



## Implementering af opfølgende hjemmebesøg

*Hvad kan andre lære af 11 kommuners foreløbige erfaringer?*

Henning Voss

Dansk Sundhedsinstitut

December 2009

## Dansk Sundhedsinstitut

Dansk Sundhedsinstitut er en selvejende institution oprettet af staten, Danske Regioner og KL.

Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler det danske sundhedsvæsen. Til opfyldelse af formålet skal instituttet gennemføre forskning og analyser om sundhedsvæsenets kvalitet, økonomi, organisering og udvikling, indsamle, bearbejde og formidle viden herom samt rådgive og yde praktisk bistand til sundhedsvæsenet.

### **Copyright © Dansk Sundhedsinstitut 2009**

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

#### **Dansk Sundhedsinstitut**

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: [www.dsi.dk](http://www.dsi.dk)

E-mail: [dsi@dsi.dk](mailto:dsi@dsi.dk)

ISBN 978-87-7488-643-3 (elektronisk version)

DSI projekt nr. 2553

Design: DSI

## Forord

Det er en god idé at tilbyde ældre medicinske patienter opfølgende hjemmebesøg efter endt indlæggelse. Det blev påvist i et forskningsprojekt i Glostrup, hvor man efter alle kunstens regler gennemførte et randomiseret kontrolleret studie, der viste, at opfølgende hjemmebesøg får genindlæggelsen til at falde betydeligt. Men én ting er, at man kan få gode resultater, når man gør sig umage i et forskningsprojekt – en anden ting er, hvad der sker, når opfølgende hjemmebesøg skal implementeres i en travl hverdag. Det spørgsmål har Kommunernes Landsforening bedt DSI om at undersøge, og derfor er vi sammen med 11 danske kommuner i gang med en omfattende omkostningsanalyse af opfølgende hjemmebesøg. Omkostningsanalysen forventes offentliggjort ultimo 2011.

De 11 kommuner, der er med i omkostningsanalysen, har alle i løbet af det sidste års tid gennemført en implementering af opfølgende hjemmebesøg, og dermed er der en række implementeringserfaringer, som kan være værdifulde for andre kommuner at kende til, inden de går i gang med implementeringen af opfølgende hjemmebesøg. DSI har fulgt implementeringen i de 11 kommuner på tæt hold. Dels fordi vi gennemfører omkostningsanalysen, og dels fordi vi har ydet implementeringsstøtte til seks kommuner i den vestlige del af Region Midtjylland. På denne baggrund har KL og Region Midtjylland bedt DSI om at samle og beskrive hidtidige erfaringer med implementeringen af opfølgende hjemmebesøg og på denne baggrund at komme med anbefalinger til, hvordan opfølgende hjemmebesøg implementeres. Det er vores håb, at vi med rapporten kan hjælpe andre kommuner, der står over for implementering af opfølgende hjemmebesøg.

Omkostningsanalysen skal besvare to primære spørgsmål. For det første ønsker vi som nævnt svar på, hvad der sker med effekten, når en intervention, som er udviklet i et forskningsprojekt, implementeres i en travl hverdag. For det andet ønsker vi at afdække, om interventionen er udgiftsneutral for kommunerne. Med omkostningsanalysen får vi altså med kvantitative metoder tal på, hvad der sker med opfølgende hjemmebesøg, når de implementeres i en kommunal kontekst. Dataindsamlingen til omkostningsanalysen pågår i 2009 og 2010, og vi forventer, at afrapportering sker ultimo 2011.

Denne rapport er skrevet af projektleder og cand.scient.pol. Henning Voss. Rapporten bygger blandt andet på en række interviews og observationer, der er gennemført af stud.scient.pol. Louise Øhlschlæger Christensen, som var praktikant ved DSI i foråret 2009. Konstitueret vicedirektør og cand.scient.anth., ph.d. Charlotte Bredahl Jacobsen har udført internt review på rapporten. Vi takker de lokale projektledere i de 11 kommuner samt Hospitalsenheden Vest i Region Midtjylland for værdifulde kommentarer givet under udarbejdelsen af analysen.

*Jes Søgaard*  
*Direktør*  
*Dansk Sundhedsinstitut*



# Indholdsfortegnelse

Forord .....	3
Resumé .....	7
1. Indledning .....	15
1.1 Baggrunden for rapporten.....	15
1.2 Rapportens formål og målgruppe.....	16
1.3 Rapportens datagrundlag og rapportens begrænsninger .....	16
1.4 Rapportens opbygning .....	16
2. Beslutningsfasen.....	17
2.1 Hjemmesygeplejens ledelse inddrages i beslutningen .....	17
2.2 Honorering af praktiserende læger.....	18
2.3 Tids- og ressourceforbrug ved implementering af opfølgende hjemmebesøg.....	19
2.4 Implementering er et projekt – ikke en opgave .....	20
3. Planlægningsfasen.....	23
3.1 Målgruppe for opfølgende hjemmebesøg .....	23
3.2 Design af proces for gennemførelse af opfølgende hjemmebesøg .....	25
3.2.1 Patientudvælgelse til opfølgende hjemmebesøg .....	26
3.2.2 Planlægning af opfølgende hjemmebesøg .....	27
3.2.3 Gennemførelse af opfølgende hjemmebesøg.....	28
3.3 Opfølgende hjemmebesøg uden praktiserende læge.....	29
3.4 Juridiske overvejelser.....	30
3.5 Information om interventionen .....	31
3.5.1 Information til berørte medarbejdere i kommunen (og på hospitalet).....	31
3.5.2 Information til praktiserende læger .....	31
3.5.3 Information til offentligheden .....	32
3.6 Implementering på én gang eller i faser?.....	32
3.7 Proces for planlægningsfasen.....	32
4. Implementeringsfasen.....	35
4.1 Vedvarende ledelsesopbakning og omtale af interventionen .....	35
4.2 Identifikation af patienter til opfølgende hjemmebesøg.....	36
4.2.1 Feedback: Relevans og cases .....	36
4.2.2 Påmindelser om interventionen i hverdagen.....	36
4.3 Tovholdere.....	37
4.4 Løbende opfølgning på implementeringens succeskriterier .....	38

5. Vedligeholdelsesfasen .....	41
6. Konklusion og perspektivering.....	43
Bilag 1: Dataindsamlingen til implementeringsrapporten .....	45
Bilag 2: Fleksible kriterier – baggrund, beskrivelse og konsekvensberegning .....	47
Bilag 3: Operationalisering af de fleksible kriterier (Vestklyngen) .....	61
Bilag 4: Ålborg Kommunes metode til patientidentifikation .....	63
Bilag 5: Besøgsskema (Vestklyngen) .....	67
Bilag 6: Casebeskrivelse (Vestklyngen) .....	69

# Resumé

## Om opfølgende hjemmebesøg

Når svækkede ældre udskrives efter en hospitalsindlæggelse, er risikoen for genindlæggelse stor. I et forsøg fra Glostrup har man fundet ud af, at genindlæggelsen kan nedbringes ved at tilbyde de ældre opfølgende hjemmebesøg efter følgende model:

### *Boks 1. Introduktion til opfølgende hjemmebesøg efter Glostrup modellen*

- ◆ Målgruppe: Svækkede ældre patienter tilbydes interventionen efter endt indlæggelse.
- ◆ Formål: Sikre et sammenhængende patientforløb og undgå genindlæggelser.
- ◆ Hvem: De opfølgende hjemmebesøg gennemføres af en hjemmesygeplejerske og patientens praktiserende læge.
- ◆ Hvordan: Interventionen består af tre kontakter: Et fælles besøg ved praktiserende læge og hjemmesygeplejerske i patientens hjem ca. 1 uge efter udskrivelsen suppleret med to opfølgende kontakter ved den praktiserende læge og/eller hjemmesygeplejersken i 3. og 8. uge efter udskrivelsen i form af en konsultation eller hjemmebesøg afhængig af patientens samlede problematik.
- ◆ Udvalgte resultater fra Glostrup forsøget:
  - Genindlæggelsen blev nedbragt med 23 %
  - Regionen sparede omtrent 5.000 kr. per forløb
  - Stor tilfredshed med interventionen blandt klinikere og patienter.
- ◆ Læs mere: MTV-rapport om Glostrup projektet.<sup>1</sup>

## Om implementering af opfølgende hjemmebesøg

I foråret 2009 påbegyndte 11 kommuner implementeringen af opfølgende hjemmebesøg efter Glostrup modellen. DSI har fulgt disse 11 kommuners implementering, og vi kan konstatere tre væsentlige fællestræk:

- ◆ **Klinikerne er begejstrede:** Det er slående, at de klinikere, der har prøvet at deltage i et opfølgende hjemmebesøg, generelt synes, at interventionen er særdeles relevant og meningsfuld. Derfor er der rigtig gode chancer for, at en implementering af opfølgende hjemmebesøg vil lykkes.
- ◆ **Det er organisatorisk komplekst:** Det er svært at komme i gang med opfølgende hjemmebesøg, blandt andet fordi interventionen indebærer et samarbejde mellem mange aktører på tværs af sektorer. Implementeringen af opfølgende hjemmebesøg tager derfor tid og ressourcer: Planlægning og gennemførelse af implementeringen tager omtrent 1½ år.
- ◆ **Lokal tilpasning er nødvendig:** De 11 kommuner har taget interventionen og tilpasset den, så den passer ind i den organisation og det samarbejde, der i forvejen er. Det er der kommet en række forskellige organisatoriske setup ud af. Tilpasningen har medført, at der er opbygget et lokalt ejerskab til interventionen. Kernen i interventionen er dog blevet bevaret i de 11 kommuner.

<sup>1</sup> "Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivning fra sygehus", Jakobsen, H.N, m.fl., MTV-rapport, Sundhedsstyrelsen, 2007 ([www.sst.dk/publ/Publ2007/MTV/Hjemmebesoeg/opf\\_hjemmebesoeg\\_aldre.pdf](http://www.sst.dk/publ/Publ2007/MTV/Hjemmebesoeg/opf_hjemmebesoeg_aldre.pdf)).

## Om denne implementeringsrapport

De fem grupper har opnået en række erfaringer med implementering af opfølgende hjemmebesøg. Formålet med denne rapport er at samle og beskrive disse erfaringer med implementeringen af opfølgende hjemmebesøg og på denne baggrund at komme med anbefalinger til, hvordan opfølgende hjemmebesøg implementeres. Det er vores håb, at vi på denne måde kan hjælpe andre kommuner, der står overfor implementering af opfølgende hjemmebesøg. Rapporten er altså primært skrevet til lokale projektledere, der bliver sat i spidsen for implementering af opfølgende hjemmebesøg.

Implementeringen af opfølgende hjemmebesøg er fortsat i fuld gang i de 11 kommuner. Denne rapport videregiver altså *foreløbige* erfaringer og anbefalinger. Det blev først i sommeren 2009, dvs. langt inde i implementeringsprocessen besluttet at skrive denne implementeringsrapport. Det betyder, at dataindsamlingen til rapporten ikke er så fyldestgørende, som den ville have været, hvis vi allerede fra begyndelsen af implementeringsprocessen havde tænkt dataindsamlingen til rapporten ind. Implementeringen af opfølgende hjemmebesøg er altså ikke fuldt belyst med denne rapport, og der bør igangsættes yderligere erfaringsopsamling.

I denne rapport inddeler vi implementeringen i opfølgende hjemmebesøg i fire faser:

- 1. Beslutningsfase:** Det besluttes, om opfølgende hjemmebesøg skal implementeres
- 2. Planlægningsfase:** Implementeringen af opfølgende hjemmebesøg planlægges
- 3. Implementeringsfase:** Implementeringen af opfølgende hjemmebesøg gennemføres
- 4. Vedligeholdelsesfase:** Opfølgende hjemmebesøg vedligeholdes i den daglige drift.

Vi vil nu sammenfatte DSI's anbefalinger vedrørende en række væsentlige emner, man skal tage stilling til i løbet af de fire faser. Der vil i denne sammenfatning være en henvisning til, hvor i rapporten man kan læse mere om emnet.



## Beslutningsfasen

Inden en kommune beslutter sig for at påbegynde implementering af opfølgende hjemmebesøg, bør en række forhold afklares. Disse forhold sammenfattes nedenfor.

---

<b>Emne:</b>	<b>Inddragelse af hjemmesygeplejerskens ledelse</b>
Udfordringen:	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Opfølgende hjemmebesøg er en ekstra opgave for hjemmesygeplejerskerne.</li><li>◆ Det er vigtigt, at der er ressourcer og innovationskraft nok hos hjemmesygeplejerskerne til at deltage i interventionen.</li></ul>
DSI anbefaler:	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Hjemmesygeplejerskernes ledelse bør inddrages i beslutningen om implementering af opfølgende hjemmebesøg.</li></ul>
Læs mere her:	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Afsnit 2.1 på side 17.</li></ul>

---

<b>Emne:</b>	<b>Honorering af praktiserende læger</b>
Udfordringen:	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Det har vist sig vanskeligt at få lægerne til at deltage uden en aftale om honorering.</li><li>◆ § 2 aftaler om honorering er på plads for alle kommuner i Region Midtjylland og Region Syddanmark.</li><li>◆ § 2 aftaler om honorering er på plads for enkelte kommuner i Region Hovedstaden og Region Sjælland.</li><li>◆ Der pågår forhandlinger om § 2 aftale i Region Nordjylland.</li></ul>
DSI anbefaler:	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ En løsning vedrørende honorering af praktiserende læger bør være en forudsætning for igangsættelse af opfølgende hjemmebesøg.</li><li>◆ Praktiserende læger bør ikke gives muligheden for på forhånd at sige nej til generel deltagelse i interventionen, men gives adgang til at sige fra i konkrete tilfælde.</li></ul>
Læs mere her:	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Afsnit 2.2 på side 18.</li><li>◆ § 2 aftalerne på PLO's hjemmeside.<sup>2</sup></li></ul>

---

<b>Emne:</b>	<b>Tids- og ressourceforbrug ved implementering af opfølgende hjemmebesøg</b>
Udfordringen:	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ De 11 kommuners lokale projektledere vurderer, at det tager omtrent 1½ år at planlægge og gennemføre implementeringen, og at de i disse 1½ år i gennemsnit har arbejdet 7 timer per uge med implementeringen.<sup>3</sup></li></ul>
DSI anbefaler:	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Ledelsen bør være klar til at allokere tilstrækkelig tid og ressourcer til planlægning og gennemførelse af implementeringen af opfølgende hjemmebesøg:</li></ul>
Læs mere her:	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Afsnit 2.3 på side 19.</li></ul>

---

<b>Emne:</b>	<b>Implementering af opfølgende hjemmebesøg er et projekt</b>
Udfordringen:	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ I alle 11 kommuner viste det sig nødvendigt at håndtere implementeringen som et projekt snarere end som en lille opgave.</li></ul>
DSI anbefaler:	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Implementering af opfølgende hjemmebesøg bør håndteres som et projekt:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Der bør udpeges en projektleder og etableres en projektgruppe</li><li>○ Projektgruppen bør sammensættes så alle interessenter er repræsenteret</li><li>○ Der bør udarbejdes en projektbeskrivelse, der skitserer formål, succeskriterier og tidsplan for implementeringen.</li></ul></li></ul>
Læs mere her:	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Afsnit 2.4 på side 20.</li></ul>

---

<sup>2</sup> Du kan finde aftalerne på følgende vis: 1) Gå ind på [www.laeger.dk](http://www.laeger.dk), 2) vælg "PLO" under "Løn og overenskomst", 3) vælg regionen du er interesseret i, 4) vælg "Aftaler efter 1. januar 2007", 5) Find aftalen vedrørende opfølgende hjemmebesøg på listen der kommer frem.

<sup>3</sup> De lokale projektledere skønner, at de i gennemsnit har brugt 8 timer per uge i planlægningsfasen og 6 timer i implementeringsfasen – jf. tabel 2 på side 19.

## Planlægningsfasen

Formålet med planlægningsfasen er at planlægge implementeringen af opfølgende hjemmebesøg. Det skønnes, at denne fase tager omtrent seks måneder. I løbet af fasen bør nedennævnte emner afklares.

---

### Emne: Målgruppen for opfølgende hjemmebesøg

- Udfordringen:
- ◆ I Glostrup forsøget valgte man af hensyn til forsøgsprotokollen en målgruppe ud fra faste alders- og specialekriterier. Denne målgruppe er ikke egnet i en driftssituation.
  - ◆ Et fagligt udvalg har i stedet udarbejdet fleksible kriterier for individuel behovsvurdering af patienterne.
  - ◆ Alle fem grupper har valgt at anvende de fleksible kriterier og har derudover en række lokalt forankrede udvælgelseskriterier.
  - ◆ Vestklyngen har en særlig høj aldersgrænse (+78), og det er klinikerne enige om, er uhensigtsmæssigt, fordi der er mange patienter under 78, som klinikerne vurderer, har behov for opfølgende hjemmebesøg.
- DSI anbefaler:
- ◆ Målgruppen bør tilpasse lokale behov og muligheder.
  - ◆ Der bør implementeres en individuel behovsvurdering frem for at anvende faste udvælgelseskriterier.
  - ◆ Fagligt udvalgs fleksible kriterier kan anvendes som grundlag for den individuelle behovsvurdering, men skal operationaliseres.
  - ◆ En eventuel aldersgrænse bør være så lav som mulig.
- Læs mere her:
- ◆ Afsnit 3.1 på side 23.
  - ◆ Bilag 2 (Fleksible kriterier – baggrund, beskrivelse og konsekvensberegning).
  - ◆ Bilag 3 (Operationalisering af de fleksible kriterier (eksempel fra Vestklyngen)).

---

### Emne: Design af proces for gennemførelse af opfølgende hjemmebesøg

- Udfordringen
- ◆ Selvom der gennem Glostrup studiet er evidens for, at der kan opnås gode resultater med opfølgende hjemmebesøg, har det vist sig vanskeligt og også uhensigtsmæssigt at implementere interventionen nøjagtig som i Glostrup studiet.
  - ◆ Erfaringen viser, at der dels bør tages hensyn til, at der nu er tale om en driftssituation – og ikke længere et forsøg.
  - ◆ Derudover viser erfaringen, at processen for gennemførelse af opfølgende hjemmebesøg bør designes, så der tages hensyn til lokale behov og muligheder. Det giver øget lokal forankring.
- DSI anbefaler:
- ◆ Der bør ske en lokal tilpasning af processen for gennemførelse af opfølgende hjemmebesøg. Baseret på erfaringerne fra de 11 kommuner anbefaler DSI dog:
    - Patientudvælgelse kan foregå på hospitalet eller i den kommunale visitation. Der er fordele og ulemper ved begge muligheder
    - Planlægningen af opfølgende hjemmebesøg bør varetages af hjemmesygeplejersken
    - Kommunikation mellem hjemmesygeplejerske og almen praksis vedrørende planlægning kan foregå skriftligt
    - Det første opfølgende hjemmebesøg bør afholdes 6 til 8 dage efter endt indlæggelse, bør foregå i borgerens hjem og med deltagelse af både hjemmesygeplejerske og praktiserende læge
    - Den anden og tredje kontakt bør afholdes hhv. 3. og 8. uge efter endt indlæggelse. Der er fleksibilitet mht. hvor 2. og 3. kontakt foregår og hvem der deltager
    - Opfølgende hjemmebesøg uden praktiserende læges deltagelse (i første kontakt) – den såkaldte "Glostrup Light" – frarådes
    - Der bør udarbejdes et besøgsskema til at støtte processen fra identifikation til gennemførelse
    - Interventionsdesignet bør vendes med organisationens egne jurister, så der ikke opstår juridiske tvivlsspørgsmål sent i forløbet.
- Læs mere her:
- ◆ Afsnit 3.2 på side 25.
  - ◆ Bilag 4 (Ålborg kommunes metode til patientidentifikation).
  - ◆ Bilag 5 (Besøgsskema (eksempel fra Vestklyngen)).
-

---

**Emne: Information af medarbejdere, praktiserende læger og offentligheden**

- Udfordringen: ♦ Manglende eller uhensigtsmæssig information til interessenterne om interventionen vanskeliggør implementeringen.
- DSI anbefaler: ♦ Berørte medarbejdere i kommunen og på hospitalet bør introduceres til interventionen på en entydig, overskuelig men samtidig grundig måde.  
♦ Introduktionen til medarbejderne bør være både skriftlig og mundtlig.  
♦ Introduktionen til medarbejderne bør gives tidligst en måned før implementeringen.  
♦ De praktiserende læger bør informeres lige før implementeringen.  
♦ Offentligheden bør ligeledes informeres gennem medierne.
- Læs mere her: ♦ Afsnit 3.5 på side 31.

---

**Emne: Faseinddeling af implementeringen**

- Udfordringen: ♦ Nogle af de 11 kommuner har valgt at implementere opfølgende hjemmebesøg fasevis, dvs. ikke i hele kommunen på én gang. Andre kommuner har valgt at implementere interventionen på én gang.  
♦ Fasevis implementering har den fordel, at projektlederen kan koncentrere sig om ét område ad gangen. Ulempen er, at patientudvælgelsen kompliceres af, at der skal tages hensyn til, i hvilke områder interventionen er implementeret.
- DSI anbefaler: ♦ Der er fordele og ulemper ved at faseinddele implementeringen, men større kommuner bør vælge faseinddelt implementering.
- Læs mere her: ♦ Afsnit 3.6 på side 32.
-

## Implementeringsfasen

Formålet med implementeringsfasen er at implementere opfølgende hjemmebesøg. Det skønnes, at denne fase tager seks til tolv måneder. I løbet af fasen bør der findes løsninger på nedennævnte udfordringer.

