

# Opfølgning og koordination efter udskrivelse

*Delrapport 3 under OTAP-projektet 2010-2012*



Januar 2013



**Center for Kvalitet**  
Region Syddanmark

## Forord

Denne delrapport om den praktiserende læges rolle som tovholder udgør den tredje af tre udgivelser under projektet Organisatorisk Tovholder i Almen Praksis (OTAP). Udover "Opfølgning og koordination efter udskrivelse" består OTAP-projektet af delprojekterne "Tidlig opsporing af type 2 diabetes" og "Optimering af diabetesbehandling vha. risikostratificering og datafangst".

OTAP-projektet er finansieret af midler fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse som led i en forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom. Projektet har til hensigt at undersøge aspekter af den praktiserende læges rolle som tovholder for patienter med kronisk sygdom.

Denne delrapport går i dybden med den praktiserende læges rolle i forhold til ældre, skrøbelige patienter, der netop er udskrevet fra sygehuset, hvor en koordination med den kommunale hjemmesygepleje er nødvendig.

Tak til Odense, Faaborg-Midtfyn, Fredericia, Haderslev og Esbjerg kommuner for bidrag til projektet, samt til de praktiserende læger der har deltaget i fokusgruppeinterviews.

<b>Forord</b>	<b>1</b>
<b>Forord</b>	<b>2</b>
<b>Konklusion</b>	<b>4</b>
<b>Indledning</b>	<b>5</b>
<b>Baggrund</b>	<b>6</b>
<b>Projektets fokus</b>	<b>7</b>
Design og metode	7
<b>Datagrundlag</b>	<b>8</b>
<b>Resultater</b>	<b>11</b>
Anmodning om opfølgning	11
Gennemførte opfølgninger	12
Fokusgruppeinterviews	16
<b>Litteratur</b>	<b>29</b>
<b>Oversigt over bilag</b>	<b>30</b>

## Konklusion

Projektets formål var at undersøge udbyttet af opfølgning efter udskrivning samt at undersøge de organisatoriske og logistiske udfordringer i forbindelse gennemførelse af en opfølgning.

I projektperioden blev der i alt gennemført 74 opfølgninger. Stort set alle blev gennemført, hvor både praktiserende læge og hjemmesygeplejersken var til stede i patientens hjem. Det samlede udbytte af opfølgningerne blev af begge parter vurderet positivt. Resultaterne viser desuden, at opfølgningen i alle tilfælde førte til en eller flere ændringer – primært ændringer i medicin.

Overordnet set er der enighed blandt praktiserende læger og hjemmesygeplejer om, at muligheden for at samle flere problemstillinger og få et helhedsblik, hvor både fysiske, psykiske og sociale problemstillinger drøftes, er en gevinst ved koordinerede opfølgninger. En fælles opfølgning giver mulighed for at lave en fælles plan, hvor forventninger og aftaler afstemmes, hvilket resulterer i færre akutte opkald.

Ifølge de interviewede giver det god mening, at hjemmesygeplejen har mulighed for at anmode den praktiserende læge om en opfølgning, idet det i mange tilfælde vil være kommunen, der har den første kontakt til en patient efter en sygehusindlæggelse.

I forhold til de logiske og organisatoriske udfordringer ved at lave koordinerede opfølgninger oplever både praktiserende læger og hjemmesygeplejersker en række barrierer for koordinerede opfølgninger. Begge parter oplever forskellige arbejdstider som en barriere. Derudover er kendskab til og tolkning af aftalens indhold samt manglende informationer om indlæggelsen emner, som begge parter oplever, kan være en hindring for gennemførelse af en koordineret opfølgning.

De praktiserende læger oplever, at det er ressourcekrævende at lave opfølgninger i patientens hjem, ligesom flere læger fortæller, at udgående aktiviteter holdes på et minimum.

I forhold til den praktiserende læges rolle som tovholder, er en koordineret opfølgning efter udskrivelse, en mulighed for den praktiserende læge for at få et samlet blik på patientens situation. Det er en mulighed for at få lavet aftaler med hjemmesygeplejersken og få lagt en fælles plan for den fremtidige behandling.

I dette projekt er patientens oplevelse af koordinerede opfølgninger ikke inkluderet som en del af undersøgelsen, i et fremtidsperspektiv kunne dette være interessant at undersøge.

## Indledning

I de regionale forløbsprogrammer for kronisk sygdom, som beskriver den samlede tværfaglige og koordinerede sundhedsfaglige indsats for en given kronisk sygdom, defineres den praktiserende læge som tovholder for patienten.

Begrebet tovholder anvendes i mange sammenhænge og i flere forskellige betydninger. I 2007 undersøgte Dansk Sundhedsinstitut (DSI<sup>1</sup>), hvad de praktiserende læger i Danmark forbinder med begrebet tovholder (Hansen, Grøn m.fl. 2007). Undersøgelsen konkluderede, at de praktiserende læger har en bred forståelse af tovholderbegrebet, som analytisk kan adskilles i følgende tre deldefinitioner; 1. tovholderen i forhold til den medicinske udredning og behandling 2. tovholderen i forhold til patienten, familien og situationen og 3. tovholderen i forhold til de udsatte patienter og de sociale forhold.

I dag skal den praktiserende læge således udfylde en rolle der kan defineres som en kombination af den traditionelle "familielæge" og den organisatorisk orienterede tovholder. Det er ikke nødvendigvis nye roller for den praktiserende læge. Men samstemmende sagde informanterne i DSI's undersøgelse, at tovholderrollen gennem de seneste 10-15 år har ændret sig således, at den organisatoriske tovholderrolle, med mere koordinerings- og planlægningsarbejde, fylder mere end nogensinde. De praktiserende læger er således ikke kun tovholder i forhold til den enkelte patient og dennes sygdomsforløb, men også i forhold til de andre aktører i systemet, som patienten er i kontakt med.

Ifølge "Kronikerstrategien" (2008) i Region Syddanmark forventes det, at den praktiserende læge i kraft af sin funktion som tovholder varetager følgende opgaver:

- Primær udredning og information af patienten
- Udarbejdelse af Patientens Plan – en individuel behandlingsplan - og vejledning
- Henvisning til specialiseret udredning ved kompleks sygdom
- Henvisning til kommunal koordinator ved behov for udvidet kommunal indsats
- Kontroller samt opfølgning af egenbehandling, undtagen for de mest komplekse tilfælde
- Tidlig opsporing
- Revision af behandlingsplan

Kun i de tilfælde, hvor patienten er indlagt til behandling på sygehus, eller hvis der er lavet en specifik aftale overgår behandlingsansvaret til sygehuset, ellers er det den praktiserende læge der fungerer som tovholder.

---

<sup>1</sup> DSI er i 2012 sammenlagt med AFK og KREVI til Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning (KORA).

