesen, L.C. & Zwislers, A.-. 2014, *Implementering af Opfølgende Hjemmebesøg i Region Sjælland. Tema-analyse af 5 fokusgruppeinterview*, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, København.
- Madsen, M.H., Wiuff, M.B., Hansen, E.B. & Kristensen, T.A. 2016, *Følge hjem- og ringe hjemordningernes i Region Hovedstaden. Implementering, organisering og oplevet udbytte*, KORA, København.
- Martin, H.M. 2010, *Er der styr på mig? Sammenhængende forløb fra patienternes perspektiv*, Dansk Sundhedsinstitut, København.

- Møller, M.C.R. 2014, *Samtalen i hjemmet og den hjemlige samtale - en kvalitativ undersøgelse af borgeres og pårørendes oplevelser med opfølgende hjemmebesøg*, Nære Sundhedstilbud, Region Midtjylland og Kommunerne i Vestklyngen, Viborg.
- Oxholm, A.S. & Kjellberg, J. 2012, *Sammenfatning af erfaringerne med opfølgende hjemmebesøg i ti kommuner. Baseret på fem omkostningsanalyser med særligt fokus på de kommunaløkonomiske konsekvenser*, DSI, København.
- PLO-Hovedstaden & Region Hovedstaden 2013, *Rammaftale vedr. honorering af praktiserende læger, der udfører opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse fra hospital i samarbejde med en kommune i Region Hovedstaden*, Region Hovedstaden, Hillerød.
- Region Hovedstaden 2016a, "Bilag 3: Aftale vedr. brug af elektroniske korrespondancemeddelelser" in *Bilag til Kommunikationsaftalen*, ed. Den Administrative Styregruppe, Region Hovedstaden, Hillerød, pp. 7-8.
- Region Hovedstaden 2016b, *Kommunikationsaftale. Aftale om tværsektoriel kommunikation mellem kommunerne og hospitalerne i Region Hovedstaden om indlæggelser og udskrivinger i somatikken*, Region Hovedstaden, København.
- Region Hovedstaden 2015, *Hospitalsplan 2010*, Region Hovedstaden, Hillerød.
- Region Hovedstaden 2014, *Lokalnyheder MIDT - Januar 2014*. Available: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/hovedstaden/nyheder/lokalnyheder-plan-omraader/midt/midt-2014/nyheder-midt-jan-2014/> [2017, 03/09].
- Region Hovedstaden 2010, *Sundhedsaftalen for Region Hovedstaden 2011-2014*, Region Hovedstaden, Hillerød.
- Region Hovedstaden & PLO Hovedstaden 2014, *Allonge til rammeaftale om honorering af praktiserende læger, der udfører opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse fra hospital i samarbejde med en kommune i Region Hovedstaden*, Region Hovedstaden, Hillerød.
- Rossau, H.K., Jekes, I., Thygesen, L.C. & Zwislers, A.-. 2015, *Alment praktiserende lægers holdning til Opfølgende hjemmebesøg efter ændring af screeningsprocedurer. Pilotundersøgelse baseret på interviews*, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, København.
- Rytter, L., Jakobsen, H.N., Ronholt, F., Hammer, A.V., Andreasen, A.H., Nissen, A. & Kjellberg, J. 2010, "Comprehensive discharge follow-up in patients' homes by GPs and district nurses of elderly patients. A randomized controlled trial", *Scandinavian journal of primary health care*, vol. 28, no. 3, pp. 146-153.
- Sierks, D.L. 2015, *Modningsprojektet. Systematiseret henvisning til opfølgende hjemmebesøg*, Herlev og Gentofte Hospitaler, ETSUF - Enhed for Tværsektorielt Samarbejde, Udvikling og Forskning, Herlev.
- Sundhedsdatastyrelsen 2017, *Fælles Medicinkort (FMK)*. Available: <http://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-faelles-medicinkort> [2017, 03/08].
- Sundhedsstyrelsen 2016, *Styrket indsats for den ældre medicinske patient. Fagligt oplæg til en national handlingsplan 2016-2019*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Tanggaard, L. & Brinkmann, S. 2015, "1. Interviewet: Samtalen som forskningsmetode" in *Kvalitative metoder. En Grundbog*, eds. S. Brinkmann & L. Tanggaard, 2nd edn, Hans Reitzels Forlag, København, pp. 29-53.

Thygesen, L.C., Fokdal, S., Gjørup, T., Taylor, R.S., Zwisler, A.D. & Prevention of Early Readmission Research Group 2015, "Can municipality-based post-discharge follow-up visits including a general practitioner reduce early readmission among the fragile elderly (65+ years old)? A randomized controlled trial", *Scandinavian journal of primary health care*, vol. 33, no. 2, pp. 65-73.

Voss, H. 2009, *Implementering af opfølgende hjemmebesøg. Hvad kan andre lære af 11 kommuners foreløbige erfaringer*, Dansk Sundhedsinstitut, København.

Bilag 1 Planområder i Region Hovedstaden

Region Hovedstadens hospitaler er som udgangspunkt organiseret i fire optageområder kaldet planområder. Af Bilagstabel 1.1 fremgår det, hvilke hospitaler og kommuner der hører under hvilke planområder i regionen.

Bilagstabel 1.1 Oversigt over hospitaler og kommuner i Regions Hovedstadens planområder

Planområde	Hospital	Kommuner
Nord	Nordsjællands Hospital	Allerød Kommune Fredensborg Kommune Frederikssund Kommune Gribskov Kommune Halsnæs Kommune Helsingør Kommune Hillerød Kommune Hørsholm Kommune
Midt	Herlev og Gentofte Hospital	Ballerup Kommune Egedal Kommune Furesø Kommune Gentofte Kommune Gladsaxe Kommune Herlev Kommune Lyngby-Taarbæk Kommune Rudersdal Kommune Rødovre Kommune
Byen	Bispebjerg og Frederiksberg Hospital Rigshospitalet	Københavns Kommune Frederiksberg Kommune
Syd	Amager og Hvidovre Hospital	Albertslund Kommune Brøndby Kommune Dragør Kommune Glostrup Kommune Hvidovre Kommune Høje-Taastrup Kommune Ishøj Kommune Tårnby Kommune Vallensbæk Kommune
Bornholm	Bornholms Hospital	Bornholms Regionskommune

Kilde: Hospitalsplan 2020 (Region Hovedstaden 2015).

Bornholms Kommune fremgår særskilt i ovenstående oversigt på grund af sin særlige status ud fra øens geografiske placering (Region Hovedstaden 2015). I surveyen er Bornholms Regionskommune lagt under Planområde Byen.



**Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00