---

<b>Emne:</b>	<b>Vedvarende ledelsesopbakning og omtale af interventionen</b>
Udfordringen	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Nogle af de lokale projektledere har oplevet, at det har været vanskeligt at fastholde alle relevante lederes opbakning.</li><li>◆ I én af kommunerne er interventionen blevet omtalt som et midlertidigt projekt.</li></ul>
DSI anbefaler:	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Det skal sikres, at alle relevante ledere bakker op om opfølgende hjemmebesøg. Ledelsesopbakningen skal være vedvarende og reel – også når arbejdsbyrden ved interventionen for alvor kan mærkes i enheden.</li><li>◆ For at sikre ejerskab blandt kommunens medarbejdere, bør opfølgende hjemmebesøg omtales som en ny vedblivende service – ikke som noget der afprøves i et midlertidigt projekt.</li></ul>
Læs mere her:	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Afsnit 4.1 på side 35.</li></ul>

---

<b>Emne:</b>	<b>Identifikation af patienter til opfølgende hjemmebesøg</b>
Udfordringen	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ I de fem grupper sker identifikationen af patienterne enten på hospitalet eller i visitationen.</li><li>◆ Uanset om det er hospitalet eller den kommunale visitation, der foretager patientidentifikationen, kommer dem der identificerer patienterne ikke med ud til de opfølgende hjemmebesøg og oplever derfor interventionen som diffus.</li><li>◆ Uanset om det er hospitalet eller den kommunale visitation, der foretager patientidentifikationen, kan det i en travl hverdag være vanskeligt at huske på opgaven.</li></ul>
DSI anbefaler:	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Giv feedback til dem der identificerer patienterne. Det kan fx ske gennem en relevansscore og/eller ved hjælp af casebeskrivelser.</li><li>◆ Der bør etableres konkrete tiltag, der skal minde medarbejderne om, at de skal foretage patientidentifikationen. Eksempler på disse tiltag er beskrevet i afsnit 4.2.2.</li></ul>
Læs mere her:	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Afsnit 4.2 på side 36.</li><li>◆ Bilag 6 (Casebeskrivelse (eksempel fra Vestklyngen)).</li></ul>

---

<b>Emne:</b>	<b>Anvendelse af tovholdere</b>
Udfordringen:	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Der er mange geografisk adskilte enheder involveret i implementeringen af opfølgende hjemmebesøg.</li></ul>
DSI anbefaler:	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Projektlederen bør benytte sig af lokale tovholdere. Erfaringen viser, at der er mange fordele ved brug af tovholdere – herunder:<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Tovholdere er organisatorisk og fysisk tæt på hverdagen og de kollegaer, som de skal hjælpe ved eventuelle tvivsspørgsmål.</li><li>◆ Tovholdere er gode til at håndtere og nedbryde lokal modstand mod interventionen.</li><li>◆ Tovholdere kan give kollegaer venlige reminders for at sikre, at interventionen fortsat har prioritet i en travl hverdag.</li><li>◆ Tovholdere er forbindelsesled mellem projektlederen og enheden.</li><li>◆ Tovholderne fungerer bedst, når de har været inddraget fra starten – allerede i planlægningsfasen. Om muligt bør de være en del af projektgruppen.</li><li>◆ Tovholdere er rigtig gode til at introducere interventionen til kollegaer – det kan altså sagtens være en tovholderopgave at oplære enhedens medarbejdere i interventionen.</li></ul></li></ul>
Læs mere her:	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Afsnit 4.3 på side 37.</li></ul>

---

---

**Emne: Løbende opfølgning på implementeringens succeskriterier**

- Udfordringen: ♦ I en del af de fem grupper viste det sig, at implementeringen ikke skred frem som forventet. Det blev nogle steder opdaget meget sent, fordi man ikke havde nogen løbende opfølgning på implementeringens succeskriterier.
- DSI anbefaler: ♦ For at skabe et overblik over, hvordan det går med implementeringen, anbefaler DSI, at der opstilles succeskriterier for implementeringen.
- ♦ Gennem en løbende patientoptælling bør der under implementeringen følges op på succeskriterierne.
- ♦ Erfaringen viser, at der bør opstilles succesmål for og følges op på følgende fire parametre. Eksempel: (Vestklyngens mål er angivet i parentes):
- ♦ Hvor stor en andel af alle udskrevne patienter udvælges til interventionen? (50 %)
- ♦ I hvilken grad identificeres de relevante patienter? (Indenfor ét år efter implementeringen: 80 % af alle forløb vurderes som relevante eller meget relevante. Indenfor tre år efter implementeringens påbegyndelse: 90 % vurderes som relevante eller meget relevante).
- ♦ Hvor mange af de identificerede patienter der modtager 1. besøg? (80 % indenfor det første år og 90 % indenfor tre år).
- ♦ I hvor stor en andel af de opfølgende hjemmebesøg har den praktiserende læge modtaget epikrisen forud for 1. kontakt? (95 %).
- Læs mere her: ♦ Afsnit 4.4 på side 38.
-

## Vedligeholdelsesfasen

Når implementeringen er gennemført, så lukker implementeringsprojektet, og interventionen overlades til driften. Dette er dog ikke ensbetydende med, at interventionen så ikke længere bør have opmærksomhed. Baseret på erfaringer fra implementeringen af andre tiltag anbefaler DSI således, at interventionen vedligeholdes. Når man sætter nye skibe i søen og selvom det sikres, at disse skibe er på rette kurs, så er det ikke sikkert, at de vedbliver med at sejle i den ønskede retning. Interventionen bør derfor vedligeholdes. Nedenfor opsummeres vedligeholdelsesfasen.

---

**Emne: Vedligeholdelse af opfølgende hjemmebesøg**

- Udfordringen: ♦ Når implementeringsprojektet er færdigt, er det vigtigt, at interventionen vedligeholdes, for ellers er der fare for, at medarbejdere og samarbejdspartnere mister opmærksomheden på interventionen, og at den dermed afvikles gradvist og uintenderet.
- DSI anbefaler: ♦ Som en del af implementeringsprojektets afslutning bør der sikres nogle aftaler om og en placering af et ansvar for, at interventionen vedligeholdes. Følgende elementer bør indgå i disse aftaler:
- ♦ Afklaring af ledelsesmæssigt ansvar for interventionen
  - ♦ Fastholdelse af tovholderfunktion
  - ♦ Oplæring af nye medarbejdere
  - ♦ Løbende patientoptælling
  - ♦ Evaluering af interventionen
  - ♦ Videreudvikling af interventionen.
- Læs mere her: ♦ Kapitel 5 på side 41.
-

# 1. Indledning

## 1.1 Baggrunden for rapporten

Når ældre svækkede medicinske patienter udskrives fra hospitalet, er risikoen for genindlæggelse stor. Der har igennem mange år været et ønske om at opnå bedre og mere sammenhængende patientforløb for denne patientgruppe. Tiltag som geriatriske teams, udgående sygeplejersker, kommunalt ansatte udskrivningskoordinatorer, "følge-hjem" ordninger og opfølgende hjemmebesøg er eksempler på initiativer, der sigter mod et forbedret udskrivningsforløb. Et centralt element i de fleste tiltag er at styrke samarbejdet mellem hospitalets medicinske afdeling, kommunens ældrepleje og patientens praktiserende læge.

Der er mange eksempler<sup>4</sup> på gode erfaringer med denne type tiltag, hvor ældre medicinske patienter tilbydes et opfølgende hjemmebesøg, der udføres i fællesskab af patienternes praktiserende læge og den kommunale hjemmesygeplejerske. Glostrup forsøget viste blandt andet, at genindlæggelsesfrekvensen kunne nedbringes markant fra 52 % til 40 %.<sup>5</sup> De sundhedsøkonomiske beregninger viste, at interventionen fører til en regional nettobesparelse på ca. 5.000 kr. per patient allerede indenfor de første seks måneder efter, at interventionen fandt sted.

I Glostrup blev ordningen med opfølgende hjemmebesøg stoppet efter forskningsprojektets afslutning, da det ikke var muligt at få honoreringen af de praktiserende læger på plads. I andre kommuner har man imidlertid valgt at tage tråden op og implementere opfølgende hjemmebesøg. I 2008 begyndte 11 kommuner rundt om i landet planlægning af implementeringen af opfølgende hjemmebesøg. Alle 11 kommuner etablerede ordningen i løbet af foråret 2009.

*Tabel 1. De 11 kommuner der har implementeret opfølgende hjemmebesøg*

Gruppe	Kommuner	Potentielt befolkningsgrundlag	Første patient	Antal patienter per september 2009
Vestklyngen	Herning, Holstebro, Ringkøbing-Skjern, Ikast-Brande, Struer og Lemvig	242.000	Medio januar 09	579
Ålborg	Ålborg	192.000	Primo april 09	38
Syddanmark	Kolding og Frederica	135.000	Medio februar 09	201
København	København	502.000	Primo maj 09	128
Faxe	Faxe	34.000	Medio januar 09	61

Vi har inddelt i fem grupper. Der er forskel på, hvordan de fem grupper har implementeret opfølgende hjemmebesøg. Inden for hver gruppe har man derimod fulgt samme interventionsdesign.

<sup>4</sup> For en oversigt, jf. "Uhensigtsmæssige indlæggelser – muligheder og perspektiver for kommunerne", Vinge S, Buch M.S, Fokus, 2007.

<sup>5</sup> "Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivning fra sygehus", Jakobsen, H.N, m.fl., MTV-rapport, Sundhedsstyrelsen, 2007 ([www.sst.dk/publ/Publ2007/MTV/Hjemmebesoeg/opf\\_hjemmebesoeg\\_aldre.pdf](http://www.sst.dk/publ/Publ2007/MTV/Hjemmebesoeg/opf_hjemmebesoeg_aldre.pdf)).

## 1.2 Rapportens formål og målgruppe

De fem grupper har opnået en række erfaringer med implementering af opfølgende hjemmebesøg. Formålet med denne rapport er at samle og beskrive disse erfaringer med implementeringen af opfølgende hjemmebesøg og på denne baggrund at komme med anbefalinger til, hvordan opfølgende hjemmebesøg implementeres. Det er vores håb, at vi på denne måde kan hjælpe andre kommuner, der står over for implementering af opfølgende hjemmebesøg. Rapporten er altså primært skrevet til lokale projektledere, der bliver sat i spidsen for implementering af opfølgende hjemmebesøg. Sekundært er rapporten skrevet til de øvrige interessenter i implementeringsprocessen, herunder ikke mindst kommunale ledere samt de medarbejdere og praktiserende læger der udfører selve interventionen.

## 1.3 Rapportens datagrundlag og rapportens begrænsninger

Denne rapport bygger på flere datakilder. For det første har DSI støttet implementeringen i de fem grupper gennem løbende individuel sparring med projektlederne og ved at holde møder med de lokale projektledere. Denne løbende implementeringsstøtte har givet DSI indsigt i de fem gruppers erfaringer og udfordringer. Derudover bygger rapporten på en række dokumenter og e-mail korrespondance vedrørende projektplaner, succeskriterier, tidsplaner, målgruppe mv. Endelig har en praktikant ved DSI i foråret 2009 skrevet et internt notat til Vestklyngen og Faxe og Kolding Kommuner vedrørende implementering af opfølgende hjemmebesøg. Datagrundlaget for dette notat var en række interviews med lokale projektledere, hospitalssygeplejersker, visitatorer, hjemmesygeplejersker og praktiserende læger. Derudover er der gennemført to observationsstudier af opfølgende hjemmebesøg. Rapportens datagrundlag er mere udførligt beskrevet i bilag 1.

På baggrund af ovennævnte datagrundlag beskriver vi i denne rapport de 11 kommuners erfaringer med implementeringen af opfølgende hjemmebesøg, og vi kommer på samme baggrund med anbefalinger til andre kommuner. Implementeringen af opfølgende hjemmebesøg er fortsat i fuld gang i de 11 kommuner. Der er altså tale om foreløbige erfaringer og anbefalinger. Derudover blev det først sent i forløbet besluttet at offentliggøre en rapport på baggrund af det ovenfor omtalte datagrundlag. Det betyder, at dataindsamlingen til rapporten ikke er så fyldestgørende, som den ville have været, hvis vi allerede fra starten havde vidst, at vi ville skrive denne rapport. Implementeringen af opfølgende hjemmebesøg er altså ikke fuldt belyst med denne rapport, og der bør igangsættes yderligere erfaringsopsamling.

## 1.4 Rapportens opbygning

Implementeringen af opfølgende hjemmebesøg kan med fordel inddeles i fire faser:

- 1. Beslutningsfase:** Det besluttes, om opfølgende hjemmebesøg skal implementeres.
- 2. Planlægningsfase:** Implementeringen af opfølgende hjemmebesøg planlægges.
- 3. Implementeringsfase:** Implementeringen af opfølgende hjemmebesøg gennemføres.
- 4. Vedligeholdelsesfase:** Opfølgende hjemmebesøg vedligeholdes i den daglige drift.

De fire faser beskrives og diskuteres i de følgende fire kapitler. Rapporten afsluttes med en kortfattet konklusion og perspektivering.



## 2. Beslutningsfasen

Inden en kommune beslutter sig, bør en række forhold afklares. De 11 kommuners erfaringer samt DSI's anbefalinger vedrørende beslutningsfasen er opsummeret i boks 2 og diskuteres mere indgående i resten af dette kapitel.

### *Boks 2. Erfaringer og anbefalinger vedrørende beslutningsfasen*

- ◆ Hjemmesygeplejens ledelse bør inddrages i beslutningen om igangsættelse af opfølgende hjemmebesøg.
- ◆ Honorering af praktiserende læger er en forudsætning for igangsættelse af opfølgende hjemmebesøg. En lokalt forhandlet honoreringsaftale er allerede på plads for samtlige kommuner i Region Syddanmark og Region Midtjylland.
- ◆ Praktiserende læger bør ikke gives muligheden for på forhånd at sige nej til deltagelse i ordningen, men der kan være grunde til, at de siger nej i det konkrete tilfælde.
- ◆ Der bør afsættes tilstrækkelig tid til at implementere opfølgende hjemmebesøg. Det skønnes, at planlægningsfasen tager omtrent 6 måneder og kræver en projektleder med et gennemsnitligt ugentligt timeforbrug på 8 timer. Tilsvarende skønnes det, at implementeringsfasen tager omtrent 8 måneder og kræver en projektleder med et gennemsnitligt ugentligt timeforbrug på 6 timer.
- ◆ Implementeringen af opfølgende hjemmebesøg bør håndteres som projekt, dvs. der bør udpeges en projektleder, som sammensætter en projektgruppe og skriver en projektbeskrivelse, der skitserer formål, succeskriterier samt tidsplan for implementeringen.

### 2.1 Hjemmesygeplejens ledelse inddrages i beslutningen

Hjemmesygeplejersken skal bruge tid på at planlægge og gennemføre opfølgende hjemmebesøg. På den anden side kan nogle af hjemmesygeplejerskens besøg i umiddelbar forlængelse af indlæggelsen muligvis bortfalde på grund af de opfølgende hjemmebesøg. Derudover er hensigten med interventionen at sikre en bedre udskrivelse fra hospitalet. Hvis dette opnås, så kan kommunen på lidt længere sigt muligvis skære ned på kommunale ydelser, udskyde indflytning i plejebolig og spare kommunal medfinansiering i forbindelse med genindlæggelse. Uanset om opfølgende hjemmebesøg på sigt måtte vise sig at være omkostningsneutral for kommunerne, vil selve besøgene blive oplevet som en ekstra opgave, som hjemmesygeplejen skal løfte i en i forvejen travl hverdag. I beslutningsfasen må man derfor overveje, om hjemmesygeplejen har de ressourcer, der skal til for at tage en ny opgave ind. Derudover bør man overveje, om hjemmesygeplejen i forvejen er i gang med en masse nye tiltag, og om der derfor lige nu er innovationskraft nok i organisationen til at indarbejde endnu et.

Spørgsmålet om, hvorvidt hjemmesygeplejen har ressourcer og innovationskraft til at udføre opfølgende hjemmebesøg, kan kun besvares af hjemmesygeplejen og dennes ledelse. Det er derfor vigtigt, at hjemmesygeplejens ledelse inddrages i beslutningsfasen. I mange af de 11 kommuner, der nu har implementeret opfølgende hjemmebesøg, var det kommunens sundhedsstab, der først fik øje på opfølgende hjemmebesøg, og ofte har det været sundhedsstaben, der har løbet interventionen i gang. Det er naturligt nok, for sundhedsstaben har fokus på forebyggelse af genindlæggelser og sammenhængende patientforløb. I nogle af kommunerne blev hjemmesygeplejerskernes ledelse dog først inddraget på et meget sent tidspunkt, og efter beslutningen om implementering allerede var taget. Denne manglende inddragelse skabte en del diskussion under planlægningsfasen om, hvorvidt hjemmesygeplejersken nu også havde ressourcer til at løfte opgaven. Det er altså vigtigt, at hjemmesyge-

plejens ledelse er med i beslutningen om at implementere opfølgende hjemmebesøg – og ikke først orienteres efter beslutningen er truffet.

## 2.2 Honorering af praktiserende læger

En national rammeaftale for honorering af praktiserende læger for deltagelse i opfølgende hjemmebesøg er blevet foreslået af fagligt udvalg til overenskomstens parter forud for forhandlingerne om de praktiserende lægers kommende overenskomst.<sup>6</sup> Indtil der eventuelt kommer en sådan national rammeaftale, kan der eventuelt indgås lokale § 2 aftaler om honorering mellem regionen og PLO's lokalafdeling. Status per november 2009 for § 2 aftaler vedrørende opfølgende hjemmebesøg er som følger i de fem regioner:

- ◆ **Region Midtjylland:** § 2 aftale gældende for alle regionens læger, men begrænset til +78-årige patienter.<sup>7</sup>
- ◆ **Region Syddanmark:** § 2 aftale gældende for alle læger fra Region Syddanmark (ingen aldersbegrænsninger i aftalen).
- ◆ **Region Hovedstaden:** § 2 aftale gældende for læger i Københavns og Høje Tåstrup Kommuner (ingen aldersbegrænsninger i aftalen).
- ◆ **Region Sjælland:** § 2 aftale gældende kun for læger fra Faxe Kommune. Der er en aldersbegrænsning på +75 (dog ikke for patienter med KOL og iskæmisk hjertesygdom).
- ◆ **Region Nordjylland:** Ingen § 2 aftale opnået endnu.<sup>8</sup> Lægerne honoreres via en ydelse i den eksisterende overenskomst vedrørende opsøgende hjemmebesøg til skrøbelige ældre (2305).

Der er altså § 2 aftaler i fire af fem regioner. Den eksakte aftaletekst findes på PLO's hjemmeside.<sup>9</sup> Mens aftalen i Region Midtjylland og Region Syddanmark gælder for alle kommuner i regionen, skal aftalen udvides, såfremt nye kommuner fra Region Sjælland og Region Hovedstaden ønsker at implementere opfølgende hjemmebesøg. I Region Nordjylland er det i skrivende stund endnu ikke lykkedes parterne at blive enige om økonomien i en § 2 aftale. Alligevel valgte Ålborg Kommune primo april 2009 at implementere opfølgende hjemmebesøg, og lægerne honoreres efter ydelse 2305. Det er dog til en lavere takst, end det lægerne forlangte under forhandlingerne, og derfor er der en vis modstand mod deltagelse i opfølgende hjemmebesøg. På baggrund af erfaringerne fra Ålborg anbefaler DSI, at en honorering af lægerne sikres, inden man beslutter sig for at gå i gang med at planlægge implementeringen af opfølgende hjemmebesøg.

Når der er en aftale om honorering, så viser erfaringen fra de fem grupper, at dette kan tages som tegn på, at de praktiserende læger i kommunen ønsker at deltage i opfølgende hjemmebesøg. Det er altså ikke nødvendigt forud for igangsættelse af interventionen at spørge hver enkelt læge, om de ønsker at deltage i opfølgende hjemmebesøg. Dog anbefales det, at almen praksis inddrages i implementeringen af opfølgende hjemmebesøg. I alle fem grupper har man haft gode erfaringer med at invitere den kommunale praksiskonsulent med ind i projektgruppen for implementeringen.

---

<sup>6</sup> Dette har Danske Regioners kontor for praksis og lægeoverenskomster bekræftet overfor DSI. I skrivende stund er forhandlingerne mellem parterne dog brudt sammen, og dermed er det yderst usikkert, om og hvornår honoreringen for opfølgende hjemmebesøg bliver en del af en kommende national overenskomst.

<sup>7</sup> Selve aftalen gælder alle regionens læger, men rent teknisk har Region Midtjylland valgt at begrænse muligheden for udbetaling til læger i Vestklyngen. Når andre klynger efter planen påbegynder implementering af opfølgende hjemmebesøg fra 2010, vil regionen åbne op for lægernes honorering til disse klyngers læger også.

<sup>8</sup> I skrivende stund (oktober 2009) pågår der fortsat sonderinger mellem parterne vedrørende en mulig § 2 aftale for opfølgende hjemmebesøg.

<sup>9</sup> Du kan finde aftalerne på følgende vis: 1) Gå ind på [www.laeger.dk](http://www.laeger.dk), 2) vælg "PLO" under "Løn og overenskomst", 3) vælg regionen du er interesseret i, 4) vælg "Aftaler efter 1. januar 2007", 5) Find aftalen vedrørende opfølgende hjemmebesøg på listen der kommer frem.

Når interventionen er igangsat, og en konkret patient er udvalgt til interventionen, har lægen, som § 2 aftalerne er udformet i de fire regioner, mulighed for at afvise deltagelse. Foreløbige opgørelser fra de 11 kommuner viser, at det gør lægerne i 15 % af tilfældene. Oftest er baggrunden for afvisning, at interventionen ikke er relevant for den pågældende patient – måske fordi lægen allerede har været i kontakt med patienten. De tilbagemeldinger, vi har fået, er, at kun ganske få læger generelt er utilbøjelige til at deltage i opfølgende hjemmebesøg. Der er altså kun få læger, der hver gang siger nej til deltagelse.

### 2.3 Tids- og ressourceforbrug ved implementering af opfølgende hjemmebesøg

I alle fem grupper er man i løbet af foråret 2009 startet op med opfølgende hjemmebesøg. Alle steder er man altså kommet rigtig godt i gang med implementeringen, men man har i alle fem grupper erfaret, at implementering af opfølgende hjemmebesøg tager tid og ressourcer. Årsagen er, at opfølgende hjemmebesøg er en forholdsvis kompleks organisatorisk opgave, idet der er mange forskellige aktører på tværs af sektorer, der skal samarbejde. Derfor bør det anses som et projekt snarere end en opgave at implementere ordningen. DSI har bedt projektlederne i de 11 kommuner samt Hospitalsenheden Vest om at skønne, hvor mange måneder planlægnings- og implementeringsfasen varer, og hvor lang tid per uge den lokale projektleder har brugt på de to faser. Det har været en svær opgave for projektlederne at foretage dette skøn. Næsten alle (11 af 12) projektledere svarede alligevel på DSI's henvendelse, og deres svar er opsummeret i tabel 2 nedenfor.

Tabel 2. Tids- og ressourceforbrug for lokale projektledere til planlægnings- og implementeringsfasen.

	Varighed i mdr.		Gns. timeforbrug per uge	
	Planlægning	Implementering	Planlægning	Implementering
København	8	12 til 18	18	10
Kolding	6	6 til 12	10	10
Fredericia	6	12	6	6
Ålborg	7 til 9	1 til 3	5	7
Faxe	4 til 6	2 til 4	4	4
Herning	4 til 6	6 til 8	18	8
Holstebro	3	8 til 9	9	6
Ringkøbing-Skjern	6 til 9	6 til 9	5	3
Struer	3 til 6	6 til 12	3	4
Ikast Brande	4 til 5	6 til 8	4	4
Hospitalsenheden Vest	6	9	3	3
<b>Gennemsnit</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>6</b>

Nederst i tabellen fremgår gennemsnittet af de elleve projektlederes skøn. På baggrund af dette gennemsnitstal, kan vi konkludere, at projektlederne skønner, at planlægningsfasen varer seks måneder, mens implementeringsfasen varer otte måneder. Projektlederne angiver, at det gennemsnitlige timeforbrug har været otte timer per uge i planlægningsfasen og seks timer per uge i implementeringsfasen.