Efter en patient har været indlagt på sygehuset, er det væsentligt at få skabt et overblik over forløbet og den fremtidige behandling. Dette vil i nogle tilfælde indebære koordination og opfølgning med andre aktører i systemet. Hos ældre, alvorligt syge patienter eller patienter med komplicerede patientforløb kan det være nødvendigt med en særlig opfølgning og koordination efter udskrivelse. Dette sker i samarbejde med den kommunale hjemmesygepleje.

I Region Syddanmark er der indgået en såkaldt § 2 aftale med de praktiserende læger vedrørende honorering for opfølgning og koordination for udskrivelse, mere herom senere.

## Baggrund

En måde at sikre, at den praktiserende læge efter en indlæggelse får et overblik over forløbet er ved at lave et opfølgingsbesøg hos borgeren i samarbejde med den kommunale hjemmesygepleje. I en randomiseret kontrolleret undersøgelse (det såkaldte "Glostrup-projekt") er det dokumenteret, at opfølgning og koordination efter udskrivelse, som også omtales i litteraturen som opfølgende hjemmebesøg, kan reducere genindlæggelsesfrekvensen (Jakobsen m.fl. 2007). Glostrup-modellen indebærer tre kontakter til borgeren. Første kontakt, som finder sted indenfor 7 dage efter udskrivelse, er et besøg i borgerens hjem, hvor både hjemmesygeplejen og den praktiserende læge er til stede. 2. og 3. kontakt efter hhv. 3 og 8 uger kan foregå i borgerens hjem eller i lægens konsultation. Formålet med opfølgning er blandt andet at sikre en opfølgning på behandlingsplanen, afstemning af medicin samt at reducere risikoen for efterfølgende indlæggelse (Jakobsen m.fl. 2007).

I Region Midt er opfølgende hjemmebesøg efter Glostrup-modellen implementeret. Resultaterne herfra viser en signifikant reduktion i kommunale ydelser til borgere som får et opfølgende hjemmebesøg (Oxholm & Kjellberg 2011). Andre mere kvalitative studier viser dog, at det kan være en organisatorisk og logistisk vanskelig opgave at få opfølgningerne gennemført, bl.a. pga. de korte tidsfrister og de mange aktører, der er involveret (Hjalmar 2010; Voss 2009).

## Projektets fokus

Formålet med nærværende projekt har været at undersøge udbyttet af opfølgning efter udskrivning samt med baggrund i tidligere erfaringer at undersøge de organisatoriske og logistiske udfordringer i forbindelse gennemførelse af en opfølgning.

### ***Design og metode***

Som det er formuleret i § 2 aftalen, indgået mellem Region Syddanmark og Praktiserende lægers organisation (PLO), er det den praktiserende læge, der tager initiativ til et opfølgende hjemmebesøg/konsultation (PLOs hjemmeside). Med baggrund i erfaringer fra andre projekter om implementering af opfølgende hjemmebesøg, er det i dette projekt valgt at supplere dette med også at give den kommunale hjemmesygepleje mulighed for at anmode borgerens praktiserende læge om en opfølgning. Dette begrundet i at det formentlig vil være det kommunale personale, der har den første kontakt med borgeren efter en udskrivelse.

Fem kommuner i Region Syddanmark (RSD) har deltaget i projektet. Det drejer sig om følgende: Esbjerg, Odense, Faaborg-Midtfyn, Fredericia og Haderslev kommuner. Disse er udvalgt for at sikre en bred repræsentation på tværs af regionen med inddragelse af RSD's sygehusenheder. Indledningsvist er der afholdt møder med alle 5 kommuner, hvorefter det har været en intern opgave i kommunen at sprede viden om projektet til alle relevante parter.

Efter kommunens tilsagn om deltagelse i projektet, er de praktiserende læger i den pågældende kommune orienteret som projektet både via mail, annoncering i PraksisNyt og ved orientering i Samarbejdsudvalget (se orienteringsbrev i bilag 1)

I forhold til inklusion af patienter, har der ikke været opsat faste inklusionskriterier, ligesom der heller ikke har været en fast tidsgrænse, som tilfældet var i det oprindelige set-up fra Glostrup-undersøgelsen. Dette er valgt for at sikre en større fleksibilitet i ordningen, samt for at tilpasse projektet de allerede indgåede aftaler der findes for praktiserende læger (jf. § 2 aftale om opfølgning og koordination efter udskrivelse). Patienter, der nyligt er udskrevet fra sygehus, er inkluderet på baggrund af fagligt skøn, kendskab til borgeren/patienten samt den aktuelle situation. I 2008 er der lavet en udredning om dimensionering og økonomiske beregninger vedr. opfølgende hjemmebesøg, heri anbefales det, at inklusion sker på baggrund af nedenstående kriterier:

#### Helbredsmæssige forhold

- Ændring af borgernes helbredsmæssige tilstand i forhold til før 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

(Fagligt Udvalg vedr. Almen Praksis 2008)

Disse kriterier er, foruden terminale patienter<sup>2</sup>, kommunikeret ud til de deltagende kommuner, som ramme for, hvad det faglige skøn kan tage udgangspunkt i.

### Tidsramme

Der er indsamlet data til projektet fra 1.12.2011 – 1.6.2012.

For én kommunes vedkomne er dataindsamlingsperioden, pga. forsinkelser i opstartsfasen, skubbet til 1.1.2012 – 1.7.2012. Fælles gælder det dog, at alle kommuner har indsamlet data i 6 måneder.

### Datagrundlag

Der er i projektet anvendt en kombination af metoder hhv. registreringer og fokusgrupeinterviews.

### Kvantitative data

Center for Kvalitet har i samarbejde med de kommunale praksiskonsulenter og ledelsen i de kommunale sundhedsafdelinger udarbejdet et registreringsskema, som hjemmesygeplejersken har medbragt ved opfølgninger. Heri dokumenteres:

- Baggrundsoplysninger om borgeren
- Udskrivningsafdeling
- Begrundelse for anmodning
- Hvem anmoder og hvordan anmodes
- Evt. afvisning af opfølgning

---

<sup>2</sup> Terminale patienter er ekskluderet, da der også eksisterer en § 2 aftale om besøg hos alvorligt syge og dødende patienter.



- Faktuelle data om opfølgningen
- Medicingennemgang
- Vurdering og indsatsbehov for: generel helbredsstatus, ernæring, hjælpemidler, boligforhold, genoptræning/rehabilitering, sociale forhold/netværk, andet.
- Udbytte og vurdering af opfølgningen

Der er i registreringsskemaet mulighed for at afkrydse hvorvidt områderne er vurderet og hvorvidt der er behov for en indsats. Behov for indsats er valgt som formulering da det, i de tilfælde hvor en indsats skal iværksættes, vil kræve, en vurdering fra den kommunale visitation.

Registreringsskemaet kunne yderligere fungere som en vejledende tjekliste for opfølgningen (se bilag 2) Skemaerne blev indsendt til Center for Kvalitet efter hhv. 3 og 6 måneder, hvorefter data blev indtastet og opgjort i Excel.