Det bør bemærkes, at der er en vis variation i de elleve projektlederes skøn. Der synes at være en række forklaringer på denne variation. For det første skyldes det, at der er tale om et ret usikkert skøn. Skønnet blev foretaget i efteråret 2009 og dermed mindst seks måneder efter planlægningsfasens afslutning. Det giver en del usikkerhed i forhold til planlægningsfasen. Implementeringsfasen derimod er tættere på i projektledernes bevidsthed. På den anden side vurderer ikke alle projektledere,

at fasen endnu er afsluttet, og derfor er skønnet af implementeringsfasen delvist en vurdering af fremtiden. Dette giver naturligvis større usikkerhed end at kigge tilbage i tid.

Der synes at være en tendens til, at jo større kommunen er, desto flere timer skønner projektlederen at have brugt på planlægning og implementering. Denne forskel er naturlig nok. Derudover synes der at være en tendens til, at skønnet af tidsforbruget hos de seks lokale projektledere i Vestklyngen (de seks nederste i tabellen) er lavere end skønnet hos de fire øvrige projektledere.<sup>10</sup> En forklaring på, at tidsforbruget i Vestklyngen synes at være lavere, kan være, at de har udviklet interventionen i fællesskab og med ekstern proceshjælp. Set fra et ressourceperspektiv kan Vestklyngen altså ses som et eksempel på, at det er en god idé at gå sammen om at implementere opfølgende hjemmebesøg og måske også på, at det aflaster de lokale projektledere, at der anvendes ekstern proceshjælp i denne forbindelse.

Trods de beskrevne usikkerheder, der ligger i de skøn, projektlederne har afgivet, illustrerer tabel 2, at en kommune, der overvejer at implementere opfølgende hjemmebesøg, bør gøre sig klart, at det kræver tid og ressourcer at implementere opfølgende hjemmebesøg.

## 2.4 Implementering er et projekt – ikke en opgave

DSI vurderer, at implementeringen af opfølgende hjemmebesøg bør anses som et omfattende og tidskrævende forandringsprojekt, snarere end en forholdsvis nem og afgrænset opgave. Erfaringen viser, at implementeringen er temmelig kompleks organisatorisk set. Det er kommet bag på de fleste lokale projektledere, hvor vanskeligt det har vist sig at være at få implementeringen til at lykkes. Samtidig udgør interventionen en forandring i organisationen – og det kræver et særligt ledelsesfokus. Der bør ligeledes tages højde for, at interventionen indebærer et tværsektorielt samarbejde. Og at der er mange interessenter involveret. Projektorganisationen skal således sikre, at forandringsprocessen gennemføres effektivt, og at man holder ved, selv når det er vanskeligt. Derudover kan den rette projektorganisation bidrage til, at der er ledelsesopbakning, og at interessenterne inddrages.

Forud for planlægningsfasen bør der udpeges en projektleder for implementering af opfølgende hjemmebesøg. I nogle af 11 kommuner stammer projektlederen for implementeringen fra hjemmesygeplejens organisation. I andre kommuner har man valgt en anden model – fx at projektlederen er en udviklingsmedarbejder fra kommunes afdeling for sundhed. Der synes at være en tendens til, at de projektledere, der er forankrede i hjemmesygeplejerskernes egen organisation, har haft lettest ved at implementere opfølgende hjemmebesøg. Omvendt viser erfaringerne, at også udviklingsmedarbejdere fra sundhedsstaben kan løfte opgaven som projektleder, såfremt de inddrager hjemmesygeplejen i projektgruppen.

Som ved alle projekter er det vigtigt, at projektgruppen sammensættes på en måde, så alle væsentlige interessenter inddrages. Der bør være en praktiserende læge i projektgruppen – fx kommunens praksiskonsulent. Ofte vil praktiserende læger være tilbageholdende med at være med i lange projektforsløb. Derfor kan man med fordel begrænse lægens deltagelse til de formative dele af projektarbejdet – fx de dele hvor målgruppe og interventionsdesign fastlægges. Derudover bør der være en repræsentant fra den enhed, der forventes at forestå patientidentifikationen (den kommunale visitation eller hospitalet – afhængig af design), samt selvfølgelig en repræsentant fra hjemmesygeplejen.

Nogle af de 11 kommuner, der har implementeret opfølgende hjemmebesøg, har ud over projektgruppen tillige etableret en styregruppe for implementeringsprojektet. Andre steder nøjes man med blot at referere til en chef – fx kommunens ældrechef. Når projektlederen er udpeget, skal der udarbejdes en projektbeskrivelse for implementeringen. Den behøver ikke nødvendigvis være så omfattende her i

---

<sup>10</sup> En markant undtagelse er dog Herning Kommunes projektleders skøn, der ligger ganske højt.

beslutningsfasen, men bør i hvert fald indeholde en beskrivelse af formålet med og succeskriterierne<sup>11</sup> for implementeringen af opfølgende hjemmebesøg. Derudover bør den indeholde en beskrivelse af projektgruppen og dennes forventede rolle. Endeligt bør projektbeskrivelsen skitsere en foreløbig tidsplan for implementeringsprojektet. Projektbeskrivelsens ledelsesmæssige godkendelse markerer en naturlig overgang fra beslutningsfasen til planlægningsfasen. Efterhånden som man bliver klogere i løbet af planlægningsfasen, bør projektbeskrivelsen opdateres og uddybes løbende.

Projekter er kendetegnet ved, at de har en afslutning, og dermed skal den særlige projektgruppe, der etableres med henblik på implementering, ikke støtte interventionen ud i al fremtid. Der skal altså arbejdes hen imod, at interventionen kan stå på egne ben – se i øvrigt kapitel 5 for en nærmere diskussion herom.

---

<sup>11</sup> Jævnfør afsnit 4.4 på side 38 for en diskussion af succeskriterierne for implementeringen af opfølgende hjemmebesøg.



### 3. Planlægningsfasen

De lokale projektledere skønner, at planlægningsfasen tager omtrent seks måneder. De fem gruppers erfaringer samt DSI's anbefalinger vedrørende planlægningsfasen er opsummeret i boks 3 og diskuteres mere indgående i resten af dette kapitel.

#### *Boks 3. Erfaringer og anbefalinger vedrørende planlægningsfasen*

- ◆ Målgruppen for interventionen bør tilpasses lokale forhold. Erfaringerne viser:
- ◆ Der bør foretages en individuel behovsvurdering frem for at anvende faste udvælgelseskriterier.
- ◆ Fagligt udvalgte fleksible kriterier kan anvendes som grundlag for den individuelle behovsvurdering, men skal operationaliseres.
- ◆ En høj aldersgrænse (+78) forekommer uhensigtsmæssig for klinikerne.
- ◆ Patientudvælgelse kan foregå på hospitalet eller i den kommunale visitation. Der er fordele og ulemper ved begge muligheder.
- ◆ Planlægningen af opfølgende hjemmebesøg bør varetages af hjemmesygeplejersken.
- ◆ Kommunikation mellem hjemmesygeplejerske og almen praksis vedrørende planlægning kan foregå skriftlig.
- ◆ Det første opfølgende hjemmebesøg bør afholdes 6 til 8 dage efter endt indlæggelse, bør foregå i borgers hjem og med deltagelse af både hjemmesygeplejerske og praktiserende læge.
- ◆ Den anden og tredje kontakt bør afholdes hhv. 3. og 8. uge efter endt indlæggelse. Der er fleksibilitet mht. hvor 2. og 3. kontakt foregår, og hvem der deltager.
- ◆ Opfølgende hjemmebesøg uden praktiserende læges deltagelse (i første kontakt) – den såkaldte "Glostrup Light" – frarådes.
- ◆ Der kan med fordel udarbejdes et besøgsskema til at støtte processen fra identifikation til gennemførelse.
- ◆ Det anbefales, at vende interventionsdesignet med organisationens egne jurister, så der ikke opstår juridiske tvivlsspørgsmål sent i forløbet.
- ◆ Berørte medarbejdere i kommunen og på hospitalet bør introduceres til interventionen på en entydig, overskuelig men samtidig grundig måde. Introduktionen bør være både skriftlig og mundtlig. Introduktionen bør gives tidligst en måned før implementeringen.
- ◆ De praktiserende læger bør informeres lige før implementeringen.
- ◆ Offentligheden bør ligeledes informeres gennem medierne.
- ◆ I større kommuner bør implementeringen foregå i faser.

#### 3.1 Målgruppe for opfølgende hjemmebesøg

En central opgave i planlægningsfasen er at afgøre, hvilke patienter der er i målgruppen for besøget. I forsøget fra Glostrup blev patienterne udvalgt efter en række objektive inklusionskriterier: alle +78-årige patienter der havde været indlagt i minimum to døgn på den medicinske/geriatriiske afdeling, og hvor egen læge på forhånd havde indvilliget i at deltage i forsøget. Derudover var der en række eksklusionskriterier, idet man ikke medtog patienter, der var udskrevet til terminalpleje eller til planlagt

genindlæggelse samt patienter med svær demens eller sprogproblemer. Disse objektive inklusions- og eksklusionskriterier blev valgt af forsøgstekniske årsager.

Glostrup rapporten konkluderer, at en alders- og specialeafgrænsning ikke er en hensigtsmæssig måde at afgøre, om en patient kunne have gavn af et opfølgende hjemmebesøg. Derfor har man i de 11 kommuner valgt at anvende individuelle bedømmelseskriterier. Derfor foreslås det, at andre kommuner ved fremtidige implementeringer af opfølgende hjemmebesøg gør det samme og går bort fra anvendelse af Glostrup forsøgets inklusions- og eksklusionskriterier og i stedet foretager en individuel vurdering af patienternes behov for et opfølgende hjemmebesøg. Et fagligt udvalg<sup>12</sup> har til denne individuelle udvælgelse af patienter til opfølgende hjemmebesøg udarbejdet en række fleksible kriterier. De fleksible bedømmelseskriterier fremgår af bilag 2.

*Tabel 3. Målgruppen for opfølgende hjemmebesøg i de fem grupper*

	Vestklyngen	Ålborg	Syddanmark	København	Faxe
Aldersafgrænsning	+78 år	+75 år	Ingen aldersafgrænsning	+65 år	+75 <sup>a</sup> år
Specialeafgrænsning	Kun medicinske patienter	Ikke ortopædkir. patienter	Ingen specialeafgrænsning	Flere specialer <sup>b</sup>	Ingen specialeafgrænsning
Inklusionskriterier	Fleksible kriterier	Fleksible kriterier	Fleksible kriterier	Fleksible kriterier	Fleksible kriterier
Eksklusionskriterier	Terminalpleje	Terminalpleje, demens, "følge hjem", geriatrisk team, sprogproblemer	Terminalpleje, dialyse, rehabilitering og aflastningsplads	Terminalpleje, planlagt genindlæggelse, plejebolig eller rehabiliteringsophold	Terminalpleje

a) Aldersgrænsen bortfalder for patienter med KOL og Iskæmisk Hjertergsygdom.

b) Medicinske, geriatriske, ortopædkirurgiske og kardiologiske patienter.

Det fremgår af tabellen, at man i alle fem grupper har valgt at følge fagligt udvalgs anbefaling om at anvende de fleksible bedømmelseskriterier. Erfaringen fra de fem grupper er, at de fleksible kriterier er brugbare overordnet set, men der er dog brug for, at kriterierne fortolkes ind i en lokal kontekst. For at sikre en tilnærmelsesvis ensartet anvendelse af de fleksible kriterier, anbefaler DSI således, at man lokalt operationaliserer kriterierne, så de bliver brugbare i en travl hverdag. Et eksempel fra Vestklyngen på operationalisering af de fleksible kriterier fremgår af bilag 2. I Vestklyngen har man som led i operationaliseringen valgt at opstille en regel om, at hvis en patient opfylder to eller flere kriterier, så skal patienten udvælges til opfølgende hjemmebesøg. Interviews med dem, der udvælger patienterne i Vestklyngen, viser dog, at der mangler en mulighed for at fravige denne regel. Informanterne påpeger, at selvom to eller flere af de fleksible kriterier er opfyldt, kan nogle patienter ud fra en samlet vurdering godt være så gode, at de vurderes ikke at have brug for et opfølgende hjemmebesøg. DSI anbefaler derfor, at hvis man indfører en regel for, hvor mange opfyldte kriterier der udløser inklusion, så bør der ud fra en samlet behovsvurdering være mulighed for at undlade inklusion.

Ingen af de fem grupper har valgt at lade de fleksible kriterier stå alene. Det fremgår således af tabellen, at man de fleste steder har valgt tillige at tilføje en aldersafgrænsning, og at man også nogle

<sup>12</sup> Fagligt udvalg er et samarbejdsorgan mellem PLO og Danske Regioner og udarbejdelsen af de fleksible kriterier blev ledt af praktiserende læge Lars Rytter, som også var én af forskerne bag Glostrup forsøget.



steder arbejder med en specialeafgrænsning samt en række eksklusionskriterier.<sup>13</sup> Disse valg skyldes til dels specifikke lokale forhold og skal ses i sammenhæng med de øvrige interventionsdesignvalg, der er truffet i planlægningsfasen. I Vestklyngen har man fx valgt at fastholde Glostrup forsøgets oprindelige aldersafgrænsning på +78. Årsagen er, at man ønsker at modgå en eventuel frygt fra de praktiserende læger for, at der kommer for mange henvendelser om opfølgende hjemmebesøg. Vores interviews med en lang række involverede klinikere i Vestklyngen (praktiserende læger, hjemmesygeplejersker og udskrivende hospitalssygeplejersker) viser imidlertid, at klinikerne finder, at aldersgrænsen er uhensigtsmæssig. Der er således generel enighed om, at behovet for et opfølgende hjemmebesøg ikke nødvendigvis har så meget med patientens alder at gøre. Som en praktiserende læge udtrykker det:

*"Jeg synes, at det er ærgerligt med den aldersafgrænsning. Om man kan have gavn af et opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse, har ikke nødvendigvis så meget med alder at gøre, som det har med funktion og livs-status. Jeg har flere eksempler på nyligt udskrevne, som ikke opfylder alderskriteriet, hvor jeg tænker, at det kunne være rigtigt rart og relevant med en fælleskonference med hjemmesygeplejersken"* (Praktiserende læge fra Vestklyngen).

Klinikerne er specielt opmærksomme på kronikerne og alderskriteriets betydning for disse grupper. Kronikergrupper bliver typisk skrøbelige på et tidligere tidspunkt og har i høj grad brug for den ekstra opmærksomhed for at undgå gentagende indlæggelser.

Med baggrund i hidtidige erfaringer fra de fem grupper anbefaler DSI, at fagligt udvalgs fleksible kriterier anvendes som inspiration til en operationalisering af lokalt forankrede individuelle inklusionskriterier. I princippet bør der ikke være faste alders- eller specialeafgrænsninger. Som det dog fremgår af tabel 3 ovenfor, kan der være lokale forhold, der fordrer, at der tillige indføres yderligere alders- og specialeafgrænsninger. En væsentlig opgave i planlægningsprocessen er derfor at tage stilling til og udvikle de inklusions- og eksklusionskriterier, der skal gælde for den lokale implementering af opfølgende hjemmebesøg. Bilag 2 kan være en stor hjælp i denne forbindelse, for i bilaget er der en beregning af, hvor stor en patientvolumen man kan forvente ved samtidig anvendelse af de fleksible kriterier og forskellige kombinationer af alders- og specialeafgrænsning. Det fremgår af bilaget, at patientvolumen kun stiger i relativt begrænset omfang, når ordningen udvides fra kun at gælde for +75-årige til at gælde +60-årige. Baggrunden er, at sandsynligheden for inklusion efter de fleksible kriterier stiger i takt med alderen.

### 3.2 Design af proces for gennemførelse af opfølgende hjemmebesøg

I planlægningsfasen skal processen for gennemførelsen af opfølgende hjemmebesøg aftales med de involverede parter. Der skal træffes fælles beslutninger om arbejdsdelingen mellem sygehus, kommune og almen praksis i denne forbindelse. Helt overordnet anbefaler DSI, at arbejdsdelingen bygger på allerede eksisterende samarbejdsstrukturer mellem de tre sektorer.

Gennemførelse af opfølgende hjemmebesøg kan inddrages i tre delprocesser:

1. Patientudvælgelse til opfølgende hjemmebesøg
2. Planlægning af opfølgende hjemmebesøg
3. Gennemførelse af opfølgende hjemmebesøg.

---

<sup>13</sup> Syddanmark (Kolding og Fredericia) følger dog stort set fagligt udvalgs anbefaling, idet de ikke opererer med nogen alders- eller specialeafgrænsning.

### 3.2.1 Patientudvælgelse til opfølgende hjemmebesøg

I delprocessen patientudvælgelse skal det vurderes, om en given patient er i målgruppe for at få et opfølgende hjemmebesøg. I de fem grupper er der to alternative modeller for patientudvælgelse:

1. I Vestklyngen og København er det hospitalet, der udvælger patienten i forbindelse med udskrivelsen.
2. I Ålborg, Faxe og Syddanmark foregår udvælgelsen i den kommunale visitation.

De to modeller har hver især en række fordele og ulemper. Disse fordele og ulemper er opsummeret i tabel 4 og diskuteres nedenfor.

Tabel 4. Fordele og ulemper ved hhv. hospitals- og visitationsudvælgelse

	<b>Fordele</b>	<b>Ulemper</b>
<b>Hospital udvælger</b>	- Nyeste information	- Mange aktører
<b>Visitation udvælger</b>	- Uafhængig af hospitalet	- Blind overfor bestemte patienter

#### **Nyeste information**

Det er hospitalet, der har det mest fuldstændige billede af patientens aktuelle situation. Omvendt sidder visitationen inde med flest informationer om patientens situation i hjemmet. Uanset hvem der har ansvaret for patientudvælgelsen, vil der derfor i nogle tilfælde være behov for, at den udskrivende hospitalssygeplejerske og den kommunale visitator drøfter, hvorvidt patienten bør få et opfølgende hjemmebesøg. Ofte har de to parter i forvejen kontakt med hinanden i forbindelse med udskrivelse, og da vil det være naturligt også at vende opfølgende hjemmebesøg.

#### **Mange aktører**

En stor ulempe ved, at det er hospitalet, der skal stå for patientudvælgelsen, er, at rigtig mange udskrivende sygeplejersker i givet fald skal involveres og oplæres i delprocessen. I Vestklyngen har det fx været nødvendigt at oplære omtrent 400 sygeplejersker fra de i alt ni medicinske afsnit, der findes på Hospitalsenheden Vest. Det kræver en stor indsats at få så mange mennesker til at indføre et nyt tiltag, som patientidentifikation til opfølgende hjemmebesøg er. Netop af denne grund har man i Vestklyngen valgt indtil videre kun at implementere ordningen for medicinske patienter.

Set fra et hospitalsperspektiv er det altså en stor organisatorisk opgave at stå for patientudvælgelsen, og derfor vil nogle hospitaler stille som forudsætning for hospitalsdeltagelse, at alle kommunerne i optageområdet går sammen med hospitalet om en fælles implementering af opfølgende hjemmebesøg. Hvis der er en kommune i optageområdet, der ikke ønsker at gå ind i opfølgende hjemmebesøg, kan det altså blive en hæmsko for, at ordningen kan implementeres med hospitalet som patientudvælger.

#### **Uafhængig af hospitalet**

En stor fordel ved at lade visitationen stå for patientudvælgelsen er, at en kommune helt selv kan beslutte sig for at implementere interventionen. Så længe der foreligger en § 2 aftale med lægerne (jf. afsnit 2.2), kan kommunen gå i gang uden at skulle alliere sig med hverken hospitalet eller andre kommuner. Dette er ikke mindst en fordel i de kommuner, hvis borgere betjenes af mere end ét hospital.

## Blind overfor bestemte patienter

En ulempe ved at lade visitationen forestå udvælgelsen er, at visitationen vil have svært ved at identificere de patienter, der ikke skal have kommunale ydelser efter endt indlæggelse. Patienter kan inddeles i tre typer:

1. Patienter som får kommunal hjælp allerede inden indlæggelse, og hvor hjælpen skal genetableres efter endt indlæggelse.
2. Patienter som ikke får kommunal hjælp inden indlæggelse, men hvis funktionsevne er blevet så ringe under indlæggelse, at de skal have kommunal hjælp, fra de kommer hjem.
3. Patienter som hverken før eller efter indlæggelse vurderes at have brug for kommunal hjælp.

Det er uproblematisk at lade visitationen håndtere type 1 og 2. Type 3 derimod får visitationen ikke umiddelbart kendskab til, og derfor vil de overse denne patientgruppe. Indenfor type 3 kan der netop være nogle patienter, hvor et opfølgende hjemmebesøg kunne gøre opmærksom på, at patienten faktisk har brug for kommunal hjælp. Det vurderes dog, at hvis de fleksible kriterier anvendes som beskrevet i afsnit 3.1 ovenfor, så vil der kun være ganske få type 3 patienter. Omvendt kan man argumentere for, at interventionen netop er udviklet til blandt andet at opdage disse patienters behov for koordinering mellem almen praksis og kommune. Derfor anbefales det, at også sygehus og almen praksis kan tage selvstændigt initiativ til et opfølgende hjemmebesøg. I praksis vurderes det dog ikke, at hospital og almen praksis i særligt omfang vil gøre visitationen opmærksom på type 3 patienter. I hvert fald for alle +75-årige findes der imidlertid en anden løsning på at gøre visitationen opmærksom på type 3 patienter. Denne løsning er udtænkt og implementeret af Ålborg Kommune og beskrives i bilag 4.

Diskussion om ansvaret for patientidentifikation viser, at det enten kan ligge på hospitalet eller i den kommunale visitation. Der er fordele og ulemper ved begge modeller.

### 3.2.2 Planlægning af opfølgende hjemmebesøg

Når patienten er udvalgt, skal det første opfølgende besøg planlægges. I alle fem grupper har man valgt at lade hjemmesygeplejersken varetage denne opgave. Det synes at være fornuftigt. De praktiserende læger fortæller, at de er glade for, at det ikke er dem, der skal tage initiativet til besøget.

I planlægningsfasen skal der laves aftaler mellem aktørerne om, hvordan der kommunikeres. Hvis det fx er hospitalet, der identificerer patienten, hvordan kommunikerer hospitalet så med hjemmesygeplejersken? I Vestklyngen har man valgt at sende en fax via visitationen til hjemmesygeplejen. Derved er visitationens rolle begrænset til en slags postkasse, der blot sender beskeden videre til rette vedkommende.<sup>14</sup> Denne løsning ligger i forlængelse af eksisterende aftaler om tværsektoriel kommunikation, da det i sundhedsaftalerne er aftalt, at der for hospitalet skal være én indgang til kommunerne. I dag faxes oplysningerne mellem parterne i Vestklyngen, mens det i fremtiden er planen at bruge Med-Com's korrespondancemeddelelse.