Som det fremgår af tabel 1 er der i alt gennemført 74 opfølgninger i dataindsamlingsperioden.

**Tabel 1 Antal gennemførte opfølgninger i alt**

Kommune	Anmodet	Gennemført	Antal læger i kommunen
Esbjerg	7	7	77
Fredericia	18	18	30
Faaborg-Midtfyn	10	9	35
Haderslev	22	20	34
Odense	25	20	114
I alt	82	74	290

De fem kommuner er blevet honoreret for deres ekstra arbejde i forbindelse med udfyldelse af registreringsskemaer.

### **Kvalitative data**

Udover den kvantitative opgørelse via registreringsskemaer er der gennemført fokusgruppeinterviews med hhv. praktiserende læger og hjemmesygeplejersker hver for sig. Fokusgruppeinterviews er valgt som metode, da metoden giver mulighed for at få indblik i gruppens fortolkninger af koordinerede opfølgninger. Enkeltpersoners holdninger og meninger er ikke i centrum i et fokusgruppeinterview, men derimod hvordan gruppen skaber og konstruerer fortolkninger om emnet koordineret opfølgning, samt hvilke reaktioner udtalelser skaber i gruppen. Metoden kan afdække forståelser, bevæggrunde og motiver, hvilket kan supplere den kvantitative dataopgørelse.

Hjemmesygeplejersker er inviteret til deltagelse i interview gennem deres leder, som har formidlet kontakten. For praktiserende lægers vedkomne er der udsendt en mail med invitation til deltagelse

i interview (se bilag 3). De praktiserende læger er blevet honoreret for deres deltagelse i interviews.

På trods af udsendelse af rykker samt kontakt til den kommunale praksiskonsulent i kommunen, er det ikke lykkedes at rekruttere læger til deltagelse i interview i Faaborg-Midtfyn og Fredericia kommune. Dette begrundes med prioritering af opgaver og generelt mange tilbud om deltagelse i diverse projekter.

Tabel 2 viser en oversigt over antal deltagere i fokusgruppeinterviews i de enkelte kommuner.

**Tabel 2 Antal deltagere i fokusgruppeinterview**

Kommune	Praktiserende Læger	Hjemme-sygeplejersker
Esbjerg	3	4
Fredericia	-	5
Faaborg-Midtfyn	-	5
Haderslev	2	4
Odense	8	5
I alt	13	23

Deltagerne i interviewene har varieret i forhold til køn, alder, anciennitet.

Interviewene er gennemført af en konsulent fra Center for Kvalitet, efter en semistruktureret interviewguide (se bilag 4).

Interviewene er efterfølgende transskriberet og gennemlyttet hvorefter der er lavet en meningskondenserende analyse i forhold til projektets formål. Ud fra en forståelse af interviewet som en helhed er der udtrukket temaer, som forholdes projektets overordnede formål (Kvale 1997).

## Resultater

Den kvantitative dataopgørelse er baseret på de indkomne registreringsskemaer, som hjemmesygeplejersker har medbragt ved en opfølgning.

### Anmodning om opfølgning

I dataindsamlingsperioden på 6 måneder er der i de 5 kommuner til sammen anmodet om 82 opfølgninger. Heraf er de 74 gennemført, se tabel 3 herunder.

**Tabel 3 Antal anmodede og gennemførte opfølgninger**

Kommune	Anmodet	Gennemført	Antal læger i kommunen
Esbjerg	7	7	77
Fredericia	18	18	30
Faaborg-Midtfyn	10	9	35
Haderslev	22	20	34
Odense	25	20	114
I alt	82	74	290

Som det fremgår af tabellen, er der i Fredericia og Haderslev kommune gennemført flest opfølgninger set i forhold til antallet af praktiserende læger i kommunen.

De 8 anmodede opfølgninger som ikke blev gennemført skyldes enten, at praktiserende læge ikke fandt det relevant, borgeren ønskede ikke besøg eller at det var ikke muligt at finde tid ved praktiserende læge eller hjemmesygeplejersken.

Størstedelen af patienterne er udskrevet fra medicinske afdelinger, og anmodningen om en opfølgning er for over halvdelen vedkomne begrundet med helbredsmæssige forhold (fx ændring af borgerens helbredstilstand i forhold til før indlæggelsen, kronisk og/eller alvorlig sygdom).

Som det fremgår af nedenstående tabel 4 og 5 er langt størstedelen af opfølgningerne sket på hjemmesygeplejerskens anmodning, og de fleste anmodninger er foregået telefonisk eller via elektronisk korrespondance.

**Tabel 4 Anmodning om opfølgning**

Anmodet af:	Antal
Praktiserende læge	10
Hjemmesygeplejerske	64
I alt	82

**Tabel 5 Anvendt medie til anmodning**

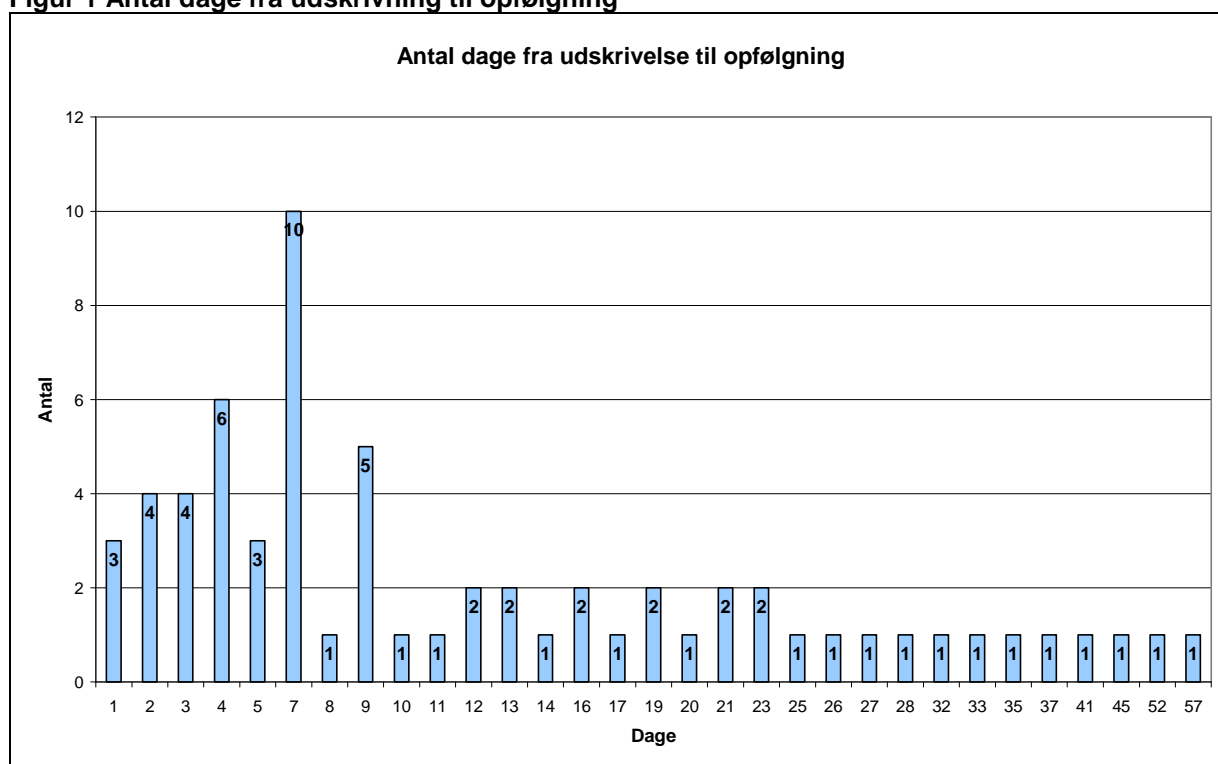
Medie	Antal
Telefonisk	45
Elektronisk	32
Fax	1
Ikke besvaret	4
I alt	82