Når hjemmesygeplejersken har fået beskeden, om en patient er i målgruppen, skal hun kontakte almen praksis med henblik på at lave en aftale om et opfølgende besøg. Hjemmesygeplejersken kan evt. oplyse, hvilke kriterier der ligger til grund for, at patienten er udvalgt. Den praktiserende læge kan så på det konkrete grundlag fravælge deltagelse. De foreløbige data viser, at det gør omtrent 15 % af lægerne. I 85 % af tilfældene vælger lægen altså at deltage, og i givet fald finder de to parter et tidspunkt inden for den nærmeste fremtid til at gennemføre besøget. I de fleste grupper opereres der

<sup>14</sup> Mens dataindsamlingen til omkostningsanalysen kører, har visitationen derudover den opgave at inddele patienterne i hhv. interventions- og kontrolgruppe. Men efter dataindsamlingens afslutning har Vestklyngen valgt at fastholde, at hospitalet sender til visitationen, som herefter blot videresender til det rette hjemmesygeplejekontor.

med følgende ramme for afholdelse af det første besøg: "6-8 arbejdsdage (eller snarest derefter) efter endt indlæggelse." Baggrunden for, at det ikke bør være før end seks dage efter endt indlæggelse, er, at epikrisen bør være nået frem, inden besøget afholdes. Når otte arbejdsdage sættes som bagkant, er det fordi, der i Glostrup forsøget blev lagt op til ca. en uge efter endt indlæggelse. Som det fremgår, er de otte arbejdsdage ikke nogen fast bagkant, dvs. hvis det ikke er praktisk muligt at finde en tid indenfor 6-8 dage, så er det alt andet lige bedre at gå ud over denne tidsramme end at aflyse besøget.

Kommunikationen med den praktiserende læge omkring planlægning foregår lidt forskelligt i de fem grupper. På baggrund af gruppernes erfaringer, anbefales det, at planlægningen foregår skriftligt – ved at hjemmesygeplejersken om teknisk muligt sender en korrespondancemeddelelse til den praktiserende læge med en standardtekst, der blandt andet indeholder et antal forslag til besøgstidspunkt. I Vestklyngen startede man ud med telefonisk kontakt mellem hjemmesygeplejerske og praktiserende læge, men vores informanter i klyngen fortæller os, at det ikke er nødvendigt at ringe – det kan udmærket klares skriftligt. Dette bekræftes af erfaringerne i andre grupper, hvor kommunikationen allerede fra starten har været skriftlig.

Når hjemmesygeplejersken og den praktiserende læge har aftalt et tidspunkt for hjemmebesøget, kontakter hjemmesygeplejersken patienten for at tilbyde besøget. Denne fremgangsmåde med først at kontakte patienten, når der er fundet plads i kalenderen for et besøg, anvendes i alle 11 kommuner. Det synes at være en effektiv fremgangsmåde i forhold til at starte med at kontakte patienten, for i givet fald skulle man have fat i patienten to gange. Vores foreløbige data viser, at omtrent 5 % af borgerne siger nej til at få besøg. I givet fald meddeles dette den praktiserende læge, så lægen kan slette aftalen i kalenderen. I fald borgeren accepterer besøget, vælger nogle kommuner at sende en skriftlig bekræftelse herom til borgeren.

### *3.2.3 Gennemførelse af opfølgende hjemmebesøg*

Den tredje delproces er selve gennemførelsen af opfølgende hjemmebesøg. I Glostrup forsøget bestod interventionen af tre kontakter i henholdsvis 1., 3. og 8. uge efter endt indlæggelse. Forsøgets protokol foreskrev, at 1. besøg skulle foregå i patientens hjem, mens 2. og 3. kontakt kunne foregå enten i patientens hjem eller i lægens konsultation. Ifølge protokollen skulle praktiserende læge deltage i alle tre kontakter, mens hjemmesygeplejerskens deltagelse i 2. og 3. kontakt var valgfri. I Glostrup rapporten vurderes det, at interventionen godt kan gøres lidt mere fleksibel, uden at det går ud over interventionens effekt.<sup>15</sup> Rapportens forfattere anbefaler dog, at der holdes fast i protokollen i forhold til den første kontakt. Dvs. den første kontakt bør afholdes ca. én uge efter endt indlæggelse (eller snarest derefter), den bør foregå i patientens hjem, og både patientens praktiserende læge og hjemmesygeplejerske bør deltage. Under første kontakt kan den praktiserende læge, hjemmesygeplejersken og patienten så aftale rammerne for 2. og 3. kontakt. Flexibiliteten består i, at det efter 1. kontakt kan aftales, om det både er den praktiserende læge og hjemmesygeplejersken, der deltager, eller om det er tilstrækkeligt, at kun én af dem deltager i hhv. 2. og 3. kontakt. Hvis 2. og 3. kontakt fx primært handler om hjælpemidler, så ville det være naturligt at afholde disse kontakter i patientens hjem og uden lægens deltagelse.

Glostrup rapportens forfattere lægger op til, at der ikke ændres ved 1. kontakt, men at der er en fleksibilitet med hensyn til, hvem der deltager i 2. og 3. kontakt. Forfatterne understreger dog vigtigheden af, at alle tre kontakter gennemføres på den ene eller anden måde.

---

<sup>15</sup> "Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivning fra sygehus", Jakobsen, H.N., m.fl., MTV-rapport, Sundhedsstyrelsen, 2007 ([www.sst.dk/publ/Publ2007/MTV/Hjemmebesoeg/opf\\_hjemmebesoeg\\_aldre.pdf](http://www.sst.dk/publ/Publ2007/MTV/Hjemmebesoeg/opf_hjemmebesoeg_aldre.pdf)).

De fem grupper har alle valgt at indarbejde fleksibiliteten i forhold til 2. og 3. kontakt. Der er stor tilfredshed blandt klinikerne med fleksibiliteten. Erfaringerne viser endog, at de i nogle tilfælde gerne vil gå endnu videre og aflyse 2. og 3. kontakt. Det fraråder praktiserende læge Lars Rytter, og protokollen i de fem grupper tillader det indtil videre ikke. Det bør være hjemmesygeplejerskens opgave at sikre, at 2. og 3. kontakt faktisk afholdes. Hvis lægen ikke ønsker at deltage, bør hjemmesygeplejersken således gennemføre besøget.

En opgave i planlægningsfasen er at definere, hvad der skal foregå under selve besøgene. I Vestklyngen har man udarbejdet og undervist hjemmesygeplejersker i en kortfattet huskeliste. Denne huskeliste har inspireret de øvrige grupper. Huskelisten fremgår af boks 4 nedenfor.

*Boks 4. Huskeliste for opfølgende hjemmebesøg (eksempel fra Vestklyngen)*

- ◆ Fulgt op på indlæggelse iht. plan i epikrise
- ◆ Medicingennemgang (bl.a. se medicinskab)
- ◆ Drøftet borgerens oplevelse af sin situation ift. ressourcer og begrænsninger
- ◆ Undersøgt borgerens hverdag ift. følgende:
  - Behov for hjælpemidler
  - Behov for opfølgning på genoptræning
  - Behov for opfølgning på hjemmehjælp
  - Behov for opfølgning på hjemmesygepleje
  - Behov for opfølgning på kost.

Processen fra patientidentifikation over planlægning til gennemførelse af 1., 2. og 3. besøg er organisatorisk set forholdsvis kompleks, og ansvaret for de enkelte delprocesser skifter hænder én til to gange (afhængig af setup). Derfor kan det være givtigt at indføre ét samlet værktøj, som kan støtte de forskellige delprocessers aktører. I Vestklyngen var man de første til at lave sådan et værktøj i form af et besøgsskema, og flere af de andre grupper har herefter ladet sig inspirere af værktøjet. Hensigten med besøgsskemaet er, at det kan sendes fra hospital over visitation til hjemmesygeplejen, og at alle aktører nedskriver de oplysninger i skemaet, der er nødvendige for at besøgene kan planlægges og afholdes. Den i boks 4 nævnte huskeliste er fx en del af besøgsskemaet. Det samme er operationaliseringen af de fleksible kriterier. Tanken er således, at klinikerne ikke behøver at slå op i ekstra dokumentation for at gøre det, de skal i forbindelse med opfølgende hjemmebesøg. Vestklyngens besøgsskema fremgår af bilag 5.

### 3.3 Opfølgende hjemmebesøg uden praktiserende læge

Under planlægningen af opfølgende hjemmebesøg i de fem grupper har det været overvejet, om man evt. kunne indføre en "Glostrup light". Hermed menes opfølgende hjemmebesøg uden den praktiserende læges deltagelse. Baggrunden for overvejelsen var, at "Glostrup light" kunne anvendes, så længe der ikke foreligger en § 2 aftale samt i de tilfælde, den praktiserende læge siger nej til at deltage. Der er dog tre grunde til, at DSI vurderer, at "Glostrup light" er uhensigtsmæssig. For det første er medicingennemgang et centralt element i interventionen, og medicingennemgang er en lægelig opgave. For det andet vurderer praktiserende læge Lars Rytter, at det unikke ved opfølgende hjemmebesøg netop er den mulighed for koordinering, der opstår mellem de to fagpersoner. For det tredje bør man være varsom med bare at tilbyde en "Glostrup Light", når der ikke er en § 2 aftale, eller til de patienter hvor den praktiserende læge ikke ønsker at deltage, for derved signalerer man, at lægens delta-

gelse ikke er så vigtig. Man sender et signal om, at kommunen nok skal tage sig af opfølgningen. Dette vil muligvis medføre, at færre læger vil deltage i ordningen end ellers. Dette er et problem, netop fordi medicingennemgangen er central, og det derfor er hensigtsmæssigt, at lægerne deltager i så stort omfang som muligt.

Ingen af de fem grupper valgte at indføre en "Glostrup Light", og det har vist sig, at lægerne deltager i omtrent 85 % af alle forløb, hvilket er højere end forventet. Derudover er der § 2 aftaler i fire af fem regioner – jf. afsnit 2.2. Erfaringerne viser altså, at der ikke er behov for at tænke i alternative baner til lægens deltagelse.

I nogle af grupperne har det ligeledes været drøftet, om de opfølgende hjemmebesøg eventuelt kunne udføres af en assistent i stedet for en sygeplejerske. Den generelle opfattelse er, at interventionen bør udføres af en uddannet sygeplejerske. I praksis kan der dog være tilfælde, hvor det er mere naturligt med en assistent. Eksempelvis bruger man i nogle kommuner assistenter til opfølgende hjemmebesøg for borgere, der er bosiddende på et ældre- eller plejecenter, hvor der ikke er sygeplejersker tilknyttet.

### 3.4 Juridiske overvejelser

I planlægningsfasen bør man sikre sig, at det interventionsdesign, der er udarbejdet lokalt, holder rent juridisk. I to grupper opstod der meget sent i forløbet tvivl om lovligheden i interventionsdesignet, hvilket skabte en del ekstra arbejde og forsinkelser. Erfaringerne fra disse to grupper viser, at det er fornuftigt at vende interventionsdesignet med kommunens/regionens egne jurister, så det sikres, at den lokale opbakning til interventionen fastholdes.

Den første juridiske tvivl opstod i Vestklyngen og omhandlede patientsamtykke. Afdelingerne på et af hospitalerne i Hospitalsenheden Vest blev indledningsvis bedt om at videresende patientoplysninger til kommunen uden at informere eller bede om samtykke. Sygeplejerskerne blev i den forbindelse informeret om, at det juridiske grundlag var undersøgt, og der ikke skulle være noget til hinder for denne fremgangsmåde. Nogle medarbejdere havde dog betænkeligheder ved ikke at informere patienten, bl.a. fordi det nogle gange er nødvendigt at involvere patienten for at kunne udfylde besøgsskemaet.

DSI så på daværende tidspunkt videregivelse af oplysninger til kommunen om inklusion som værende en del af det samlede patientforløb. DSI's umiddelbare vurdering var derfor, at patientens generelle samtykke givet ved indlæggelsens start var tilstrækkelig. Derudover var det de lokale projektlederes vurdering, at det ikke var hensigtsmæssigt forlods at informere patienten. U hensigtsmæssigheden bestod i, at nogle patienter ikke ville ende med at få interventionen – fx fordi lægen sagde nej til deltagelse – og i disse tilfælde ville man informere om et tilbud, der så udebliver. Efter personalets ønske blev spørgsmålet om samtykke yderligere gransket af en jurist i Region Midtjylland, som viste sig ikke at være enig med DSI i, at opfølgende hjemmebesøg kan betragtes som en del af det samlede patientforløb. Derfor blev det aftalt, at sygeplejerskerne alligevel skal have patientens samtykke til at sende informationerne til kommunen.

Vores interviews med hospitalssygeplejersker viser, at usikkerhederne omkring samtykke tog en del af pusten fra opstartsfasen. Det anbefales derfor fremadrettet, at man fra starten giver personalet en grundig introduktion til både de praktiske, etiske og juridiske dimensioner, og at man er forberedt på eventuelle diskussioner. Desuden skal man have gjort sig meget klart, hvilken fremgangsmåde man vil følge, hvorfor man vælger denne og ikke mindst, at det juridiske grundlag herfor er sikret på forhånd.

Den anden juridiske tvivl opstod i Kolding, hvor der i implementeringsfasens begyndelse fra myndighedsafdelingens ledelse blev stillet spørgsmålstejn ved lovligheden i, at visitationen videresender kliniske oplysninger til hjemmesygeplejen. Lovgrundlaget for udveksling af oplysninger mellem de to

enheder blev belyst og i det konkrete tilfælde bekræftet af en juridisk ekspert fra KL. Sagen viser, at det er vigtigt at få alle interessenter med i planlægningsfasen og at få belyst de juridiske betæneligheder, der måtte være blandt interessenterne.

### 3.5 Information om interventionen

En væsentlig opgave i planlægningsfasen er at informere om interventionen. Der er tre interessenter, der bør informeres: 1) Berørte medarbejdere i kommunen,<sup>16</sup> 2) kommunens praktiserende læger og eventuelt 3) offentligheden.

#### 3.5.1 Information til berørte medarbejdere i kommunen (og på hospitalet)

Der skal udarbejdes informationsmateriale og forberedes undervisning/introduktion af berørte medarbejdere i kommunen og evt. på hospitalet. To medarbejdergrupper skal informeres/undervises:

- ◆ Kommunale visitatorer eller udskrivende hospitalssygeplejersker: skal instrueres i deres rolle som patientidentifikator.
- ◆ Hjemmesygeplejersker: skal instrueres i deres rolle i forbindelse med planlægning og gennemførelse af besøget.

Det er medarbejderne, der i det daglige får ansvaret for interventionens afvikling. Derfor er det meget vigtigt, at introduktionen er entydig, overskuelig, men samtidig også grundig. Følgende citat viser, at det ikke er nok blot med en skriftlig orientering:

*"Vi fik ikke nogen egentlig introduktion, men bare nogle papirer, som vi skulle læse, og det var det. Det er måske også derfor, at vi ikke har fået lavet så mange [opfølgende hjemmebesøg]. Står man ansigt til ansigt med folk, forstår man det bedre, og man husker det også. Det hjælper ikke bare at få udleveret et stykke papir!"* (hjemmesygeplejerske).

Citatet viser, at der er behov for, at der kommer en ud og fortæller om interventionen. Der skal fortælles om både de store linjer (vision, formål mv.) og helt jordnært, hvad deres rolle er, og hvad de skal gøre konkret. Mangelfuld introduktion har i nogle tilfælde ført til den misforståelse blandt hjemmesygeplejerskerne, at de skulle kunne redegøre for borgerens historie, når lægen blev kontaktet. Derfor bliver det meget uoverskueligt i en i forvejen travl hverdag at skulle planlægge opfølgende hjemmebesøg. Det betød i nogle tilfælde, at der ikke blev handlet på de patienter, der blev udpeget, og dermed blev opfølgende hjemmebesøg ikke planlagt. De lokale projektledere har i disse kommuner brugt lang tid på at rette op på den mangelfulde introduktion.

Det vurderes altså som yderst væsentligt at gennemføre en introduktion, der består af en kombination af skriftligt materiale og informationsmøder/undervisning. I denne forbindelse er det hensigtsmæssigt at bruge de allerede eksisterende mødestrukturer i pågældende enhed. Vores interviews med informanterne viser, at timingen af introduktionen er væsentlig. Det anbefales, at den tidligst gives én måned før implementeringen igangsættes. Hvis interventionen udrulles fasevis – fx distriktsvis i en kommune – så bør introduktionen ligeledes være fasevis.

#### 3.5.2 Information til praktiserende læger

Der er blandede erfaringer med hensyn til forudgående information om interventionen til de praktiserende læger. I eksempelvis Vestklyngen og Syddanmark har man haft gode erfaringer med, at introduktionen til de praktiserende læger var mindre omfattende end til medarbejderne i kommunen eller på hospitalet. Baggrunden skønnes at være, at den praktiserende læge ikke har initiativpligt og kun

---

<sup>16</sup> Eller evt. berørte hospitalsmedarbejdere – hvis det er hospitalet, der forestår patientudvælgelsen – jf. afsnit 3.2.1.

handler, når der kommer en henvendelse fra den kommunale hjemmesygeplejerske. I andre grupper (Ålborg og København) oplevede man derimod, at det var nødvendigt at give lægerne informationerne både skriftligt og via de vanlige mødefora. De fem gruppers erfaring er således forskellige på dette punkt. Fælles for dem er dog, at introduktionen bør være på et velvalgt tidspunkt, dvs. tæt på implementeringens opstart.

### 3.5.3 Information til offentligheden

Der bør ske en information til offentligheden gennem de lokale/regionale medier. Erfaringen fra de fem grupper er, at det er forholdsvis nemt at få de skrevne og elektroniske medier til at interessere sig for opfølgende hjemmebesøg. Fordelen ved medieomtale er, at interventionen synliggøres i offentligheden, og derved konsolideres ordningen.

## 3.6 Implementering på én gang eller i faser?

I planlægningsfasen skal det besluttes, om implementeringen af opfølgende hjemmebesøg skal gennemføres i hele kommunen på én gang, eller om der skal implementeres i faser. Erfaringen fra de 11 kommuner viser, at større kommuner bør vælge en implementeringsmodel i faser. Én af de 11 kommuner med omtrent 60.000 indbyggere valgte fx at implementere på én gang, og det viste sig at være en stor mundfuld. Efterfølgende er den kommunale projektleder kommet til den konklusion, at hun en anden gang ville anbefale ledelsen implementering i faser. Mindre kommuner derimod kan med fordel vælge implementering på én gang. Det har man fx valgt i kommuner med omtrent 30.000 indbyggere.

En udfordring ved fasevis implementering er, at de, der udvælger patienterne i en opstartsperiode, skal forholde sig til, at ordningen kun er igangsat i udvalgte dele af kommunen. Ikke mindst hvis det er hospitalet, der udvælger patienter fra en række kommuner med hver deres fasedelt implementeringsplan, bliver det til en ret kompliceret affære. I Vestklyngen løste man dette problem ved, at hospitalet undlader at tage stilling til spørgsmålet og blot videresender alle patienter, der vurderes til at være i målgruppen. Det er så visitationens opgave at undersøge, om patienten bor i et distrikt, der pt. er med på ordningen eller ej. Per 1. oktober 2009 er opfølgende hjemmebesøg fuldt implementeret i alle Vestklyngens seks kommuner.

## 3.7 Proces for planlægningsfasen

Som beskrevet i de foregående afsnit skal man i planlægningsfasen træffe en række valg. Det er på den ene side vigtigt, at der er tid nok i planlægningsfasen til, at disse valg kan træffes og konsolideres i organisationen. Omvendt viser forløbet i de fem grupper, at det er gavnligt, at der fra starten af planlægningsfasen bliver sat dato på implementeringens igangsættelse. Selvom nogle af grupperne blev forsinket i forhold til den oprindelige implementeringsdato<sup>17</sup>, gav det et fokus at have en dato at gå efter. Derfor anbefaler DSI, at der opstilles en tidsplan for planlægningsfasen, og der sættes en dato for implementeringens opstart. Som vi tidligere har været inde på, skønnes det, at planlægningsfasen tager omtrent seks måneder, og den lokale projektleder bruger omtrent otte timer per uge i planlægningsfasen – jf. tabel 2 side 19.

I Vestklyngen var planlægningsfasen mere kompleks end i de øvrige grupper, idet der i Vestklyngen er seks kommuner, der implementerer ordningen efter fælles aftalte principper. Disse fælles aftaler blev indgået med ekstern proceshjælp (fra DSI) i fire workshops, der blev afholdt i løbet af efteråret 2008. På den første workshop drøftede parterne formål, succeskriterier, målgruppe, interventionsproces, besøgsindhold. På baggrund af workshoppen skrev DSI et udkast til en detaljeret interventionsproto-

<sup>17</sup> Ikke mindst fordi det trak ud med vedtagelsen af § 2 aftaler, som jo nu er på plads i fire af regionerne – jf. afsnit 2.2.



kol. Formålet med workshop 2 var en drøftelse af interventionsprotokollen. Efterfølgende blev interventionsprotokollen opdateret og godkendt af interessenterne via e-mail. Interesserede læsere kan rekvirere interventionsprotokollen ved DSI.<sup>18</sup>

På workshop 1 og 2 deltog de lokale projektledere (de kommunale og dem fra hospitalet) samt repræsentanter fra almen praksis. Efterfølgende forestod der et arbejde med at konkretisere de aftaler, der blev indgået i interventionsprotokollen, herunder udarbejdelsen af det fælles besøgschema samt operationaliseringen af de fleksible kriterier. Denne konkretisering skete på workshop 3 og 4 samt på en række telefoniske opfølgingsmøder. Det valgtes, at almen praksis ikke skulle deltage i det praktiske arbejde med konkretiseringen, dvs. det var udelukkende de lokale projektledere, der deltog.

På det lokale niveau (i hver kommune og på hospitalet) foregik der derudover en række planlægningsaktiviteter – herunder aftaler om eventuel fasevis kommunal implementering samt medarbejderintroduktion til interventionen.

---

<sup>18</sup> Kontakt projektleder Henning Voss: hev@dsi.dk.



## 4. Implementeringsfasen

De lokale projektledere skønner, at implementeringsfasen tager omtrent otte måneder (jf. tabel 2 på side 19). De fem gruppers erfaringer samt DSI's anbefalinger vedrørende implementeringsfasen er opsummeret i boks 5 og diskuteres mere indgående i resten af dette kapitel.

### *Boks 5. Erfaringer og anbefalinger vedrørende implementeringsfasen*

- ◆ Det skal sikres, at alle relevante ledere bakker op om opfølgende hjemmebesøg. Ledelsesopbakningen skal være vedvarende og reel – også når arbejdsbyrden ved interventionen for alvor kan mærkes i enheden.
- ◆ For at sikre ejerskab blandt kommunens medarbejdere bør opfølgende hjemmebesøg omtales som en ny vedblivende service – ikke som noget der afprøves i et midlertidigt projekt.
- ◆ Klinikerne opfatter generelt opfølgende hjemmebesøg som en meget meningsfyldt intervention.
- ◆ De, der identificerer patienterne, kommer ikke med ud til de opfølgende hjemmebesøg og vil derfor opleve interventionen som mere diffus. Derfor foreslås det, at der gives feedback til dem. Det kan fx ske gennem en relevansscore eller ved hjælp af casebeskrivelser.
- ◆ Uanset om det er hospitalet eller den kommunale visitation, der foretager patientidentifikationen, kan det i en travl hverdag være vanskeligt at huske på opgaven. I de fem grupper er der derfor udviklet en lang række konkrete tiltag, der skal minde medarbejderne om opgaven. Disse metoder er beskrevet i afsnit 4.2.2 nedenfor.
- ◆ Implementeringen af opfølgende hjemmebesøg er en organisatorisk kompleks opgave – ikke mindst fordi den skal implementeres på mange geografisk adskilte enheder. Der er særdeles gode erfaringer med brugen af lokale tovholdere til at løse dette problem. Boks 7 på side 38 opsummerer de mange fordele ved tovholderne.
- ◆ Det anbefales, at der opstilles succeskriterier for implementeringen, og at der gennem en løbende patientoptælling følges op på disse succeskriterier.

### 4.1 Vedvarende ledelsesopbakning og omtale af interventionen

Vedvarende ledelsesopbakning er en forudsætning for enhver forandringsproces. Erfaringerne fra de fem grupper viser, at det også gælder i forhold til implementering af opfølgende hjemmebesøg. Generelt har der været tilstrækkelig ledelsesopbakning til implementeringen af opfølgende hjemmebesøg. Den har dog ikke været tilstrækkelig alle steder og til alle tider. I en enkelt kommune har der i perioder ligefrem været ledelsesmodstand mod, at enheden skulle varetage patientidentifikationen til opfølgende hjemmebesøg. Ikke overraskende udgjorde denne modstand en stor barriere i forhold til at få interventionen op og køre. I den pågældende kommune lykkedes det at få ledelsens opbakning igen. Eksemplet illustrerer, at det er vigtigt at få eventuel modstand vendt til opbakning. Opfølgende hjemmebesøg skal prioriteres, og dette skal signaleres hele vejen rundt i systemet.

I naturlig forlængelse af diskussionen om ledelsesopbakning ligger, hvordan interventionen omtales overfor medarbejdere og andre interessenter. I nogle kommuner omtales interventionen som et vedvarende servicetilbud. Andre steder omtales den som et pilotprojekt, og der tales ikke om implementering, men om en prøvefase. Vores interviews de pågældende steder viser, at når man omtaler interventionen som et pilotprojekt, så opfatter de involverede medarbejdere interventionen som noget

midlertidigt og noget, der skal overstås hurtigst muligt, snarere end at interventionen skal forankres og indarbejdes. Det er forventeligt, at det, der opfattes som midlertidigt, ikke tiltrækker medarbejderengagement i samme grad, som det der opfattes som en ny fast arbejdsopgave. Hvorfor gøre den ekstra indsats for noget som muligvis forsvinder igen ved udgangen af året? DSI anbefaler derfor, at man er meget opmærksom på, hvordan ledelsen fremstiller nye initiativer over for de fagpersoner, som skal arbejde med opgaven. Der opbygges ikke ejerskab ved at fremstille initiativerne som forbigående. Derfor bør man passe på med at kalde nye interventioner for "projekter". Mens selve interventionen altså bør omtales som en ny vedblivende service, bør implementeringen af interventionen håndteres (og kaldes) for et projekt.

## 4.2 Identifikation af patienter til opfølgende hjemmebesøg

Interventionen giver rigtig meget mening for klinikerne, og det vurderes at være med til at give det engagement, der udvises over for interventionen. Alt andet lige er det dog nemmere at mobilisere og fastholde engagementet over for interventionen hos dem, der rent faktisk gennemfører besøgene (hjemmesygeplejersker og praktiserende læger) end hos dem, der blot identificerer patienterne (visitationen eller udskrivende hospitalssygeplejersker). Der er således to særlige udfordringer forbundet med patientidentifikationen. For det første er de, der identificerer patienterne, ikke med ude til selve de opfølgende besøg, og dermed bliver værdien af interventionen mere diffus for dem end for hjemmesygeplejersker og praktiserende læger. For det andet stilles der store krav til visitator/udskrivende sygeplejerske i forhold til at have interventionen "inde på lystavlen". De skal således selv huske på interventionen i hverdagen – ellers bliver der ikke identificeret nogen patienter. Hjemmesygeplejersken og den praktiserende læge skal derimod ikke tage noget selvstændigt initiativ – men blot reagere på en besked om, at patienten er udvalgt. Løsninger på disse to særlige udfordringer, for dem der skal udføre patientidentifikationen, diskuteres i de følgende to afsnit.

### 4.2.1 Feedback: Relevans og cases

De udskrivende hospitalssygeplejersker og visitatorer vi har talt med, er alle inde på, at det ville øge motivationen for at udføre patientidentifikation, hvis man fik feedback vedrørende de opfølgende hjemmebesøg. Feedback må forventes at gøre interventionen mindre diffus for dem, der identificerer patienterne. Vi anbefaler derfor, at der gives to former for feedback til patientidentifikator.

For det første foreslår vi, at hjemmesygeplejersken og den praktiserende læge umiddelbart efter det første besøg vurderer relevansen af besøget på en skala fra 1 til 5. De enkelte relevansvurderinger kan så akkumuleres til en gennemsnitsscore, der løbende meldes tilbage til hospitalet/visitationen. Derudover kan relevansvurderingerne bruges som grundlag for en auditudvælgelse, der har til hensigt at forbedre patientidentifikationen.

For det andet har flere informanter bedt om at få nogle "*levende historier af kød og blod*" på, hvordan et opfølgende besøg hjælper i arbejdet med at sikre det sammenhængende patientforløb. Det har altså stor værdi, at der produceres nogle cases, der beskriver, hvordan et opfølgende besøg er forløbet. Det gjorde man med stor succes i Vestklyngen, hvor opfølgende hjemmebesøg blev beskrevet i en artikel i medarbejderbladet på Hospitalsenheden Vest. En central del af denne artikel var en casebeskrivelse, der fortalte, hvordan interventionen medvirkede til, at en ældre borgers demens blev opdaget. Denne casebeskrivelse fremgår af bilag 6.

### 4.2.2 Påmindelser om interventionen i hverdagen

Vores informanter fortæller os, at det kan være svært i hverdagen at huske på at få vurderet potentielle patienter i forhold til interventionsinklusion. I alle grupper har man haft denne problemstilling inde på livet og har løst den på forskellig vis. På Hospitalsenheden Vest har man den særlige udfordring, at

det kun er en mindre del af de medicinske patienter, der skal vurderes, idet Vestklyngen kører med en forholdsvis høj aldersgrænse (+78-årige). Denne aldersgrænse gør, at der for den enkelte hospitalssygeplejerske er langt mellem patienterne, der skal vurderes i forhold til opfølgende hjemmebesøg. Når der er langt mellem patienterne, bliver det vanskeligere at huske sig selv på, at man skal vurdere de +78-årige. De enkelte medicinske afsnit har derfor udviklet en række forskellige påmindelser om opfølgende hjemmebesøg. Disse påmindelser er beskrevet i boks 6 nedenfor.

*Boks 6. Påmindelser om opfølgende hjemmebesøg udviklet af de medicinske afsnit på Hospitalsenheden Vest*

Informationsmapper	◆ Opstilling af informationsmapper på relevante kontorer sikrer, at sygeplejerskerne altid har de informationer, som de har brug for, lige ved hånden.
Skema i kardex	◆ Besøgsskema til opfølgende hjemmebesøg lægges i kardex på alle +78-årige som påmindelse om, at udskrivende sygeplejerske skal huske at overveje muligheden for opfølgende hjemmebesøg.
Markering på patienttavlen	◆ En markering på patienttavlen for alle +78-årige som påmindelse om, at man skal huske at overveje muligheden for opfølgende hjemmebesøg. Tavlen er central i afdelingen, og alle kigger på den flere gange dagligt.
Overstregning/markering af patientens alder på forsiden af kardex	◆ Formålet er ligeledes at minde om, at her er en patient, der er over +78, og derfor skal sygeplejersken tage stilling til interventionen.

I Faxe, Ålborg og Syddanmark er det visitationen, der forestår patientidentifikationen. Visitatorerne står lige som sygeplejerskerne på hospitalerne over for udfordringen med at huske at foretage vurderingen i en travl hverdag. Dog virker det til at være en mere overskuelig opgave at opbygge rutinen, fordi visitationen er en mindre organisatorisk enhed med færre medarbejdere. Samtidig er det nemmere at blive enige om arbejdsrutiner og gøre plads til disse, netop fordi visitationen er mindre. I de tre grupper har man alligevel udviklet metoder til at huske sig selv på interventionen. Som vi tidligere har beskrevet, har man i Ålborg valgt en teknisk løsning, hvor der via MedCom's udskrivningsadvis dagligt genereres en liste over alle relevante udskrevne patienter. I Kolding, hvor der ikke er noget alderskriterium, som minder visitator om, at hun skal tænke på opfølgende hjemmebesøg, har man forsøgt at finde et godt tidspunkt på dagen, hvor der er ro til at foretage vurderingen. Man har i Kolding den erfaring, at det ikke er optimalt at foretage vurderingen løbende, efterhånden som sygehuse kontakter visitationen vedrørende udskrivelse. Når telefontiden er ovre, danner den visitator, der har telefonvagten, sig i stedet et overblik over de udskrivelser, som er kommet denne dag og foretager så en vurdering af, hvem der opfylder de fleksible kriterier.

### 4.3 Tovholdere

Implementering af opfølgende hjemmebesøg er organisatorisk set en udfordring – ikke mindst fordi kommunens hjemmesygeplejeenheder typisk er inddelt i en række geografisk adskilte enheder. I en del kommuner<sup>19</sup> har man derfor udpeget en særlig tovholder i hver deltagende lokal enhed – fx på hvert hjemmesygeplejekontor. Vores dataindsamling viser entydigt, at disse tovholdere har spillet en særdeles positiv rolle for implementeringen i de enheder, som har benyttet sig af dem. De lokale enheder, der har haft tovholdere fra implementeringens begyndelse, har således været rigtig glade for

<sup>19</sup> Og også på de hospitaler der forestår patientidentifikationen.

dem. Nogle af de enheder, der ikke havde tovholdere fra starten, har savnet dem og har siden indført tovholderfunktionen. Boks 7 nedenfor opsummerer fordelene ved og erfaringerne med brugen af lokale tovholdere i forbindelse med implementeringen af opfølgende hjemmebesøg.

*Boks 7. Fordelene ved og erfaringerne med lokale tovholdere i forbindelse med implementeringen af opfølgende hjemmebesøg*

- ◆ Tovholdere er tæt på hverdagen og de kollegaer, som de skal hjælpe ved eventuelle tvivlsspørgsmål.
- ◆ Tovholderens store styrke er tilgængelighed. Det ville teoretisk set også være muligt at ringe og spørge den lokale projektleder, men erfaringen viser, at det får folk ikke gjort.
- ◆ Tovholdere kan give kollegaer venlige reminders for at sikre, at interventionen fortsat har prioritet i en travl hverdag.
- ◆ Tovholdere er gode til at håndtere og nedbryde lokal modstand mod interventionen.
- ◆ Tovholdere er forbindelsesled mellem projektlederen og enheden. Projektlederen kan bruge tovholderen til at sende informationer ned i enheden, men også til at få vigtig feedback fra enheden.
- ◆ Tovholderne fungerer bedst, når de har været inddraget fra starten – allerede i planlægningsfasen. Om muligt bør de være en del af projektgruppen.
- ◆ Tovholdere er rigtige gode til at introducere interventionen til kollegaer – det kan altså sagtens være en tovholderopgave at oplære enhedens medarbejdere i interventionen.
- ◆ Tovholderen bør være en kollega – ikke enhedens leder. Begge modeller har været afprøvet, men medarbejderne er mest tilfredse med kollegiale tovholdere.
- ◆ Tovholdere vurderes ikke kun at have en gavnlig effekt under selve implementeringen – men også når interventionen skal vedligeholdes.

#### 4.4 Løbende opfølgning på implementeringens succeskriterier

Mange af projektlederne i de fem grupper har erfaret, at de lokale enheder ikke har implementeret opfølgende hjemmebesøg på den måde, som projektlederen havde forventet. Nogle af projektlederne opdagede først problemerne relativt sent, fordi der ikke var aftalt nogen tilbagemelding fra de lokale enheder. Løsningen på denne udfordring er, at projektlederen på en struktureret måde følger op på, hvordan det går med implementeringen i de lokale enheder.

Der kan følges op på flere måder. Én oplagt måde er, at de lokale projektledere er i jævnlig dialog med de lokale tovholdere. Det kan ske gennem møder (fysisk eller i telefonen) eller gennem ad hoc kontakt. Projektlederen bør dog være den opsøgende, for erfaringen viser, at projektlederen ikke kan forvente, at tovholderen nødvendigvis selv opdager problemer og herefter kontakter projektlederen.

Til at støtte den løbende dialog og opfølgning mellem projektlederen og tovholderne, anbefaler DSI, at der indføres en løbende patientoptælling, dvs. en løbende optælling af hvordan det går med implementeringen på en række nøgleparametre. Udover at støtte dialogen mellem projektlederen og tovholderne, kan patientoptællingen bruges som et redskab til måling af, om succeskriterierne for implementeringen er opfyldt. I Vestklyngen er ét af succesparametrene fx, at 50 % af alle +78-årige medicinske patienter udvælges til interventionen. Et andet succeskriterium er, at 90 % af alle udvalgte patienter rent faktisk får opfølgende hjemmebesøg.

Den løbende patientoptælling kan være mere eller mindre ambitiøs, men erfaringen fra grupperne viser, at det er relevant at have fokus på fire spørgsmål. Disse fire spørgsmål fremgår af tabel 5 ne-

denfor. Det fremgår ligeledes af tabellen, hvordan de fire spørgsmål kan afdækkes, og så er de mål, der er opsat i Vestklyngen, angivet til inspiration.

*Tabel 5. Relevante spørgsmål for en løbende patientoptælling*

Spørgsmål	Afdækningsmetode	Mål i Vestklyngen
Hvor stor andel af alle udskrevne patienter udvælges til interventionen?	Optælling af hvor mange patienter der identificeres sammenholdes med det samlede antal udskrevne patienter (under hensyntagen til evt. alders- og specialeafgrænsning)	50%
I hvilken grad identificeres de relevante patienter?	Relevansscore: Hjemmesygeplejerske og praktiserende læge angiver efter 1. kontakt besøgets relevans på en skala fra 1-5. Denne værdi indgår i en samlet relevansscore.	Indenfor første år efter opstart: 80 % som relevante eller meget relevante; Indenfor tre år efter opstart: 90 % som relevante eller meget relevante
Hvor mange af de identificerede patienter modtager 1. besøg?	Antal identificerede patienter sammenholdes med antal patienter der faktisk fik 1. besøg. Årsag til manglende besøg bør registreres: 1) Lægen sagde nej til deltagelse, 2) patienten sagde nej til deltagelse, 3) patienten døde eller blev genindlagt og 4) andre grunde.	Indenfor første år efter opstart: 80 %; Indenfor tre år efter opstart: 90 %
Hvor ofte har den praktiserende læge modtaget epikrisen forud for 1. kontakt?	Under 1. kontakt noterer hjemmesygeplejerske på besøgsskemaet, om lægen har modtaget epikrisen fra hospitalet.	95%

DSI anbefaler, at der som led i planlægningsfasen opstilles succeskriterier for implementeringen af opfølgende hjemmebesøg på de i tabellen ovenfor beskrevne fire parametre – og at der så sker en løbende monitorering af, hvor langt man er nået på de fire parametre. De fire parametre er nemme at sætte lokalt definerede mål for, og som det fremgår af tabellen, er de også forholdsvis nemme at måle på. Nøglen i denne forbindelse er det foromtalt besøgsskema, hvis primære formål er at støtte i planlægningsfasen, fra patientidentifikationen til besøget er afholdt (jf. afsnit 3.2). Et oplagt sekundært formål med besøgsskemaet er at bruge skemaet som input til den løbende patientoptælling. Det anbefales således, at der på besøgsskemaet gives mulighed for at angive følgende ekstra oplysninger: 1) blev besøget aflyst og i givet fald 2) af hvilke årsager, 3) besøgets relevans og 4) om lægen har fået epikrisen forud for 1. kontakt. Det kræver ikke nævneværdigt mere arbejde for hjemmesygeplejersken at registrere disse oplysninger. Det springende punkt er, om den lokale projektleder – evt. via de lokale tovholdere – kan og vil bruge de ressourcer, der skal til for at indsamle og bearbejde data fra den løbende patientoptælling. Erfaringen fra de fem grupper er, at det er projektlederen nødt til for at sikre en effektiv implementering af opfølgende hjemmebesøg. Det er klart, at man ikke kan vide, om man er lykkedes med implementeringen, hvis ikke der følges op og måles på de succeskriterier, der er sat for implementeringen.

De to første spørgsmål i tabel 5 handler om, hvor mange og hvilke patienter der udvælges til interventionen. Fagligt udvalg skønner fx, at 40 % af alle +75-årige førstegangsindlagte patienter ville falde indenfor de opstillede fleksible kriterier for individuel udvælgelse til interventionen (jf. i øvrigt afsnit 3.1). Det er relevant at måle, hvor stor en andel af alle indlagte patienter, der rent faktisk udvælges. Hvis andelen fx er væsentlig lavere end de forventede 40 %, så indikerer det, at de, der udvælger patienterne, for ofte overser relevante patienter. Omvendt kan det være, at der identificeres for mange patienter, dvs. at ikke alle de patienter, der udvælges, er relevante. Det giver spørgsmål nummer 2 en indikation på. De to første spørgsmål bidrager altså med meget væsentlig viden om, hvorvidt de, der identificerer patienterne, formår at identificere et passende antal af "de rigtige" patienter.

Det tredje spørgsmål handler om, hvor mange af de identificerede patienter, der så faktisk får besøget. Dette spørgsmål er vigtigt i forhold til at afdække, dels hvorvidt lægerne har taget interventionen til sig, og dels hvorvidt planlægningen af opfølgende hjemmebesøg forløber effektivt. I de fem grupper viste de første patientoptællinger faktisk, at omtrent 1/3 af alle identificerede patienter endte med ikke at få interventionen. Lægernes og patienternes nej til deltagelse samt patientens død eller genindlæggelse forklarer en del af dette frafald, men det viste sig, at der nogle steder også har været en del problemer med at få løftet opgaven med at planlægge besøgene. De berørte lokale projektledere har derfor sat ind med støtte, ekstra introduktion, tovholdere mv. Patientoptællinger foretaget siden indikerer, at disse tiltag allerede har haft en vis effekt. Erfaringen fra de fem grupper er altså, at den løbende patientoptælling har været et værdifuldt værktøj for de lokale projektledere i forhold til at blive i stand til at reagere på ting, der ikke fungerer i implementeringen.

Det sidste af de fire spørgsmål handler om, hvorvidt lægen har modtaget epikrisen forud for det første besøg. Epikrisen er vigtig for det opfølgende hjemmebesøg, fordi besøgets primære formål er at følge op på hospitals-indlæggelsen, og denne opfølgning lader sig vanskeligt udføre uden epikrise. De praktiserende læger, vi har talt med under dataindsamlingen til denne rapport, understreger derfor alle vigtigheden af, at epikrisen foreligger, før besøget gennemføres. Nogle læger er derudover inde på, at de fremover vil aflyse besøg, hvis de forud for besøget ikke har modtaget epikrisen. Derfor er det vigtigt at have fokus på, hvordan det går med epikriserne, så man evt. kan gå i dialog med hospitalet om en øget indsats – fx at epikriser på patienter, der er udvalgt til opfølgende hjemmebesøg prioriteres på hospitalet.



## 5. Vedligeholdelsesfasen

Når implementeringen af opfølgende hjemmebesøg er fuldført, overgår interventionen til en vedligeholdelsesfase. Spørgsmålet er, hvornår denne overgang fra implementeringsfase til vedligeholdelsesfase foregår. Er det, når alle kommunens hjemmesygeplejerske enheder kører med opfølgende hjemmebesøg? Eller er det, når succeskriterierne for implementeringen af opfølgende hjemmebesøg er nået? Erfaringen viser, at det på relativt kort tid kan lade sig gøre at rulle interventionen ud i alle kommunens hjemmesygeplejeenheder, men ingen af de fem grupper har efter omtrent ni måneders implementering opnået de succeskriterier, de har sat for implementeringen. Senest når succeskriterierne er nået, skal implementeringsprojektet lukkes, og interventionen skal overgå til den normale driftsorganisation. Det er således vigtigt, at projektgruppen hele tiden har for øje, at interventionen i fremtiden bør kunne stå på egne ben, og man bør hele tiden implementere interventionen så tæt på driften som muligt. Fx bør man undgå at etablere midlertidige løsninger, der kun kan fungere så længe, der kører et implementeringsprojekt.

Selvom interventionen på et tidspunkt overlades til driften, er det dog ikke ensbetydende med, at interventionen så ikke længere bør have opmærksomhed. Baseret på erfaringer fra implementeringen af andre tiltag, anbefaler DSI således, at interventionen vedligeholdes. Når man sætter nye skibe i søen, og selvom de sikres, at disse skibe er på rette kurs, så er det ikke sikkert, at de vedbliver med at sejle i den ønskede retning. Vi anbefaler derfor, at der som en del af implementeringsprojektets afslutning sikres nogle aftaler om og en placering af et ansvar for, at interventionen vedligeholdes. Af boks 8 nedenfor fremgår en række elementer, der kunne indgå i vedligeholdelsen.

### *Boks 8. Elementer i en vedligeholdelsesfase*

- ◆ Afklaring af ledelsesmæssigt ansvar for interventionen
- ◆ Fastholdelse af tovholderfunktion
- ◆ Oplæring af nye medarbejdere
- ◆ Løbende patientoptælling
- ◆ Evaluering af interventionen
- ◆ Videreudvikling af interventionen.