## Gennemførte opfølgninger

Nedenstående afsnit er baseret på data fra de 74 registreringskemaer, som repræsenterer de 74 opfølgninger, der er gennemført i perioden. For disse opfølgninger gælder det, at 65 af opfølgningerne fandt sted i borgeren hjem, 1 i lægens konsultation og 8 er angivet som telefoniske konsultationer.

Som det fremgår af figur 1 ses det, at ud af de 36 tilfælde, hvor datoen for både udskrivelse og opfølgning er angivet, gælder det, at opfølgningen er gennemført inden 10 dage efter udskrivelse fra sygehuset. Korteste tid fra udskrivelse til opfølgning er 1 dag, mens længste er 57 dage.

**Figur 1 Antal dage fra udskrivning til opfølgning**



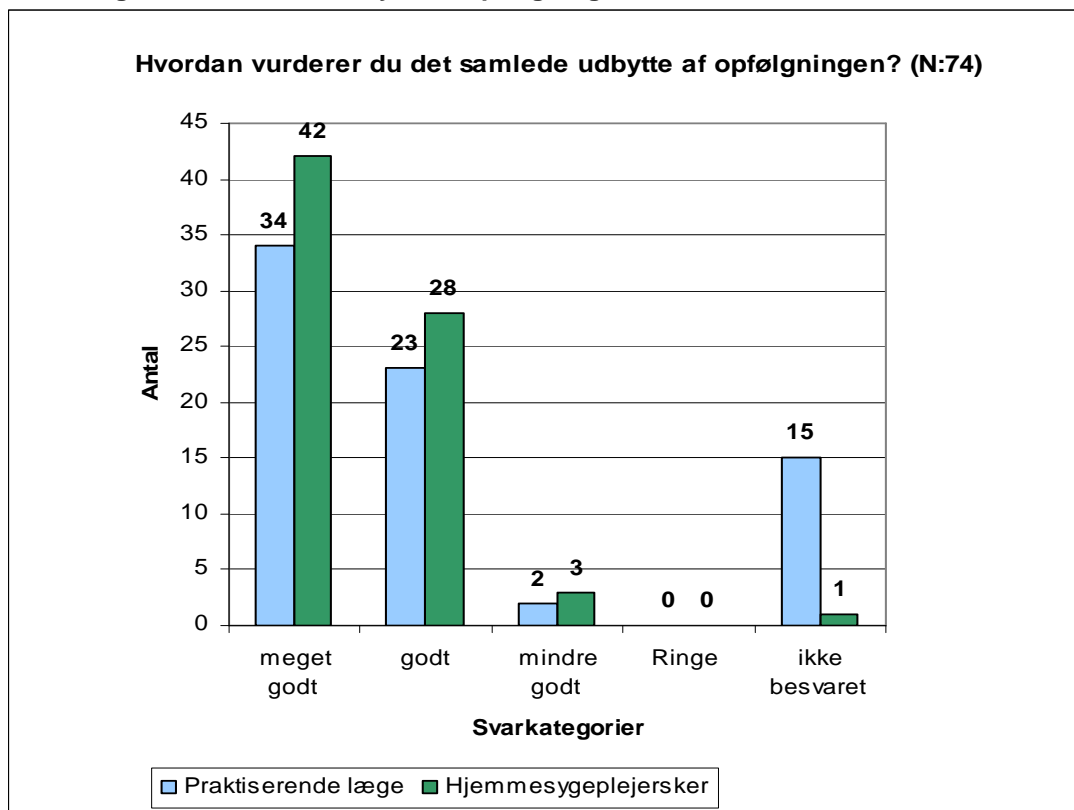
Ved langt størstedelen af opfølgningerne er både den praktiserende læge og en hjemmesygeplejerske til stede, derudover er der i halvdelen af opfølgningerne en eller flere pårørende til stede.

Gennemsnitsalderen for de patienter, der i perioden har modtaget en opfølgning er 80 år, mens varigheden af en opfølgning varierer mellem 10-65 min..

Både praktiserende læger og hjemmesygeplejersker er blevet bedt om at vurdere det samlede udbytte af opfølgningen, som det fremgår af figur 2, vurderes udbyttet som "meget godt" i hhv. 34 tilfælde for de praktiserende læger og 42 tilfælde for hjemmesygeplejersker. Ingen har afkrydset, at

der har været et ringe udbytte af opfølgningen. Det tyder således på, at begge parter finder det relevant og udbytterigt at lave opfølgninger.

**Figur 2 Vurdering af det samlede udbytte af opfølgningen**



I det følgende afsnit gennemgås nogle af de områder, der vurderes under en opfølgning.

Medicingennemgang er et område, der har været i fokus i regionen i 2011 og 2012, og det er meldt ud fra regionens side, at medicingennemgang kan ske som en del af § 2 aftalen omkring opfølgning og koordination efter udskrivelse. Som det fremgår i tabel 6 er der i 71 ud af de 74 opfølgninger foretaget en medicingennemgang. Lægen har mulighed for at iværksætte ændringer i medicinen med det samme, og dette er sket i 57 tilfælde.

**Tabel 6 Medicingennemgang krydset med ændringer i medicin**

Medicin-gennemgang foretaget \ Ændringer i medicin	Ja	Nej	Ikke besvaret	I alt
Ja	57	10	4	71
Nej		2		2
ikke besvaret			1	1
I alt	57	12	5	74

Inden for de resterende områder er der i de fleste tilfælde behov for, at den kommunale visitation laver en vurdering, før evt. ændringer kan iværksættes. Det betyder, at der i det følgende er lavet en krydstabulering mellem vurdering af et givent område med behov for indsats.

Set i forhold til medicingennemgang er der på de andre områder ikke i samme udstrækning vurderet, at der er behov for ændringer.

Patientens generelle helbredsstatus er vurderet i stort set alle opfølgningerne, og i 36 tilfælde er vurderet, at der er behov for en indsats på området, se tabel 7.