Når opfølgende hjemmebesøg er implementeret, bør interventionen overdrages til en leder, der fremover får til opgave at tage stilling til spørgsmål vedrørende interventionen. Projektlederen overleverer med andre ord interventionen til den leder i driftsorganisationen, som fremover skal eje interventionen. Derudover foreslår DSI, at de involverede enheders tovholdere fortsætter med at være medlemmer – nu mellem medarbejderne og den leder der ejer interventionen. Hvis en tovholder rejser, bør der udpeges en ny tovholder. Det er oplagt, at én af tovholderens opgaver er at sikre en oplæring af nye medarbejdere i interventionen.

DSI anbefaler, at den løbende patientoptælling videreføres i vedligeholdelsesfasen. For at blive i billedet med skibet: Patientoptællingen giver de data, der kan afgøre, om skibet fortsat er på rette kurs, eller om det er på vej til at tage en u hensigtsmæssig kursændring. Ulempen ved en løbende patientoptælling er omvendt, at der skal afsættes ressourcer til at indhente og bearbejde de data, der op-

samles på besøgsskemaerne. Tidsintervallet for optællingerne kan dog sættes op, så der i vedligeholdelsesfasen fx foretages halvårlige optællinger frem for fx månedlige optællinger i implementeringsfasen. I givet fald vurderes ressourceanvendelsen at stå mål med gevinsten.

Når interventionen har kørt i en årrække, bør der gennemføres en evaluering med henblik på en af-dækning af, om der er behov for at interventionen undergår videreudvikling.

## 6. Konklusion og perspektivering

De 11 kommuners erfaringer har vist, at det kan lade sig gøre at implementere en forebyggelsesindsats som opfølgende hjemmebesøg efter Glostrup modellen i en klinisk hverdag. Det er ikke let at komme fra forskning til drift – mange gode idéer strander i implementeringsfasen. De 11 kommuner har da også erfaret, at implementeringen af opfølgende hjemmebesøg er tidskrævende. Det tager omtrent 1½ år at planlægge og gennemføre implementering af opfølgende hjemmebesøg.

I løbet af implementeringsprocessen er der høstet en lang række erfaringer. Disse erfaringer diskuteres i rapporten og skal ikke gentages her. Rapporten giver andre kommuner, der står overfor implementeringen af opfølgende hjemmebesøg, et bedre grundlag til at planlægge og gennemføre deres egen implementering. Erfaringen fra de 11 kommuner viser dog, at man ikke kan læse sig til det hele, og de lokale projektledere har haft stor glæde af det projektledernetværk, der har været en af sidegevinsterne ved KL's omkostningsanalyse. På tilsvarende vis har projektlederne fra Vestklyngen haft stor glæde af at planlægge og gennemføre implementeringen i fællesskab. Andre kommuner, der påbegynder implementeringen af opfølgende hjemmebesøg, kan derfor med fordel indgå i lignende netværk for implementering af opfølgende hjemmebesøg. Det er oplagt, at KL kunne have en faciliterende rolle i denne forbindelse.



# Bilag 1: Dataindsamlingen til implementeringsrapporten

## DSI's rolle i implementeringsprocessen

DSI har fulgt implementeringen af opfølgende hjemmebesøg i 11 kommuner. Baggrunden herfor er to projekter:

1. KL's omkostningsanalyse: DSI gennemfører omkostningsanalysen og skal yde sparring til de lokale 11 kommunale projektledere, der forestår den lokale implementering af opfølgende hjemmebesøg.
2. Implementeringsstøtte i Vestklyngen: DSI støtter Vestklyngens seks kommuner samt Hospitalsenheden Vest i deres fælles implementering af opfølgende hjemmebesøg.

I forbindelse med KL's omkostningsanalyse har DSI sparret med de fem grupper i forhold til implementering af opfølgende hjemmebesøg. Denne sparring er sket gennem skriftlige vejledninger, møder, telefoniske fremdriftsmøder hver anden uge, ad hoc korrespondance og en analyse af projektdokumenter fra hver af de fem grupper.

Gennem de to nævnte projekter har vi fået et indblik i styrker og svagheder ved forskellige tilgange til implementering af opfølgende hjemmebesøg. Dermed danner arbejdet i de to projekter et væsentligt datagrundlag for vores analyse i kapitel 2-5. Udover det generelle projektarbejde, har stud.scient.pol. Louise Øhlenschlæger Christensen, som var praktikant ved DSI i foråret 2009, skrevet et internt notat til Vestklyngens lokale projektledere vedrørende implementeringen af opfølgende hjemmebesøg i Vestklyngen. Siden blev erfaringerne fra Kolding og Faxe Kommune skrevet ind i et udvidet notat om implementeringserfaringer i Vestklyngen samt Kolding og Faxe. Dette notat indgår ligeledes som grundlag for denne implementeringsrapport. Dataindsamlingen til notatet beskrevet nedenfor.

## Dataindsamling til internt implementeringsnotat

Den samlede afvikling af et opfølgende hjemmebesøg foregår lidt forskelligt i de fem grupper. Fælles for alle fem grupper er dog, at den samlede proces omkring opfølgende hjemmebesøg afvikles i tre delprocesser: 1) patientidentifikation, 2) planlægning af besøget og 3) gennemførelse af besøget.<sup>20</sup>

I Vestklyngen er der blevet indsamlet materiale om hver af de tre delprocesser gennem interviews og observationsstudier. Vedrørende patientidentifikation har vi gennemført to fokusgruppeinterviews med i alt 10 sygeplejersker fra forskellige afdelinger på Hospitalsenheden Vest. I forhold til planlægningen og gennemførelsen af besøget (delproces 2 og 3) er der foretaget både interview og observationer. I alt 14 hjemmesygeplejersker er blevet interviewet individuelt og i grupper. Desuden er i alt ni praktiserende læger blevet interviewet individuelt om både planlægningen og gennemførelsen af besøget. Desuden er der gennemført to observationsstudier af gennemførelsen af et besøg. Her deltog DSI i besøget og interviewede efterfølgende de deltagende hjemmesygeplejersker og praktiserende læger. Ingen af disse havde tidligere deltaget i hverken individuelle eller fokusgruppe interviews, og inkluderes disse, er der således i alt interviewet 16 hjemmesygeplejersker og 11 praktiserende læger i Vestklyngen.

I Kolding Kommune foregår patientidentifikationen i den kommunale visitation, og derfor er der gennemført et semistruktureret fokusgruppeinterview, hvor deltagerne var to hjemmesygeplejersker, en visitator og en praktiserende læge. De havde alle forinden rådført sig med deres kollegaer. Desuden

---

<sup>20</sup> Så længe de fem grupper indsamler data til omkostningsanalysen, er der faktisk en yderligere delproces, der skydes ind mellem delproces 1 og 2. I denne delproces inddeles de udvalgte patienter i hhv. en interventions- og kontrolgruppe. Denne delproces er dog ikke relevant for andre kommuner end de 11, der indgår i omkostningsanalysen, og derfor har vi valgt at se bort fra delprocessen i det efterfølgende.

blev der afholdt et interview med projektlederen med fokus på det specifikke set up, og hvilke udfordringer man har oplevet, og hvordan man har taklet opstartsfasen og det videre forløb generelt.

I Faxe Kommune foregår patientidentifikationen ligeledes i den kommunale visitation, og derfor blev der også her afholdt et semistruktureret fokusgruppe interview, hvor deltagerne var en hjemmesygeplejerske, en visitator og en praktiserende læge. Her blev der også afholdt et interview med den tidligere og nuværende projektleder – igen med fokus på det specifikke set up i kommunen.

## Bilag 2: Fleksible kriterier – baggrund, beskrivelse og konsekvensberegning

Fagligt Udvalg vedrørende Almen Praksis  
Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings- og Takstnævn

---

### **Opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse**

#### **Ydelsesbeskrivelse**

Med bilag omkring dimensionering og mulige besparelser

Fagligt Udvalg vedr. Almen Praksis  
Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings- og Takstnævn  
December 2008

---

c/o Praktiserende Lægers Organisation • Trondhjemsvej 9 • 2100 København Ø  
Telefon 35 44 85 00 • Telefax 35 44 85 99 • E-mail jsg.plo@dadl.dk

### **Baggrund**

Man har i flere år arbejdet med at finde forskellige løsninger i forhold til primær indsats overfor nyudskrevne patienter. Dette for at sikre en indsats i forhold til patientens behov i eget hjem, og at iværksat behandling effektueres og følges op. Formålet er at sikre sammenhængende forløb, øge behandlingens kvalitet og effekt, at øge patienterne livskvalitet samt forebygge genindlæggelser.

En undersøgelse af nyudskrevne patienter på 78 år og derover fra medicinsk/geriatrik afdeling på Glostrup hospital (Glostrup-projektet), hvor man benyttede koordinerende hjemmebesøg ved egen læge og primærsygeplejen efter udskrivelse viste en effekt på flere af disse forhold samt en mulig økonomisk gevinst. Fagligt Udvalg har drøftet dette og set på mulighederne og konsekvenserne af at implementere dette i almen praksis og det kommunale sundhedsvæsen.

Fagligt Udvalg lægger således i dette notat op til en rammeaftale på området. Fagligt Udvalg finder, at alment praktiserende læger bør indgå i dette arbejde i den udstrækning det aftales lokalt og regionalt.

## **Rammeaftale for hjemmebesøg efter udskrivelse fra sygehus**

### **Formål**

Formålet med et koordinerende hjemmebesøg er koordination og forankring af det fortsatte behandlingsansvar efter udskrivelse fra sygehusindlæggelse. Dette skal reducere risikoen for genindlæggelser og bedre den medicinske behandling samt øge den sociale indsats. Det er formålet at sikre en teamfunktion omkring patienter netop udskrevet fra sygehus.

### **Målgruppe**

Ydelsen kan gives til netop udskrevne patienter, der har været indlagt på sygehus. Ydelsen skal foretages i samarbejde med primærsygeplejen. Den mere specifikke afgrænsning af målgruppen afklares regionalt og skal basere sig på følgende forhold, idet disse har betydning for omfanget af indsatsen både i forhold til lægernes arbejde og økonomien (se bilag med økonomisk beregning).

*Udskrivende speciale:* I en opstartsfasen anbefales det at fokusere på patienter udskrevet fra intern medicin/geriatri. På længere sigt kan udskrivelser fra neurologi og kirurgi inddrages. Samlet set vil internmedicinske udskrivelser stå for omkring 40-50 % af udskrivelserne.

*Aldersgruppe:* Hvis man kan sikre resurser kan det anbefales at inkludere alle fra 60 år, idet behovet for koordineret indsats er lav ved lavere alder. Hæves aldersgrænsen til 75 år vil det betyde et fald på ca. 1/3 i behovet for ydelser.

*Patientgruppe for en fokuseret indsats:* Glostrupprojektet inkluderede alle udskrevne patienter, men projektet anbefaler efterfølgende, at man fokuserer indsatsen på de mest relevante. Det vil skønsmæssigt betyde, at ca. 40% skal inkluderes. Det gør indsatsen væsentlig mere meningsfuld for lægen og hjemmesygeplejen. Iht. projektets anbefalinger foreslås følgende kriterier for en fokuseret indsats:



- Helbredsmæssige forhold
  - Patienter med nedsat funktion eller helbredsstatus i forhold til perioden for indlæggelsen
  - Kronisk og alvorligt syge
  - 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

*Frekvens af koordinerende besøg:* Det anbefales at man, som hovedregel begrænser antallet af koordinerende hjemmebesøg efter udskrivelse til én gang per år per patient.

### **Organisering af indsatsen**

Den overordnede organisering skal fastlægges regionalt/lokalt. Det skal aftales præcist hvem der identificerer relevante patienter, kommunikationsveje, forberedelser, notater etc. Dertil skal indsatsen tilrettes de lokale rutiner, kompetencer og resurser. Om det er en klynge af kommuner, en enkelt kommune eller en hel region afhænger af den gældende organisation og infrastruktur.

*Identifikation af relevante patienter:* Baseret på de lokalt aftalte kriterier for hvilke patienter, der inkluderes, skal det aftales hvem der har ansvar for at aktivere det koordinerende hjemmebesøg efter udskrivelse. Det kan være den udskrivende afdeling, hjemmeplejen eller den alment praktiserende læge. Konkret er det grundlæggende for indsatsens succes, at det klart aftales hvordan ydelsen iværksættes. Det bør være nedskrevet i et lokalt forløbsprogram for indsatsen.

En mulighed er iværksættelse ved den udskrivende afdeling, som efterfølgende via koordinerende/visiterende primærsygeplejerske, sikrer besked til den praktiserende læge og udførende hjemmeplejerske..

*Kommunikation:* Ved indledning af ydelsen skal udskrivende afdeling sende epikrise til egen læge/primærplejerske, som skal foreligge i god tid inden påtænkt koordinerende besøg. Epikrisen bør rumme fremadrettet plan for opfølgning efter udskrivning. Efter det koordinerende besøg skal lægen udforme et notat, der indeholder opdateret brug af lægemidler, diagnoser, plan for behandling og evt. observationer, genoptræning og særlige behov. Notatet sendes via Edifact til primærplejerske.

### **Ydelsens indhold**

Ydelsen indeholder obligatorisk et 1. fælles koordinerende besøg i hjemmet ca. 1 uge efter udskrivelse. Deltagerne er den alment praktiserende læge, primærplejerske og evt. andre relevante personer, der inddrages i personens pleje, behandling og genoptræning (fx social- og sundhedsassistent, praksispersonale, fysioterapeut, ergoterapeuter, pårørende). Indholdet af første besøg fremgår af tabellen herunder.

Indhold i 1. opfølgende hjemmebesøg efter udskrivning
1. Klinisk/paraklinisk gennemgang og opfølgning
2. Medicingennemgang og gennemgang af "medicinskabet" (se besøgsguide til opsøgende hjemmebesøg)
3. Overordnet vurdering af funktionsevne (se besøgsguide til opsøgende hjemmebesøg)
4. Vurdering af behov for kommunale foranstaltninger
5. Plan og aftale om opfølgning - hvem gør hvad?

Det anbefales at sikre en opfølgning 3 og 8 uger efter udskrivelsen. Baseret på en behovsafklaring deltag den praktiserende læge, lægens personale og/eller hjemmeplejen. Ved første besøg aftales hvem, som står for disse kontakter. Denne kan enten foregå i patientens hjem eller som konsultation.

Ved disse efterfølgende kontakter bør brugen af lægemidler opdateres.

#### *Afgrænsning*

Den relevante patientgruppe skal være aftalt regionalt/lokalt i en aftale mellem involverede parter. Denne lokale aftale afgrænser patientgruppen. Besøget skal være aftalt med patienten på forhånd. Besøget skal inddrage primærsygeplejen.

Tillægsydelser og laboratorieundersøgelser udført i forbindelse med besøget honoreres i henhold til landsoverenskomsten. Der kan ikke afregnes for alm. sygebesøg samtidig med det første opfølgende besøg.

I den udstrækning patientens behov ved aktuelle ydelse falder ind under andre dele af Landoverenskomsten bortfalder muligheden for at tage honorar for koordinerende besøg efter udskrivelse.

#### *Honorering*

Det er udelukkende første besøg der honoreres efter nærværende aftale. Efterfølgende kontakter honoreres efter landsoverenskomstens almindelige takster for besøg og konsultation.

Der opnås ikke mulighed for vagttillæg.

Det koordinerende besøg honoreres med:

01xx	Opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse	yyy
34xx	Tidsforbrug ved transport til mødested	
9001/9002	Kørselsgodtgørelse	-

Honoraret omfatter planlægning af besøget sammen med primærsygeplejen samt udfærdigelse af struktureret notat og fremsendelse til primærsygeplejen efter besøget.

#### *Struktureret notat*

Det forventes at der efter et besøg udfærdiges et struktureret notat af den praktiserende læge. Notatet fremsendes per Edifact til primærsygeplejen. Notatet bør indeholde:

- Opdateret medicin liste inkl. planlagte ændringer
- Diagnoser (såvel kroniske som akutte)
- Kortfattet vejledning om evt. særlige observationer.
- Plan og aftaler, herunder hvem, der følger op efter 3 og 8 uger.

**Informations- og kommunikationsteknologi**

Der er behov for let kommunikation i forbindelse med at skulle aftale og forberede det konkrete besøg samt udveksling af notater/medicin lister efterfølgende.

Implementering i kommunerne af MEDCOM standard for kommunikation med de praktiserende læger forudsættes, som en vigtig forudsætning for at ordningen kan sikres. Tilrettelæggelse og dialog om behov for besøg, forudsætter let kommunikation, som er løftet fri af diverse tlf. tider.

En væsentlig fordel for alle parter er at kommunikation ved anvendelse af elektronisk, standardiseret kommunikation sikrer løbende journalføring og dokumentation.

## **BILAG**

### **Opfølgende hjemmebesøg**

**Estimat over dimensionering mv.**

**Peter Vedsted, Helle Neel Jakobsen, Lars Rytter**

**Udredning for  
Fagligt Udvalg vedr. Almen Praksis  
Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings- og Takstnævn  
September 2008, version 3**

## Baggrund

Man har i flere år arbejdet med at finde forskellige løsninger i forhold til primær indsats overfor nyudskrevne patienter. Dette for at sikre en indsats i forhold til patientens behov i eget hjem, og at iværksat behandling effektueres og følges op. Formålet er at sikre sammenhængende forløb, øge behandlingens kvalitet og effekt, at øge patienternes livskvalitet samt forebygge genindlæggelser.

En undersøgelse af nyudskrevne patienter på 78 år og derover fra medicinsk/geriatrik afdeling i Glostrup Kommune (Glostrupprojektet) viste en effekt på flere af disse forhold samt en mulig økonomisk gevinst. Projektet benyttede en intervention, hvor egen læge og primærsygeplejen blev inddraget aktivt i forbindelse med udskrivelsen af en patient. Det skete inden for en uge efter udskrivelsen og ved opfølgende besøg tre og otte uger efter. Fagligt Udvalg ønsker derfor at se på mulighederne og konsekvenserne af at implementere dette i almen praksis og det kommunale sundhedsvæsen.

Formålet med denne udredning er at anskueliggøre, hvad det vil betyde for almen praksis arbejdsbelastning samt mulige økonomiske besparelser, hvis man indfører en afpasset ordning med opfølgende besøg ved nyudskrevne patienter.

## Relevanskriterier

Det er ikke relevant at gennemføre opfølgende besøg efter alle udskrivninger. I denne beregning tages udgangspunkt i tal fra rapport om opfølgende hjemmebesøg (OpBS projektet)(1). Følgende tabel er hentet fra rapporten, Tabel 6.3 side 124 (elektronisk version).

**Tabel 1. Vurdering af relevans af besøg ved hver udført opfølgning**

	1. opfølgning (1. uge)		2. opfølgning (3. uge)		3. opfølgning (8. uge)			
	Sygeplejerske		Læge		Læge		Læge	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Uoplyst	17	.	15	.	6	.	11	.
Meget	42	38%	55	39%	38	31%	23	21%
Moderat	49	44%	55	39%	52	42%	43	40%
Ring	13	12%	23	16%	28	23%	32	30%
Slet ikke	7	6%	7	5%	5	4%	10	9%

Læger og sygeplejersker finder 38 % af første besøg meget relevant og 41 % moderat relevant. I denne analyse vælger vi at antage, at antallet af besøg udelukkende relateres til de, der vurderes som meget relevante og at "moderat relevante" patienter kan afklares ved forudgående dialog. Det antages her, at en vurdering af relevans før et besøg foretages vil være sammenlignelig med relevansvurderingen på besøget.

Det anbefales i Glostrupprojektets rapport at inkludere demente, terminale og personer med sprogproblemer, samt at overveje relevansen for patienter indlagt < 2 dage, der alle var ekskluderet fra projektet. I Glostrupprojektet indgik kun patienter med indlæggelser af over 48 timers varighed. Gruppen af demente, terminale og personer med sprogproblemer må antages at have et behov over gennemsnittet for opfølgning, medens gruppen, som er indlagt <2 dage antages at være relativt "let" med nedsat behov for opfølgning. Vi sætter i denne udredning en aldersgrænse mellem ældre og gamle til 75 år. I Glostrupprojektet var det udelukkende patienter på 78 år og derover der blev inkluderet.

Med baggrund i disse overvejelser vil vi tage udgangspunkt i Glostrupprojektets frekvens af "Meget relevant", altså at for 40 % vil opfølgning for 75+ -årige være relevant. Det vil sige, at vi generelt tager færre med blandt de moderat relevante, men derimod tager samtlige indlæggelser med uanset varighed (også de under 48 timer).

Selve Glostrupprojektet kunne ikke på objektive kriterier fastsætte kriterier for at udvælge præcis de patienter, som ville have gavn af et besøg, bl.a. fordi flere tunge grupper ikke var inkluderet. Der bør derfor udvikles egentlige indikationer for at benytte et opfølgende besøg baseret på kliniske faktorer af høj prædiktiv værdi.

#### Faktiske antal besøg per læge

I Glostrupprojektet skulle en fuldtidspraktiserende læge gennemsnitligt aflægge besøg hos 4-5 patienter per år ved fuld inklusion af alle 78+ -årige i målgruppen, ligesom den praktiserende læge var til stede ved alle follow-up kontakter (i alt omkring 12-15 besøg). Dette var fastlagt i protokol, og i Tabel 1 ses, at relevansen af dette faldt for både andet og tredje opfølgende besøg.

#### Estimering af behov for besøg

Følgende beregninger foretages for at ekstrapolere data fra det randomiserede studie til nationale forhold. Glostrupprojektets inkluderede patienter antages, hvad angår behov for intervention og sociodemografiske forhold, at svare til landsgennemsnittet, dog med øget hyppighed af patienter med anden etnisk herkomst.

Der laves en opdeling i aldersstrata og samtidig indsamles data for forskellige hospitalsspecialer, man i en opstartsfasen må forvente skal "levere" patienter til opfølgende hjemmebesøg. Indlæggelser til disse specialer omfatter 65 % af alle indlæggelser. I Glostrupundersøgelsen var udelukkende medicin/geriatri med.

Tabel 2 viser tal for udskrivelser (indlagte patienter) i 2007 i hele landet totalt og for de udvalgte hospitalsspecialer. Der er ikke skelnet mellem kvinder og mænd i denne opgørelse.