Stort set samme billede tegner sig i tabel 8 i forhold til vurdering af ernæring. Ernæringstilstanden er vurderet i 60 af opfølgningerne, og vurderingen har i 34 situationer medført, at der er behov for ændringer.

**Tabel 7 Vurdering af generel helbredsstatus krydset med behov for indsats**

Foretaget vurdering af generel helbredsstatus \ Behov for indsats	Ja	Nej	Ikke besvaret	I alt
Ja	36	19	16	71
Nej			1	1
ikke besvaret	1		1	2
I alt	37	19	18	74

**Tabel 8 Vurdering af ernæring krydset med behov for indsats**

Foretaget vurdering af ernæring \ Behov for indsats	Ja	Nej	Ikke besvaret	I alt
Ja	34	14	12	60
Nej		5	5	10
ikke besvaret	1		3	4
I alt	35	19	20	74

Jo længere ned på skemaet vi bevæger os, i jo færre tilfælde er området vurderet. Således er hjælpemidler (tabel 9) i 40 af de 74 opfølgninger vurderet, heraf vurderes det i 19 tilfælde, at der er behov for en indsats på området. Tabel 10 viser, at boligforholdene er vurderet i 41 af opfølgningerne, og heraf er det i 10 tilfælde vurderet, at der er behov for en indsats.

**Tabel 9 Vurdering af hjælpemidler krydset med behov for indsats**

Behov for indsats \ Foretaget vurdering af hjælpemidler	Ja	Nej	Ikke besvaret	I alt
Ja	19	15	6	40
Nej		10	13	23
ikke besvaret			11	11
I alt	19	25	30	74

**Tabel 10 Boligforhold krydset med behov for indsats**

Behov for indsats \ Foretaget vurdering af boligforhold	Ja	Nej	Ikke besvaret	I alt
Ja	10	24	7	41
Nej		14	9	23
ikke besvaret			10	10
I alt	10	38	26	74

I bilag 5 findes en oversigt over alle opgørelser samlet.

Samlet set viser den kvantitative opgørelse, at i de tilfælde hvor det lykkedes parterne at finde en tid, hvor de kan mødes med patienten i hjemmet, opleves det samlede udbytte af opfølgningen i størstedelen af tilfældene godt eller meget godt. Medicingennemgang og en generel helbredsstatus vurderes i stort set alle opfølgninger.

74 gennemførte opfølgninger i 5 kommuner på 6 måneder er dog færre end forventet. Et estimat på antallet lavet af Fagligt udvalg vedr. Almen Praksis (2008) viser, at det forventes at en praktiserende læge gennemfører 14 opfølgninger årligt. I dette projekt har 290 læger gennemført 74 besøg på 6 måneder.

I det følgende afsnit, som er baseret på fokusgruppeinterviews ser vi nærmere på hvilke gevinster og barrierer hhv. praktiserende læger og hjemmesygeplejersker oplever i forbindelse med opfølgning og koordination efter udskrivelse.

## **Fokusgruppeinterviews**

Samlet set har 13 praktiserende læger og 23 hjemmesygeplejersker deltaget i fokusgruppeinterviews. I afsnittet beskrives oplevelser og erfaringer med opfølgning og koordination efter udskrivelse. Først beskrives de generelle temaer, der fremkom i interviewene med hjemmesygeplejerskerne og herefter følger det samme for de praktiserende læger.

### **Hjemmesygeplejersker**

#### **Erfaring**

På tværs af interviewene viser det sig, at der er stor forskel på, hvor meget erfaring hjemmesygeplejerskerne har med opfølgninger hvor sygeplejersken og borgerens praktiserende læge fysisk mødes, enten i borgerens hjem eller i lægens konsultation.

I en af kommunerne har ingen af de 5 interviewede sygeplejersker erfaring med opfølgning efter udskrivelse. De kender til ordningen, men har ikke selv anmodet eller modtaget en anmodning om en opfølgning. I en anden kommune har alle 4 interviewede sygeplejersker været på minimum en opfølgning i løbet af de 6 måneder. Den sygeplejerske der har størst erfaring med opfølgninger er ansat på et plejehjem og har deltaget i 5-7 opfølgninger i projektperioden.

#### **Identifikation af patienter**

Der er enighed blandt hjemmesygeplejerskerne om, at de har et ansvar og spiller en vigtig rolle i tiden lige efter en udskrivelse. Ofte er det personale fra kommunen, der er de første fagpersoner, der møder borgeren i hjemmet efter udskrivelsen. Ideen om, at hjemmesygeplejersken kan anmode borgernes praktiserende læge om en opfølgning efter udskrivelse giver derfor god mening for sygeplejerskerne. De gør dog opmærksom på, at der vil være nogle patienter, som de ikke har mulighed for at spotte, idet de udelukkende vil få kendskab til borgere, der allerede er registreret i deres system. Derfor er det nødvendigt, at andre fagpersoner inden udskrivelse er opmærksom på, om patienter der ikke er kendt i det kommunale system har brug for en opfølgning. Det kan enten være på sygehuset eller i den kommunale visitation. Enten i form af kommunale visitatorer, der er til stede ved udskrivelse fra sygehuset, eller ved at ansatte i den kommunale visitation kan læse det ud fra forløbsplanen fra sygehuset. Sygeplejerskerne fortæller, at en fælles opfølgning efter udskrivelse hos en patient, der er ny i systemet, vil være oplagt, således der hurtigt opnås et samarbejde.

De nævner også, at den praktiserende læge spiller en rolle i tiden lige efter en udskrivelse, men de oplever oftest, at lægen ikke har informationer om indlæggelsen før en rum tid efter patienten er



kommet hjem. Det er således enten patienten selv, pårørende eller personer fra kommunen, der skal gøre lægen opmærksom på, hvis der er en problematik.

### **Anmodning om en opfølgning**

Sygeplejerskerne i alle kommuner fortæller, at kommunikation med lægerne foregår enten telefonisk eller elektronisk. Hvis situationen er akut vælger størstedelen at ringe op til lægen – enten i telefontiden hvor patienter også kan ringe, ellers lægges en besked ved sekretæren, om at lægen skal ringe tilbage. I nogle tilfælde opleves det, at der bruges meget tid på at komme igennem på telefonen.

Elektronisk kommunikation anvendes en del, men oplevelsen er, at der er nogle læger som stadig ikke anvender systemet, hvorfor de er nødt til at kontakte dem telefonisk. I andre tilfælde er svartiden for lang på elektronisk post, hvorfor sygeplejersken vælger at ringe. For nogle er telefonisk kontakt en foretrukken kommunikationsform, idet oplevelsen er, at det skrevne budskab kan blive misforstået, hvorimod en dialog over telefonen tillader flere nuancer i samtalen.

I Faaborg-Midtfyn kommune fortæller sygeplejerskerne, at de i nogle situationer kører ind forbi lægens praksis, hvis de har en akut situation lægen skal tage stilling til. Enten venter de i venteværelset til lægen har tid, eller de taler med sekretæren, som sørger for at videregive oplysninger til lægen. En sygeplejerske har oplevet, at lægen med det samme tog med hen til patienten, som boede lige i området. Denne situation hører dog til sjældenhederne.

Der er kun en af sygeplejerskerne der fortæller, at hun er blevet kontaktet af en praktiserende læge med henblik på en fælles opfølgning, ellers er det udelukkende opfølgninger på sygeplejerskens initiativ.

Nogle af sygeplejerskerne fortæller, at de har kendskab til at nogle praksis mødes med de hjemmesygeplejersker der kører i området – enten ugentligt, hver 14. dag eller en gang om måneden. Sygeplejerskerne møder op i praksis, og de får en snak om de relevante patienter.

Det er oftest i de mindre landsbyer, hvor der er et lægehus med flere læger, at denne ordning kan fungere. Erfaringen er, at det giver et bedre samarbejde, når man mødes ansigt-til-ansigt og får en dialog om de problematikker der er. De betyder dog, at patienten ikke er til stede.

I en kommune har de erfaring med, at et lægehus sender dem en mail, når de har en planlagt dag, hvor de kører ud fra klinikken. På den måde har sygeplejerskerne mulighed for at planlægge deres arbejde herefter. Sygeplejerskerne oplever at dette samarbejde fungerer fint, så længe det ikke er akutte problemstillinger.

## Indhold i en opfølgning

Ifølge sygeplejerskerne kan en opfølgning på en udskrivelse være med til at få styr på hele situationen og få lagt en plan for det fremtidige forløb. En hjemmesygeplejerske fortæller:

*"... vi havde så det her opfølgende besøg sammen med patienten, eller borgeren selv og lægen og borgerens eks-kone og så mig. Det var virkelig givtigt, hvor vi gennemgik det fra A til Z, fik revideret i en del medicin, og hvorfor han havde fået sondeernæring, hvorfor han har haft kateter, og hvor vi ret hurtigt kunne seponere det hele og få ham op, og fik lavet en træningsplan og det videre forløb og hvad der skulle til af hjælpemidler og ting og sager, de ting der manglede i hjemmet. Så det havde en rigtig rigtig positiv effekt, og det var sådan at lægen efter 4 uger bad selv om at få et nyt opfølgende besøg"*

Der lægges vægt på, at der ved en opfølgning er mulighed for at komme hele vejen rundt om de problematikker der eksisterer både fysisk, psykisk og socialt. Dette helhedsblik på patientens

**Gevinst ved fælles  
opfølgning**

**- et helhedsblik på  
patienten**

situation er der sjældent tid til at drøfte over en telefonsamtale i telefontiden. Her er det udelukkende akutte situationer der afhjælpes, og fokus er ikke på at få lavet en fælles plan men netop udelukkende på at afhjælpe det akutte problem.

Hvis der er lagt en fælles plan med klare aftaler om, hvornår der skal følges op og af hvem, mener sygeplejerskerne, at det er medvirkende til at forhindre genindlæggelser og opkald til lægen.

En opfølgning hvor både praktiserende læge, hjemmesygeplejerske, patienten og evt. pårørende er til stede kræver ifølge sygeplejerskerne mere forberedelse end normalt, ligesom selve besøget taget længere tid end ellers. Dette er dog tid, som de alle mener, er godt givet ud i den sidste ende.

Som det også omtales i citatet ovenfor er medicinering en væsentlig problematik, som fylder en del, når patienter udskrives fra sygehuset. Alle sygeplejersker fortæller, at medicin er et område, der tager meget tid, og som kan være svært at holde styr på. Dette forklares bl.a. ved, at der er fejl og mangler i medicinlisterne fra sygehuset, ligesom det kan være svært at gennemskue, hvorfor et præparat er seponeret og et andet opstartet. Den første tid efter udskrivning går således i mange tilfælde med at få styr på hvilken medicin der er gældende, om der er medgivet recepter på præparaterne og om medicinen er afhentet. Emnet omkring medicin og kontakt til sygehuset er et emne, som fylder meget for alle sygeplejerskerne, og det vil blive behandlet i et selvstændigt afsnit.

### **Samarbejde med de praktiserende læger**

Som det fremgår af mange projekter, som har almen praksis som samarbejdspartner, gælder det også her, at sygeplejerskerne fortæller, at der er stor forskel på lægernes tilgang til opgaven omkring opfølgning efter udskrivelse.

Der er flere fortællinger om, hvordan samarbejdet med de praktiserende læger fungerer, og der er forskel kommunerne imellem. På den ene side findes der områder hvor sygeplejerskerne bl.a. fortæller: *"Men jeg har ligesom heller ikke oplevet at lægerne tager initiativ til det. Nej de klapper ikke i deres små hænder, når vi ringer. Det gør de ikke"*. Mens oplevelsen i en anden kommune er, at: *"...det har været nemt at få lægerne med ud i hjemmet. Det synes jeg ikke det har været før. Altså det der med at der er en pose penge, og der er noget at hente. Det gør at de siger ja med det samme, det har jo slet ikke været nogen diskussion"*. De to citater illustrerer hvor forskelligt samarbejdet kan udfolde sig.

I nogle tilfælde har hjemmesygeplejersken oplevet, at borgerens praktiserende læge har været på besøg i hjemmet, uden sygeplejersken er informeret. Sygeplejersken får kun kendskab til besøget, hvis borgeren eller pårørende fortæller om det. I disse situationer ville sygeplejerskerne ønske, at de fik en opdatering fra lægen på, hvilke aftaler der er indgået og med hvilket formål.

Der er også sygeplejersker der har oplevet, at det er en turnuslæge eller en sygeplejerske fra praksis, der møder op i patientens hjem. Dette påvirker kvaliteten i opfølgningen, idet det ikke er de personer der har det største kendskab til patienten.

En del af de sygeplejersker, der har erfaring med opfølgninger fortæller, at når de mødes med lægen i borgerens hjem, giver det et bedre samarbejde både mellem hende og lægen, men også mellem hende og familien.

*"Jeg synes så også noget mere vi har hentet, det er, at vi, i de hjem hvor vi har haft det [opfølgning], har vi fået et meget bedre samarbejde med de pårørende også, som jeg synes er blevet meget bedre, fordi de har ligesom følt at man trak samme hammel som lægen, og det er også lettere, når man har mødt lægen ude i hjemmet"*

At mødes ansigt-til-ansigt giver et bedre samarbejde på flere fronter, men det giver også brugbar viden om patienten at se dem sammen med deres praktiserende læge.