**Tabel 2. Grunddata for indlæggelser i forskellige aldersgrupper.**

		Alder					
		60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
Totalt	Population per 1.1.08	362.167	254.765	198.552	156.917	118.656	105.855
	Udskrivelser totalt	80.855	87.793	83.989	85.581	86.309	149.448
	Personer udskrevet	42.851	39.727	39.353	39.897	36.346	36.700
	Sengedage totalt	371.815	438.767	450.537	506.236	547.711	1.055.148
	Andel indlagt	11,8 %	15,6 %	19,8 %	25,4 %	30,6 %	34,7 %
	Udskrivelser/ indlagt	1,9	2,2	2,1	2,1	2,4	4,1
	Sengedage/udskrivelse	4,6	5,0	5,4	5,9	6,3	7,1
Medicin <sup>1</sup>	Sengedage/indlagt	8,7	11,0	11,4	12,7	15,1	28,8
	Antal udskrivelser	27.321	32.387	33.206	36.942	38.370	64.858
	Antal sengedage	115.687	150.281	167.649	204.925	229.944	431.705
	Andel af alle udskrivelser	33,8 %	36,9 %	39,5 %	43,2 %	44,5 %	43,4 %
Neurologi <sup>2</sup>	Sengedage/udskrivning	4,2	4,6	5,0	5,5	6,0	6,7
	Antal udskrivelser	3356	3403	3043	2628	2491	3450
	Antal sengedage	19.533	21.242	17.396	14.287	12.595	18.636
	Andel af alle udskrivelser	4,2 %	3,9 %	3,6 %	3,1 %	2,9 %	2,3 %
Ortopædkirurgi <sup>3</sup>	Sengedage/udskrivning	5,8	6,2	5,7	5,4	5,1	5,4
	Antal udskrivelser	9364	9652	8953	8691	8727	16.802
	Antal sengedage	44.419	50.111	52.606	56.632	66.986	150.538
	Andel af alle udskrivelser	11,6 %	11,0 %	10,7 %	10,2 %	10,1 %	11,2 %
Organkirurgi <sup>4</sup>	Sengedage/udskrivning	4,7	5,2	5,9	6,5	7,7	9,0
	Antal udskrivelser	9701	11.523	10.902	10.336	8800	10.157
	Antal sengedage	43.498	56.107	58.729	62.302	53.751	70.790
	Andel af alle udskrivelser	12,0 %	13,1 %	13,0 %	12,1 %	10,2 %	6,8 %
	Sengedage/udskrivning	4,5	4,9	5,4	6,0	6,1	7,0

1: Infektionssygdomme og parasitære sygdomme, Endokrine sygdomme, ernærings sygdomme og stofskiftesygdomme, Sygdomme i blod og bloddannende organer, Sygdomme i kredsløbsorganer, Sygdomme i åndedrætsorganer, Sygdomme i urin- og kønsorganer.  
 2: Sygdomme i nervesystem og sansorganer  
 3: Sygdomme i knogler, bevægesystem og bindevæv, Traumer, forgiftninger, anden voldelig legemsbeskadigelse, Leddegigt og beslægtede sygdomme, Slidgigt og beslægtede tilstande, Ledbetændelse, anden form for gigt i led og muskler, Knoglemarvsbetændelse og andre knoglesygdomme, Sygdomme i brusk mellem ryghvirvler, diskusprolaps og rygsmerter, Andre sygdomme i knogler, bevægesystem og bindevæv, Kraniebrud, brud af rygsøjle og kroppens knogler, Knoglebrud af overekstremitet, Brud af lårbenshals, Brud af ankel, Andet knoglebrud af underekstremitet, Ledskred, forvridning og overrivning af ledbånd, Hjernerystelse.  
 4. Ondartede svulster, Sygdomme i fordøjelsesorganer, Sygdomme i urin- og kønsorganer, Ondartet svulst i mavesæk, Ondartet svulst i tyndtarm, tyktarm, ekskl. endetarm, Ondartet svulst i endetarm, Ondartet svulst i bugspytkirtel, Ondartet svulst i andre fordøjelsesorganer og bughinde, Ondartet svulst i lufrør, bronchie og lunge, Ondartet svulst i brystkirtel, Ondartet svulst i mandlige kønsorganer, Ondartet svulst i urinorganer, Blindtarmsbetændelse, Bugbrok, Tarmslyng uden oplysning om brok, Galdesten, galdeblære- og galdegangsbetændelse, Sten i nyrer og andre dele af urinorganer, Forstørret blærehalskirtel, Fremfald og forkert lejrning af livmoder.

For beregninger på nationalt plan med hensyn til, hvor mange opfølgende hjemmebesøg efter indlæggelse, der kan blive tale om, gøres følgende antagelser og forudsætninger:

- For ældre på 75 år og derover er det op til 40 % af medicinske udskrivelser, der er kandidater til opfølgende besøg (relevanskriterium) jf. ovenfor.
- Relevansen for at foretage opfølgende hjemmebesøg falder for yngre aldersgrupper (se relevans i tabel 3) til 15 %, 20 % og 25 % af udskrivelserne for hhv. 60-65, 65-70 og 70-75-årige.
- Relevanskriteriet for kirurgiske specialer sættes til det samme som for medicinske pga. multimorbiditet (se tabel 3), og fortsat lavere for de yngre patienter med mindre multimorbiditet.
- I beregningen af genindlæggelser for en person, er der benyttet samme rate for alle specialer.

Der laves tre scenarier:

1. Alle relevante udskrivelser fører til opfølgende besøg (samme andel for genindlæggelser). Dette scenarium er en udvidelse af indsatsen i forhold til Glostrupprojektet, idet man her ikke inddrog genindlæggelser.
2. Lavere brug af besøg ved genindlæggelser: Relevante opfølgende besøg gøres én gang efter første indlæggelse for personer, der er indlagt én gang på et år (som for scenarie 1). Ved genindlæggelser og for personer med flere udskrivelser (disse sidestilles i denne analyse) om året antages det, at der benyttes opfølgende besøg i 20 % af genindlæggelser hos 75+-årige og 10 % af patienter under 75 år. Det sker ud fra antagelsen, at fælles besøg efter forrige indlæggelse har sikret et gensidigt kendskab til hinanden (læge og hjemmepleje) samt patienten, hvilket i større grad vil gøre det muligt at afklare fællesopgaver pr. tlf. Dette er således en mindre udvidelse i forhold til Glostrupprojektet.
3. Kun første/én indlæggelse inden for et år fører til opfølgende besøg og lægen deltager kun i første besøg i et forløb (altså kun et besøg per patient per år). Besøgsvarende kan udnyttes én gang årligt per patient svarende til den nuværende 2305 i LOK. Dette scenarium svarer til omfanget i Glostrupprojektet hvor en patient kun kunne inkluderes én gang. Der er i dette scenarium dog ingen opfølgning på første besøg (2. og 3. besøg som i Glostrupprojektet).

Det ses af Tabel 3, at for scenarium 1 vil der kunne forventes op til 121.424 relevante forløb, for scenarium 2, hvor ikke alle genindlæggelser fik et besøg kan man forvente 58.606 relevante forløb og i scenarium 3 47.420 forløb.

**Table 3. De tre scenarier med beregning af antal relevante forløb**

		Alder						Totalt
		60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	
Medicin	Antal udskrivninger	27.321	32.387	33.206	36.942	38.370	64.858	
	Relevanskriterium	15,0 %	25,0 %	30,0 %	40,0 %	40,0 %	40,0 %	
	Relevante forløb, scenarie 1	4.098	8.097	9.962	14.777	15.348	25.943	<b>78.225</b>
	Relevante forløb, scenarie 2	2.351	4.122	5.266	8.585	8.186	9.605	<b>38.113</b>
	Relevante forløb, scenarie 3	2.172	3.664	4.668	6.889	6.463	6.371	<b>30.226</b>
Neurologi	Antal udskrivninger	3.356	3.403	3.043	2.628	2.491	3.450	
	Relevanskriterium	15,0 %	25,0 %	30,0 %	40,0 %	40,0 %	40,0 %	
	Relevante forløb, scenarie 1	503	851	913	1.051	996	1.380	<b>5.695</b>
	Relevante forløb, scenarie 2	289	433	483	611	531	511	<b>2.857</b>
	Relevante forløb, scenarie 3	267	385	428	490	420	339	<b>2.328</b>
Ortopædkirurgi	Antal udskrivninger	9.364	9.652	8.953	8.691	8.727	16.802	
	Relevanskriterium	10,0 %	20,0 %	30,0 %	40,0 %	40,0 %	40,0 %	
	Relevante forløb, scenarie 1	936	1.930	2.686	3.476	3.491	6.721	<b>19.241</b>
	Relevante forløb, scenarie 2	537	983	1.420	1.838	1.658	1.959	<b>8.394</b>
	Relevante forløb, scenarie 3	496	874	1.258	1.621	1.470	1.650	<b>7.369</b>
Organkirurgi	Antal udskrivninger	9.701	11.523	10.902	10.336	8.800	10.157	
	Relevanskriterium	10,0 %	20,0 %	30,0 %	40,0 %	40,0 %	40,0 %	
	Relevante forløb, scenarie 1	970	2.305	3.271	4.134	3.520	4.063	<b>18.263</b>
	Relevante forløb, scenarie 2	557	1.173	1.729	2.402	1.877	1.504	<b>9.242</b>
	Relevante forløb, scenarie 3	514	1.043	1.532	1.927	1.482	998	<b>7.497</b>
Totalt*	Relevante forløb, scenarie 1	6.507	13.183	16.832	23.438	23.355	38.107	<b>121.424</b>
	Relevante forløb, scenarie 2	3.734	6.711	8.898	13.436	12.252	13.579	<b>58.606</b>
	Relevante forløb, scenarie 3	3.449	5.965	7.887	10.927	9.835	9.358	<b>47.420</b>

\* Man skal være opmærksom på, at der i beregningen af total ikke kan tages højde for at nogle patienter indlægges i forskellige specialer hvilket således ville være genindlæggelser. For scenarium 3 vil det betyde, at vi med disse beregninger overestimerer antallet af forløb.

#### Antal besøg for læger

I Tabel 4 er de tre scenarier beregnet i forhold til antal læger (3500) for hvert hospitalsspecial og totalt og med aldersgrupperne aggregeret (60-74 og 75+ år).

*Alle valgte specialer og for 60+ årige:* Det ses af Tabel 4, at hvis man inkluderer alle de valgte specialer og aldersgrupper vil en praktiserende læge med scenarie 1 gennemsnitligt skulle deltage i 35 forløb årligt eller 0,74 forløb per uge. Med scenarium 2 skal en læge skulle deltage i 17 forløb årligt eller 0,36 forløb per uge. I scenarium 3 med kun et besøg per person per år skal lægen deltage 14 forløb om året.

*Intern medicin og for 60+ årige:* Det ses af Tabel 4, at hvis man begrænser interventionen til intern medicin herunder geriatri vil en alment praktiserende læge med scenarium 1 skulle deltage i 22 forløb årligt, i scenarium 2 i 11 og i scenarium 3 i 9 forløb årligt.

*Intern medicin og 75+ -årige:* Det ses af Tabel 4, at hvis man begrænser interventionen til intern medicin herunder geriatri og til kun at omfatte 75+-årige vil en alment praktiserende læge med scenarie 1 skulle deltage i 16 forløb årligt, i scenarium 2 i 8 årlige forløb og i scenarium 3 i 6 forløb årligt.



*Konklusion:* Aktiviteten er afhængig af afgrænsning af målgruppen (speciale og aldersgruppe) og et skøn over hvor ofte, det er "relevant" lægen deltager i forbindelse med genindlæggelser. Dertil selvfølgelig de generelle relevansskøn, som vi har foretaget.

**Tabel 4. De tre scenarier med beregning af antal relevante forløb per læge per år og per uge**

		60-74			75+			Totalt		
Scenarium		1	2	3	1	2	3	1	2	3
Medicin	Relevante forløb	22.157	11.739	10.503	56.068	26.376	19.723	78.225	38.113	<b>30.226</b>
	Forløb/læge/år	6,33	3,35	3,00	16,02	7,54	5,64	22,35	10,89	8,64
	Forløb/læge/uge	0,13	0,07	0,06	0,34	0,16	0,12	0,48	0,23	0,18
Neurologi	Relevante forløb	2.267	1.205	1.079	3.427	1.653	1.249	5.695	2.857	<b>2.328</b>
	Forløb/læge/år	0,65	0,34	0,31	0,98	0,47	0,36	1,63	0,82	0,67
	Forløb/læge/uge	0,01	0,01	0,01	0,02	0,01	0,01	0,03	0,02	0,01
Ortopæd-kirurgi	Relevante forløb	5.552	2.940	2.628	13.688	5.455	4.741	19.241	8.394	<b>7.369</b>
	Forløb/læge/år	1,59	0,84	0,75	3,91	1,56	1,35	5,50	2,40	2,11
	Forløb/læge/uge	0,03	0,02	0,02	0,08	0,03	0,03	0,12	0,05	0,04
Organ-kirurgi	Relevante forløb	6.546	3.459	3.089	11.717	5.783	4.407	18.263	9.242	<b>7.497</b>
	Forløb/læge/år	1,87	0,99	0,88	3,35	1,65	1,26	5,22	2,64	2,14
	Forløb/læge/uge	0,04	0,02	0,02	0,07	0,04	0,03	0,11	0,06	0,05
<b>Total</b>	<b>Relevante forløb</b>	<b>36.522</b>	<b>19.343</b>	<b>17.301</b>	<b>84.900</b>	<b>39.267</b>	<b>30.120</b>	<b>121.424</b>	<b>58.606</b>	<b>47.421</b>
	<b>Forløb/læge/år</b>	<b>10,43</b>	<b>5,53</b>	<b>4,94</b>	<b>24,26</b>	<b>11,22</b>	<b>8,61</b>	<b>34,69</b>	<b>16,74</b>	<b>13,55</b>
	<b>Forløb/læge/uge</b>	<b>0,22</b>	<b>0,12</b>	<b>0,11</b>	<b>0,52</b>	<b>0,24</b>	<b>0,18</b>	<b>0,74</b>	<b>0,36</b>	<b>0,29</b>

#### Arbejdsbelastning i praksis

*Lægens brug af besøg ved deltagelse i forløb:* For den enkelte praktiserende læge vil antallet af forløb afhænge af praksisstørrelse, patienternes alderssammensætning og sygelighed. Fx er den gennemsnitlige andel af 60-69-årige og 70+-årige i en praksis hhv. 11 % og 11 %, men med yderpunkter mellem hhv. 0,1-35 % og 0,6-36 %. Det er derfor tydeligt, at nogle læger vil have en del flere forløb end andre.

For at se på antallet af besøg i forbindelse med forløb har vi jf. de nedenfor angivne forudsætninger hvor der er 50 % lægedeltagelse ved opfølgende besøg, beregnet det gennemsnitligt antal af besøg, den enkelte læge skal foretage i hvert scenarium (scenarium 1 og 2: 2 besøg per forløb, scenarium 3: 1 besøg per forløb).

En læge vil årligt skulle foretage 70 (35\*2) besøg ved implementering af scenarium 1, 34 (17\*2) besøg årligt ved scenarie 2 og 14 besøg ved scenarium 3. I Glostrupprojektet havde lægerne 12-15 besøg årligt.

#### Mulige besparelser

Det skal anføres, at i MTV-rapporten for Glostrupprojektet (Tabel 7.13, side 149) var udgifter til almen praksis for deltagelse i et forløb beregnet til 6.971 for interventionspatienter og 4.809 for kontrolpatienter. Altså en ekstra udgift på 2.162 kr

Det ligger uden for denne udrednings formål at komme med præcise sundhedsøkonomiske beregninger på konsekvensen af at implementere opfølgende besøg efter indlæggelse. Det kræver et større arbejde og tal for hvordan disse forskellige modeller vil virke og have effekt. Vigtigst er dog, at vi pga. de antagelser, vi har foretaget i forhold til relevans af opfølgende besøg og deltagelse i opfølgning af forløb, ikke kan estimere den præcise mulige nedgang i udgifter, som blev vist i MTV-rapporten. Vi ved ikke, om den indsats vi lægger

op til i scenarierne vil have en effekt på størrelse med den oprindeligt fundne. En endelig sundhedsøkonomisk analyse må bero på fornyede tal om effekten af en konkret implementering.

Vi vil dog her komme med nogle overordnede betragtninger i forhold til de besparelser, der blev fundet i MTV-rapporten. I rapportens afsnit om økonomiske konsekvenser angives en samlet nettoudgift (besparelse) på -5.008 kr. med 95%-sikkerhedsinterval på -17.459-6.849. I beregningen indgår samtlige interventionskostninger i kommunerne, på hospitalerne og tilskud givet af regionen til ydelser og medicin i praksissektoren. For de afledte omkostninger indgår hospitalsbehandling og tilskud fra regionen, mens de afledte kommunale ydelser ikke kunne opgøres.

### **Samlet konklusion**

I denne udredning har vi beskrevet tre scenarier, hvor vi under forskellige forudsætninger afprøvede konsekvenserne af at indføre opfølgende besøg efter udskrivelse fra sygehus. De tre scenarier repræsenterer forskellige grader af intensitet i brugen af besøg og forskellige grader af opfølgning i hvert forløb. De tre scenarier er derfor udtryk for sensitivitsberegninger.

Samtidig laver vi nogle forudsætninger og flere antagelser, hvilket betyder at resultaterne af vores beregninger selvfølgelig vil kunne ændre sig, hvis disse antagelser viser sig at skulle ændres.

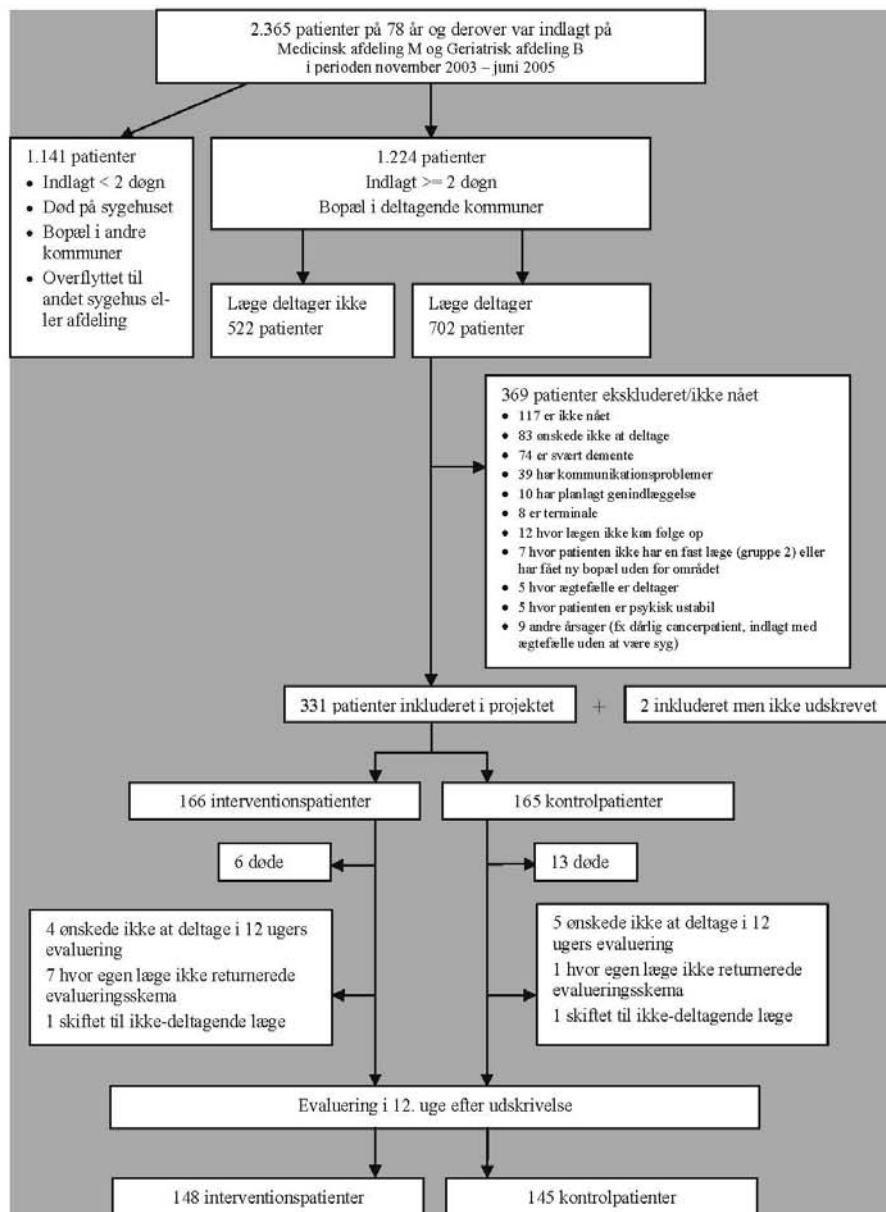
I en opdeling af medicinske specialer og aldersgrupper var det endvidere muligt at se estimater for forskellige grupper af patienter. Den mulige største besparelse blev fundet for patienter på 75 år og derover i det medicinske speciale.

I det scenarium, hvor der sker den mest omfattende opfølgning på udskrivelser vil man kunne se en årlig arbejdsbyrde for almen praksis på gennemsnitligt 70 besøg årligt, hvorimod det scenarium med mindst opfølgning ville betyde i gennemsnit 14 besøg årligt per læge.

Under de givne forudsætninger og herunder især, at der vil være en ens besparelse for alle forløb i alle scenarier ville det mest intensive scenarium kunne give op til 400 mio. i besparelse og det mindst intensive en besparelse på næsten 200 mio. Det mest intensive scenarium var i øvrigt det mest usikre i fald interventionen ikke havde den forventede effekt ved genindlæggelser.

Vi fandt, at den relativt største besparelse i forhold til arbejdsindsatsen kunne ses i scenarium 3.

Baseret på disse beregninger må det anbefales, at en indførelse af opfølgende besøg efter indlæggelse baseres på en hel eller delvis implementering af scenarium 3. Samtidig skal det anbefales, at der udarbejdes kriterier for, hvilke patienter, der bør tilbydes denne ydelse (relevans). Endelig skal en implementering følges af en evaluering af, hvorvidt man opnår den ønskede effekt og om organisationen kan håndtere dette.



Figur 1. Flowchart for den grundlæggende randomiserede undersøgelse

#### Litteratur

1. Jakobsen HN, Rytter L, Rønholt F et al. Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivning fra sygehus - en medicinsk teknologi vurdering. København: Sundhedsstyrelsen, Enhed for Medicinsk Teknologivurdering, 2007. Medicinsk Teknologivurdering - puljeprojekter 2007; 7(4).



## Bilag 3: Operationalisering af de fleksible kriterier (Vestklyngen)

### 1.15 Opfølgende hjemmebesøg

#### Formål

Formålene med opfølgende hjemmebesøg er at:

- forebygge genindlæggelser ved at sikre og/eller optimere den planlagte behandling, medicinering og pleje efter udskrivning af ældre, skrøbelige medicinske patienter.
- implementere en evidensbaseret intervention (opfølgende hjemmebesøg efter Glostrup modellen) og samtidig afprøve, om Vestklyngen kan opnå tilsvarende effekter med interventionen. (Ref.1)
- opbygge nye, strukturerede, holdbare samarbejdsformer mellem sundhedsvæsnets aktører til gavn for den nyudskrevne, ældre, skrøbelige patient.
- synliggøre hjemmesygeplejerskernes og de praktiserende lægers forebyggende og sundhedsfremmende arbejde via strukturerede arbejdsformer og dokumentation.
- det samlede tilbud til ældre, skrøbelige patienter bliver mere omkostningseffektivt på samfundsniveau.