*"borgerne siger altså også nogen andre ting til os end de gør til lægen, der er sådan en hel anden, de sidder ordentlig i stolen og der kommer et eller andet ind over, når lægen kommer, frem for når vi kommer, det kan man tydeligt mærke. Det ved jeg ikke lige hvorfor"*

Som sygeplejersken her fortæller, har lægens tilstedeværelse således en indvirkning på patientens adfærd. Det betyder også, at det kan være forskellige oplysninger lægen og hjemmesygeplejersken får, hvis de ikke er til stede på samme tid. Ligesom der er forskel på hvad hhv. lægen og sygeplejersken fokuserer på. I nogle tilfælde, hvor det af forskellige grunde ikke har været muligt at mødes i borgerens hjem, har hjemmesygeplejersken og lægen været på besøg i hjemmet hver for sig. En sygeplejerske fortæller:

*”Men jeg har oplevet et hjem hvor lægen først var ude, og så kom jeg efterfølgende. Øh der havde eller der synes jeg der var nogen ting, som jeg synes kunne være rart, hvis vi havde snakket om sammen. Fordi det var måske ikke lige noget lægen havde tænkt på, men som jeg tænkte på og hører. Og der havde det været givende, hvis vi havde været sammen i stedet for, at vi så kom hver for sig”*

Dette citat viser, at når der laves et fælles møde i borgerens hjem, får de hver især nogle oplysninger, som de ikke får, hvis opfølgningen laves hver for sig med efterfølgende elektronisk eller telefonisk kommunikation.

En af årsagerne til, at det i nogle situationer kan være svært at finde en tid, hvor begge parter kan mødes i borgerens hjem, skyldes arbejdstider i hhv. kommunen og hos de praktiserende læger. Ofte stopper hjemmesygeplejerskens arbejdsdag omkring kl. 15.00, hvilket er det tidspunkt, hvor mange praktiserende læger vælger at



**En barriere for  
fælles opfølgning**  
**- Arbejdstider**

lægge deres udgående aktivitet. Nogle af hjemmesygeplejerskerne fortæller, at de har mulighed for at være fleksible og strække deres arbejdsdag lidt længere, det er dog noget der skal planlægges i god tid i forvejen, hvilket ikke altid er muligt i en akut situation.

Dette er dog ikke tilfældet i Haderslev kommune, hvor ingen af sygeplejerskerne oplever, at arbejdstider er en barriere for at mødes. Dette begrundes de med, at langt størstedelen af lægerne i området kører ud fra klinikken lige over middag. Det betyder således, at hjemmesygeplejersken kan nå det inden for normal arbejdstid. I Fredericia kommune er det ofte om onsdagen lægerne vælger at køre ud fra klinikken, derfor forsøger sygeplejerskerne så vidt muligt at planlægge herefter.

### **Tolkning af aftalen**

Det er ikke alle sygeplejersker der kender til § 2 aftalen, som er udformet på lægeside. De er klar over, at de har mulighed for i projektsammenhæng at anmode lægen om en opfølgning, men der

er usikkerhed om i hvilke situationer det kan defineres som en opfølgning efter udskrivelse. Dette skyldes bl.a. også, at der i forhold til § 2 aftalen har været en del fokus på medicingennemgang, som en del af en opfølgning. Nogle sygeplejersker er i tvivl hvorvidt de kan anmode om en opfølgning efter udskrivelse ved en borger som er under 75 år, og som måske får 5 forskellige præparater. Dette begrundes med, at målgruppen for medicingennemgang er defineret til borgere + 75 år, som har fået ordineret mere end 6 forskellige lægemidler (Aftale i Samarbejdsudvalget vedr. almen lægegerning om systematik i medicingennemgangen for ældre patienter, Region Syddanmark marts 2011)

Yderligere er der en del tvivl om definitionen af formuleringen "*efter udskrivelse*", idet der ikke er en klar definition af tidsrummet. Nogle sygeplejersker fortæller, at de finder det irrelevant, at den praktiserende læge kommer i hjemmet de første par dage efter udskrivelse, de finder det mere aktuelt efter en 2 – 4 uger, når patienten har været hjemme et stykke tid. En begrundet dette med, at patienten lige har været på sygehuset, hvor fagpersoner har behandlet patienten, og derfor burde det ikke være nødvendigt, at lægen kommer i hjemmet.

En del fortæller yderligere, at de kontakter lægen, når de oplever, at der er behov for det, men at det ikke nødvendigvis relaterer sig til en udskrivelse.

### **Samarbejde med sygehuset**

Som tidligere beskrevet fylder kontakten til sygehuset en del i hjemmesygeplejerskernes arbejdsdag. Oftest relaterer det sig til mangler eller fejl i forhold til medicin. I nogle kommuner betyder det, at i den første tid efter udskrivelsen, ikke er patientens praktiserende læge de koordinerer med, men derimod sygehuset. En sygeplejerske forklarer, at det er problematikker, som de har behov for bliver løst med det samme, og de kan således ikke vente 1-2 uger på, at den praktiserende læge har tid. De skal have løst problemet her og nu. Alle sygeplejersker fortæller, at de vælger at ringe til sygehuset frem for den praktiserende læge, for det første fordi det er sygehuset, der har lavet en ufuldstændig udskrivelse, og derfor er det mest rimeligt, at henvendelsen adresseres til dem. Og for det andet har de erfaret, at den praktiserende læge ikke kan give de nødvendige oplysninger om fx medicin i tiden lige efter udskrivelsen. Sygeplejerskerne forklarer dette med, at lægen endnu ikke har modtaget en epikrise fra sygehuset.

**En barriere for fælles opfølgning**

**- lægen har ikke modtaget de nødvendige informationer**

### **Opsamling**

En opdeling af gevinster ved og barrierer for opfølgninger baseret på interviewene med hjemmesygeplejerskerne kan se ud som følger.

*Gevinster ved opfølgning hvor læge og sygeplejerske mødes i patientens hjem*

- Et helhedsblik på patienten
- En fælles plan
- Forebyggelse af indlæggelser
- Færre opkald til lægen
- Bedre samarbejde med lægen, patienten og pårørende

*Barrierer for gennemførelse af opfølgning i patientens hjem*

- Arbejdstider
- Manglende kendskab til relevante patienter
- Kendskab til og tolkning af aftalens indhold
- Kultur
- Manglende informationer om indlæggelsen

**Praktiserende læger****Erfaring**

De praktiserende lægers erfaring med opfølgning og koordination efter udskrivelse varierer, nogle har ingen erfaring med at lave opfølgninger efter udskrivelse hvor de er til stede i patientens hjem sammen med hjemmesygeplejersken, mens andre har erfaring med op til 7 opfølgninger.

Det er få af de interviewede læger, der har været på en opfølgning, hvor registreringskemaet fra projektet er blevet udfyldt.

Lægerne fortæller, at aftalen om opfølgning og koordination overlapper med andre ydelser med besøg i hjemmet, hvorfor der ikke er en skarp adskillelse.

**Identifikation**

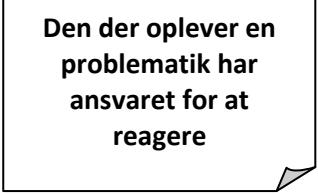
Der er flere forskellige bud fra lægerne på, hvordan patienter, hvor en opfølgning efter en udskrivelse kan være relevant, identificeres.