#### Målgruppe

Sygeplejefagligt personale på medicinsk afdeling, Hospitalsenheden Vest.

#### Definitioner af begreber

Opfølgende hjemmebesøg består af tre kontakter:

1. Første kontakt foregår en uge efter udskrivelsen. Hjemmebesøg skal foregå i patientens eget hjem og foretages af praktiserende læge og hjemmesygeplejerske.
2. Anden kontakt er 3 uger efter udskrivning.
3. Tredje kontakt er 8 uger efter udskrivning.

Hjemmebesøg ved anden og tredje kontakt kan foregå i patientens eget hjem med deltagelse af praktiserende læge og hjemmesygeplejerske, eller besøgene kan foregå i lægens konsultation.

Ved de opfølgende hjemmebesøg vurderes og sikres en opfølgning på patientens behov for støtte i hverdagen ved udskrivning til eget hjem/plejebolig eller plejehjem. Desuden foretages en opfølgning på indsatser beskrevet i epikrisen.

#### Fremgangsmåde

Hvis hospitalet har et medicinsk dagafsnit, skal patienten først vurderes ved udskrivelse fra dagafsnittet og ikke fra det stationære sengeafsnit.

**Inklusionskriterier:** Patienterne er inkluderet, når alle objektive kriterier og mindst 2 af de fleksible kriterier er opfyldt.

#### Objektive kriterier

- Udskrivelse fra medicinsk afdeling i Hospitalsenheden Vest.
- Alder: 78 år eller derover.
- Bopæl i kommunerne Herning, Holstebro, Ikast-Brande, Lemvig, Ringkøbing-Skjern eller Struer.
- Patienten må ikke have en terminal erklæring.

#### Fleksible kriterier

Det er nødvendigt, at sygeplejepersonalet på hospitalet er meget opmærksomme på udvælgelsen, så indsatsen kun målrettes til de patienter, som vil få gavn af opfølgende hjemmebesøg. Baggrunden er, at praktiserende læger og hjemmesygeplejersker ikke skal tage ud til patienter, der ikke har behov for opfølgende hjemmebesøg.

Behov for opfølgende hjemmebesøg beror på en helhedsvurdering af patienten.

Patienten skal derfor opfylde mindst 2 af de fleksible kriterier fordelt indenfor helbred, sociale kriterier og/eller organisation (se kriterier nedenfor).

*Fleksible kriterier:*

#### Helbred

- Funktionstab af betydning for patienten i forhold til habituel
- Kognitive problemer

- Kronisk og alvorlig syge
- Flere sygdomme
- Polyfarmaci ved 6 eller flere præparater og/eller væsentlige medicinændringer
- Konstateret eller mistanke om demens

#### **Sociale Kriterier**

- Patienter som har svært ved at overskue eller koordinere sin tilværelse
- Patienter med spinkelt eller intet netværk
- Nyligt enlige
- Belastninger i det nære sociale netværk

#### **Organisation**

- Mindst én indlæggelse indenfor det sidste år forud for aktuel indlæggelse
- Mange aftaler der skal koordineres

#### **Patienter, der opfylder de objektive kriterier og mindst 2 af de fleksible kriterier (dvs. patienter der inkluderes)**

- Visitationerne i kommunerne afgør, hvem der får opfølgende hjemmebesøg ud fra, hvad der er praktisk muligt i kommunen.
- Alle patienter skal informeres om, at de muligvis vil få tilbudt opfølgende hjemmebesøg.
- Udfyld Besøgsskema til opfølgende hjemmebesøg.
- Skemaet faxes til Visitationsenheden i kommunen senest 8 arbejdstimer efter udskrivning. Se faxnumre til kommunerne under afsnit 8: "Kontakt til kommunerne - oversigt".
- Besøgsskema lægges i journalen. Se lokal instruks i mappen for "Opfølgende hjemmebesøg".
- Kopi af besøgsskema sættes i mappen "Opfølgende Hjemmebesøg" under fanebladet "KOPI: besøgsskema for inkluderede patienter, der er udskrevet til eget hjem/ plejebolig eller plejehjem".

#### **Patienter, der opfylder de objektive kriterier men IKKE de fleksible kriterier (dvs. patienter, der ikke inkluderes)**

- Sæt patientens label på besøgsskema.
- Sæt kryds i besøgsskemaet ved: "Patienten er ikke udvalgt til opfølgende hjemmebesøg".
- Sæt besøgsskemaet i mappen "Opfølgende hjemmebesøg" under fanebladet: "Besøgsskema for patienter, der ikke er inkluderet".

#### **Udskrivning**

- De normale procedurer for udskrivning skal følges. Vær især opmærksom på, at afslutningskoden er korrekt.
- Registrering skal foretages tidstro.

#### **Dokumentation**

Se under fremgangsmåde.

#### **Ansvar**

Sygeplejefagligt personale på medicinsk afdeling skal udføre de opgaver der er nævnt under fremgangsmåde.

#### **Referencer**

1) Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus - en medicinsk teknologivurdering, Sundhedsstyrelsen 2007.

# Bilag 4: Ålborg Kommunes metode til patientidentifikation

## Notat



<b>Til</b>	Implementeringsrapport vedr. status på projekt opfølgende hjemmebesøg udarbejdet af Dansk Sundhedsinstitut.	30-09-2009
<b>Kopi til</b>	Kristian Cronvald, Hanne Lily Ditlevsen, Ove Grann og Niels Rygaard	Sagsnr.: 2009-19431 Dok.nr.: 2009-271210
<b>Fra</b>	Lars Lund	

### Anvendelse af MedComs udskrivningsadvis i forbindelse med opfølgende hjemmebesøg i Aalborg Kommune.

Siden 2004 har Aalborg Kommune anvendt elektronisk kommunikation mellem sygehus/kommune/praktiserende læger. Med afsæt i standarder fra MedCom benyttes advis og korrespondancemeddelelser til at sende sundhedsfaglig information mellem sygehusets patientadministrative system og kommunens elektroniske omsorgssystem. I Aalborg Kommune anvendes Rambøll CARE, som leverandør af elektronisk omsorgssystem.

Arbejdsgangen når en borger indlægges på sygehuset er, at der sendes der automatisk en elektronisk besked – et indlæggelsesadvis – til kommunens omsorgssystem om, at borgeren er indlagt. Omsorgssystemet svarer ved at sende et advissvar til sygehuset om, hvor borgeren hører til i kommunen og hvem der er kontaktperson. Sygehuset sender inden for 24 timer herefter et udskrivelsesvarsel til kommunen. I det videre indlæggelsesforløb har sygehuset og kommunen mulighed for at udveksle plejereporter med social- og sundhedsfagligt indhold og andre relevante informationer.

#### Udskrivningsoplysninger i Rambøll CARE

Systemet holder styr på oplysninger om klienter, tildelte bistand/plejeydelser, plejeproblemer og -løsninger, medicinordinationer, oplysninger om personale og meget andet. Systemet er modulopbygget. Det betyder, at den enkelte brugers anvendelse af systemet kan afgrænses til netop de dele af systemet, der er relevante for vedkommendes arbejde. Centrale dele i denne sammenhæng er:

*Klientjournalen*, som er kernen i omsorgssystemet. Det er her, at klienten oprettes. Fra de øvrige dele af systemet kan der herefter trækkes på stamdata om klienten. Blandt de mange data, der kan registreres, er klientens adresse, pårørende og sygesikringsforhold. Men også oplysninger om henvisninger og afgangsføring registreres i klientjournalen. I klientjournalen indgår

*Sygeplejemodulet*, hvor alle de sygeplejefaglige oplysninger registreres, såsom medicinordination og seponering. Her kan desuden oprettes en plejeplan med beskrivelse af problem, mål, handlinger og resultater samt skrives journalnotater. Sygeplejemodulet har desuden en

---

#### Sundhed og Bæredygtig Udvikling

Økonomiafsnit	Rantzausgade 4	99311955	www.aalborgkommune.dk
Postboks 248	9000 Aalborg	Fax: 9931 1950	sbu@aalborg.dk

række mere administrative faciliteter. Her kan nævnes registrering af visitering, indberetninger fra visiteringen samt fraværsadvisering.

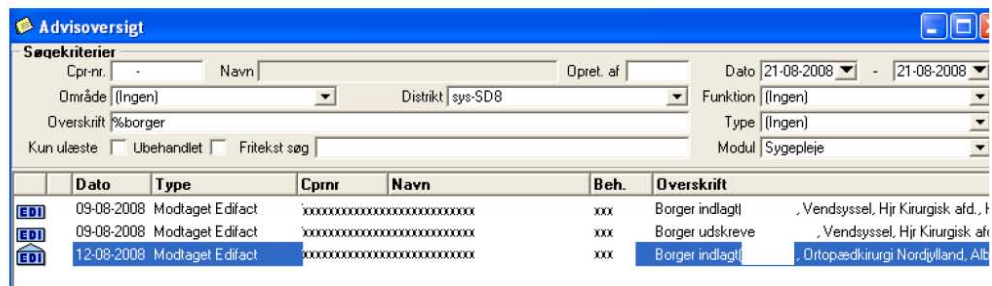
### **Advis**

Advissystemet er et meddelelsessystem i omsorgssystemet, som benyttes til at sende meddelelser (Advis) til såvel interne som eksterne samarbejdspartnere. Advis kan anvendes til at give en besked, fx orientere om et forløb, en handling der skal udføres på en given dato, hvad der skal følges op på m.m. Der kan også sendes en meddelelse (Edifact) til den praktiserende læge og apoteket via Advissystemet samt udveksles oplysninger med sygehuset (Edifact)

### **Edifact fra sygehus**

Når en borger indlægges/udskrives sender sygehuset automatisk en meddelelse (Edifact) til omsorgssystemet med oplysninger om sygehusafdeling m.m. Omsorgssystemet kvitterer automatisk med oplysninger om kontaktperson, ydelser, medicin m.m.

I omsorgssystemer fremsøges oplysninger om indlagte/udskrevne borger ved udfyldning af søgekriterier. Typisk ønskes en geografisk afgrænsning, som hjemmesygeplejersken i det enkelte distrikt, kan følge op på indlagte borgers sygehusforløb. Nedenfor ses en typisk søgeoversigt:



The screenshot shows a software window titled 'Avisoversigt'. It contains search criteria fields for Cpr-nr., Navn, Opret af, Dato (21-08-2008), Område (Ingen), Distrikt (sys-SD8), Funktion (Ingen), Overskrift (%borger), Type (Ingen), and Modul (Sygepleje). Below the search fields is a table with columns: Dato, Type, Cprnr, Navn, Beh., and Overskrift. The table lists three entries:

Dato	Type	Cprnr	Navn	Beh.	Overskrift
09-08-2008	Modtaget Edifact	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx		xxx	Borger indlagt, Vendsyssel, Hjr Kirurgisk afd., t
09-08-2008	Modtaget Edifact	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx		xxx	Borger udskrevet, Vendsyssel, Hjr Kirurgisk afd.
12-08-2008	Modtaget Edifact	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx		xxx	Borger indlagt, Ditopædkirurgi Nordjylland, Alt

På det fremsøgte billede kan der dobbeltklikkes for uddybning af oplysninger. Hvis der udvælges en udskrevet borger, ses f.eks. følgende udskrivningsoplysninger:

Modtaget: 18-09-2009 10:52  
Borgeren er udskrevet fra 8001171, Aalborg Sygehus, Alb Lungemed. afd., Alb Lungemed. Af-snit  
Er udskrevet til hjemmet.  
Udskrivningsdato 18-09-2009 10:15

Systemet er suppleret med organisatoriske aftaler om udskrivningsvarsler, der i dag indgår i den bilaterale sundhedsaftale mellem Region Nordjylland og Aalborg Kommune.

### **Sammenfatning – anvendelse af Care i projekt opfølgende hjemmebesøg**

Først udvælger den modtagende områdesygeplejerske i ældreområde Nord borgere via ad-



---

visoversigten, der viser borgere på vej til udskrivelse, til projektet. Herefter anvender områdesygeplejersken klientjournalen til at registrere, at borgeren indgår i projektet. Til det brug er der oprettet et felt under øvrige ydelser, hvor det anføres om borgeren indgår som interventionsgruppepatient eller som kontrolgruppepatient. Ligesom projektoplysninger om baselinetidspunkter og slutdato i projektet anføres her. Til sidst tilknytter områdesygeplejersken borgere i interventionsgruppen til et geografisk distrikt i hjemmesygeplejen. Det foregår i modul sygepleje under stamdata og visitation.

Herefter overtages borgeren af distriktshjemmesygeplejersken, der via edifact i CARE først indgår aftale borgerens egen læge. Som registrering af oplysninger ved gennemførelse af besøgene er der oprettet et særligt funktionsvurderingsskema i sygeplejemodulet. I dette skema registreres de aftalte dataregistreringer vedrørende inklusions- og eksklusionskriterier af borgere i projektet. Når forløbet er slut, senest efter tredje besøg afgangsføres borgeren, hvorefter der ikke kan registreres yderligere oplysninger om borgeren i relation til dette projekt.



## Bilag 5: Besøgsskema (Vestklyngen)

s.1 af 2

Regionshospitalet

### Besøgsskema for opfølgende hjemmebesøg af +78 årige medicinske patienter i Vestklyngen

Label med stamdata	Udskrivningsdato: _____ Udskrivende afsnit: _____ Egen læge (navn): _____ Dato for indlæggelse: _____ <i>Afsendes helst senest 8 timer efter udskrivning</i>	<b>Udfyldes af hospitalet og sendes til den kommunale visitation</b>
<p><input type="checkbox"/> Patienten er <b>IKKE</b> udvalgt til opfølgende hjemmebesøg</p> <p><b>Inklusion af patienter ved fleksible kriterier</b>                  Lav en objektiv vurdering af patienten. Patienten skal opfylde to eller flere af de fleksible kriterier for at få mulighed for at få opfølgende hjemmebesøg. Sæt kryds:</p> <p><b>Fleksible kriterier:</b></p> <p><b>Helbred:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Funktionstab af betydning for patientens i forhold til habituel  <input type="checkbox"/> Kognitive problemer  <input type="checkbox"/> Kronisk og alvorligt syge  <input type="checkbox"/> Flere sygdomme  <input type="checkbox"/> Polyfarmaci ved 6 eller flere præparater og/eller væsentlige medicinændringer  <input type="checkbox"/> Konstatet eller mistanke om demens</p> <p><b>Sociale forhold:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Patienter, der har svært ved at overskue eller koordinere sin tilværelse  <input type="checkbox"/> Patienter med et spinkelt eller intet netværk  <input type="checkbox"/> Belastninger i det nære sociale netværk</p> <p><b>Organisation:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Mindst én indlæggelse inden for det sidste år forud for aktuel indlæggelse  <input type="checkbox"/> Mange aftaler som skal koordineres</p> <p><i>Alle besøgsskemaer SKAL arkiveres. Se instruks for opfølgende hjemmebesøg. Sundhedsaftaler e-Dok, kap. 1.15</i></p>		
<p><b>Planlægning af 1. hjemmebesøg, som helst sker inden for 6-8 dage.</b></p> <p>Hvis 1. hjemmebesøg ikke kan aftales, udfyld årsag:</p> <p><input type="checkbox"/> Lægen giver generel årsag til manglende deltagelse (fx travlhed)  <input type="checkbox"/> Lægen angiver specifik årsag (fx lav nytteværdi for denne patient)  <input type="checkbox"/> Borgeren ønsker ikke at deltage</p> <p>Hvis 1. hjemmebesøg udskydes/aflyses, udfyld årsag:</p> <p><input type="checkbox"/> Besøg udskudt: Årsag: _____  <input type="checkbox"/> Besøg afløst: Årsag: _____</p> <p>Dato og klokkeslæt for 1. besøg den: ____ 2009 Kl. _____</p>		Initialer <input type="text"/> <b>Udfyldes af Hjemmesygeplejen</b>

**Besøgsskema for opfølgende hjemmebesøg  
af +78 årige medicinske patienter i Vest klyngen  
HJEMMEBESØG OG 2. OG 3. KONTAKT**

<b>Stamdata: HUSK AT UDFYLD</b>		<b>Udfyldes af hjemmesygeplejen</b>
CPR: ____ _	Navn: _____	
Adresse: _____	Postnr./By: _____	
<b>1. hjemmebesøg m. checkliste:</b>		
<p><b>Epikrise:                                      Ny medicinliste fra hospital:</b></p> <p>[ ] Er med                                      [ ] Forelå ikke under besøget</p> <p>[ ] Ikke fået                                    [ ] Lægen medbragte epikrise, som indeholdt medicinliste</p> <p>[ ] Fået, ikke med                            [ ] Pt. eller hj.sy.pl medbragte den ny medicinliste fra hospital</p> <p><b>Huskeliste:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fulgt op på indlæggelse iht. plan i epikrise</li> <li>• Medicingennemgang (bl.a. se medicinskab)</li> <li>• Drøftet borgerens oplevelse af sin situation ift. ressourcer og begrænsninger</li> <li>• Undersøgt borgerens hverdag ift. følgende: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Behov for hjælpemidler</li> <li>○ Behov for opfølgning på genoptræning</li> <li>○ Behov for opfølgning på hjemmehjælp</li> <li>○ Behov for opfølgning på hjemmesygepleje</li> <li>○ Behov for opfølgning på kost</li> </ul> </li> </ul> <p>[ ] Aftalt 2. og 3. kontakt. <b>Datoer indføres nedenfor.</b> Initialer</p> <p><b>Besøgets relevans</b> _____ <input type="text"/></p> <p>(Angiv skala fra 1-5, hvor 5=meget relevant og 1=ikke relevant)</p>		
<b>2. kontakt/hjemmebesøg: (Ca. 3 uger efter udskrivelsen)</b>		Initialer
Dato og klokkeslæt for 2. kontakt: den _____ Kl. _____ i:		<input type="text"/>
<b>3. kontakt/hjemmebesøg: (Ca. 8 uger efter udskrivelsen)</b>		Initialer
Dato og klokkeslæt: for 3. kontakt: d. _____ Kl. _____ i:		<input type="text"/>

## Bilag 6: Casebeskrivelse (Vestklyngen)

### **Ældre patienter lander i et stærkere net**

#### **Bedre samarbejde mellem hospitaler, praktiserende læger og hjemmesygeplejersker kan redde ældre fra hyppige genindlæggelser, viser erfaringer fra et projekt, som er kørende i de kommuner, der udgør optageområdet til Hospitalsenheden Vest**

Et løbende projekt skal skabe mere sammenhængende forløb for nyligt udskrevne patienter over 78 fra Hospitalsenheden Vest. I sidste ende kan det føre til et fald i unødvendige genindlæggelser.

En praktiserende læge, der allerede har haft projektet inde på livet, er Ejvind Mouritsen fra Skjern.

Han havde sendt en ældre kvindelig patient til hospitalsbehandling for hævede ben, og efter hendes indlæggelse fik han et opkald, der åbnede nye muligheder for ham.

"Jeg blev glad, da hjemmesygeplejersken ringede og foreslog et opfølgende hjemmebesøg, og jeg synes, at selve interventionen er en rigtig god idé," fortæller Ejvind Mouritsen.

I fællesskab med en kommunal hjemmesygeplejerske blev det første fælles besøg koordineret i patientens hjem. Dermed kunne han komme bedre ind på livet af en patient, som nærmest var blevet en fremmed for sundhedsvæsenet.

### **Grobund for bedre behandling**

Under hjemmebesøget hos patienten, som inden sin indlæggelse ikke havde været i kontakt med sin egen læge i 2½ år, fik lægen og hjemmesygeplejersken afklaret en del forhold, der fremover vil være til stor gavn for patienten.

Lægen og sygeplejersken kunne udnytte det materiale, der fulgte med patienten i form af en udførlig beskrivelse af patientens tilstand (epikrise), og sammen kunne de udnytte hinandens forskellige fokus til at danne sig et bedre overblik over patientens samlede situation.

*"Jeg havde rigtig stor glæde af en kompetent og erfaren sygeplejerske, som havde overblik over situationen. Hun havde en finger i jorden og fandt ud af hvad vi kunne lave af fælles aftaler omkring opfølgning. Så det var en rigtig positiv oplevelse,"* siger Ejvind Mouritsen.

### **Fuldendt faglighed fangede demens**

Hjemmesygeplejersken observerede således flere forhold, der måtte tages hånd om i det fremtidige forløb. For det første skulle der afklares en del om patientens ernæringstilstand, og for det andet blev det konstateret, at patienten led af fremskreden demens.

*"Demensen betød, at hun ikke længere kunne overskue hverdagen. Hun boede i et stort hus og havde sat en ære i at klare sig selv, hvilket hun da også havde gjort ind til da i samarbejde med sin søn. Derfor kendte hjemmeplejen hende heller ikke før besøget."* siger Ejvind Mouritsen

Konklusionerne på besøget medførte blandt andet, at den ældre kvinde blev anbefalet til en plads i en beskyttet ældrebolig, hvor hun fremover vil kunne opleve en større trykthed i sin hverdag.

### **Grundig udredning er uvurderlig basis**

At det overhovedet var muligt at starte et så fordelagtigt forløb for den ældre kvinde, blev dog grundlagt allerede under hendes udskrivelse, som får ros med på vejen fra hendes praktiserende læge:

*"Vi fik meget ud af dette besøg netop fordi forløbet på sygehuset har været ideelt – hun kommer hurtigt ind, bliver velundersøgt og kommer hurtigt ud med stillingtagen til mange punkter- og der er en kompetent hjemmesygeplejerske som kan tage over. Så på den måde har det været en positiv oplevelse, at det er gået så nemt,"* siger Ejvind Mouritsen

Den samme vægt på at de gode udskrivelser har en enorm vigtighed for de ældre patienter betones af hjemmesygeplejersken:

*"At sygehuset fandt, at hun nok ville være en af dem, som ville komme ind til dem igen, og derfor henviste hende til interventionen, gjorde, at vi blev opmærksomme på hendes situation. Der har helt sikkert forhindret hyppig genindlæggelse"* siger Else Helmann.

På den baggrund opfordrer både lægen og hjemmesygeplejersken til at epikriserne får et generelt løft. Forarbejdet fra hospitalerne, i form af netop epikriserne, er ganske enkelt forudsætningen for at samarbejdet kan fungere for patienten, lægen og hjemmesygeplejersken

Ordningen er allerede ved at blive implementeret i flere kommuner og efter planen skal det være på plads i hele optageområdet til Hospitalsenheden Vest fra den 1. oktober 2009.