En læge fortæller, at de i praksis har udvalgt én læge, som har ansvaret for godkendelse af alle epikriser. Hvis en patient har været indlagt i længere tid og sygdomsbilledet virker kompliceret, udskrives epikrisen og afleveres til den læge i huset, der har den faste kontakt til patienten.

Derefter er det op til den pågældende læge at vurdere, om der evt. skal laves en opfølgning i samarbejde med kommunen.

En anden læge fortæller, at når han har modtaget en epikrise om, at en patient har været indlagt, og han ikke har hørt noget herom sidenhen, så går han ud fra, at det går godt. Han vil selvfølgelig reagere, hvis hjemmesygeplejersken ringede og fortalte, at der er problemer, men han gør ikke noget aktivt før han er blevet gjort opmærksom på en problematik.

Samlet set er de fleste læger dog enige om, at det må være den person der opdager en problematik, der har ansvaret for at reagere, hvad enten det er sygehuset, kommunen eller den praktiserende læge.



Den der oplever en problematik har ansvaret for at reagere

I mange tilfælde oplever lægerne, at de bliver kontaktet af enten patienten selv, pårørende, hjemmeplejen eller hjemmesygeplejen allerede på dagen, hvor patienten er kommet hjem. På det tidspunkt har lægen i mange tilfælde endnu ikke modtaget en epikrise, og har derfor ikke haft grundlag at reagere på.

En del læger fortæller, at de har svært ved at forestille sig, at sygehuset kan udpege patienterne, idet de ikke har kendskab til patientens hjem og dagligdag. Det vil i de fleste tilfælde være folk fra kommunen, der har dette kendskab, og derfor har de bedste forudsætninger for at opdage, hvis noget kræver handling.

Hvis det bliver en opgave for sygehusene at udpege patienter til opfølgning, kan lægerne være nervøse for, om patienter udskrives endnu tidligere end det er tilfældet i dag.

## Anmodning

Størstedelen af lægerne fortæller, at de ofte modtager elektroniske henvendelser fra hjemmesygeplejen, de oplever dog sjældent, at det er en anmodning om en fælles opfølgning efter en udskrivelse. Der er en fornemmelse af, at sygeplejerskerne ikke kender til, at det er en mulighed.

Nogle af lægerne fortæller, at de altid sender en meddelelse til kommunen, hvis de har aftalt et besøg hos en patient. De sender en meddelelse med invitation om deltagelse i besøg på en fastsat dato og tidspunkt. Oplevelsen er, at det er meget sjældent sygeplejerskerne deltager, ofte fordi de ikke kan få passet ind i deres kalender. I stedet tager lægen selv på besøg hos patienten, og sender efterfølgende en korrespondance til kommunen.

## Indhold

Når lægerne spørges til indholdet i en opfølgning fortæller de, at de ser det som en mulighed for at samle nogle ting sammen og komme hele vejen rundt. Det handler ifølge en læge, om at finde ud af hvad patienten har brug for og om de får den hjælp de skal have. Derudover handler det om at afstemme forventninger med patienten i forhold til fremtiden og fremtidige aftaler. Ligesom det er væsentligt at få lavet klare aftaler med sygeplejersken om, hvilke opgaver der skal løses af hvem

**Gevinst ved fælles  
opfølgning**

**- Forventningsafstemning**

og hvornår. Når der er lavet klare aftaler, er det efterfølgende lettere som praktiserende læge at reagere på en akut henvendelse fra en sygeplejerske, idet begge ved hvilke aftaler, der er lavet i forhold til patienten. Et par læger er også af den holdning, at det vil spare opkald og henvendelser fra hjemmesygeplejen, hvis der er

lavet en fælles plan efter en udskrivelse.

Lægerne oplever ligesom sygeplejerskerne, at der kan være en del løse ender, når patienter udskrives fra sygehuset, det handler både om, hvad der er foregået under indlæggelsen, medicinlister der ikke stemmer overens, manglende informationer og fremtidige aftaler. Derfor handler en opfølgning, om at få styr på en række områder.

*"Problemet er jo tit alt det der med, ja men så står hjemmeplejen og hjemmesygeplejersken derude og de er kommet hjem fra sygehuset og det er ét kaos. Der er nogen papirer og hvad får vi nu af medicin og det ene og det andet, og så ringer de så til os så. Vi ved heller ikke, hvad de får, vi har ikke fået nogen medicinliste. Så tog vi jo så derud, så sidder jeg bare og kigger på den liste de har med fra sygehuset ikke også, og så har jeg jo heller ikke min egen og det er lidt . . . det kræver noget koordinering, det kræver at øh at alle de der systemer og informationer er der. Altså du skal have alle informationer ellers kan du ikke lave nogen opfølgning, så skal du starte forfra. Så er der ikke nogen mening i det. Nogen gange har jeg følt, at jeg er der for og fortælle sygeplejersken hvad det er der er foregået og så sidder jeg og gætter . fordi de ved heller ikke hvad det er der er foregået. Og så er det sådan lidt hmm..."*

Ligesom sygeplejerskerne fortæller lægerne, at problematikken omkring medicin fylder en del under en opfølgning. Medicinlister der ikke stemmer overens, er noget af det første lægerne nævner, når de spørges til, hvad en opfølgning bruges til. En læge undrer sig over, at det kan være nødvendigt med en medicingennemgang efter en udskrivelse, idet han mener, at den burde være lavet på sygehuset.

En læge fortæller om et typisk eksempel på en opfølgning:

**En barriere for  
fælles opfølgning**

**- Arbejdstider**

*"Tit oplever vi egentlig at hjemmesygeplejersken er meget frustreret på patientens vegne ikke, ved at sige, nu har de været på sygehuset i en uge, og de kommer hjem og ser lige så dårlige ud som før ikke også. Jamen det er jo fordi, det er det sygdommen er, lige den der forklaring der så ligger bagved og sige okay det her det kan faktisk ikke helbredes. Det kan man ikke gøre mere ved. Så ligesom og få rykket det der normalområde og sige hov hvad er det der er målet her ikke også. Ja*



*men målet er ikke at de bliver rask, fordi det kan ikke lade sig gøre. Men så må vi jo reagere efter de forhold der er, og behandle og pleje dem så godt man kan under de givne forhold. Og tage den snak og sætte hvad kan man sige sætte overliggeren der hvor den skal være ikke.”*

Det kan også være i situationer, hvor patientens pårørende gentagne gange ytrer ønske om, at patienten skal indlægges igen, fordi vedkomne ikke er rask. I sådanne situationer oplever de praktiserende læger at blive kontaktet, så de kan være med til at forklare de pårørende, hvordan situationen ser ud, og hvilke fremtidsudsigter der er.

En del af lægerne oplever, at nogle af de ting der kommer styr på under en opfølgning ikke er til direkte gavn for patienterne. Det opfattes mere som en koordinering, hvor der kommer styr på de grundlæggende aftaler, så alle ved hvad der foregår.

### **Tolkning af aftalen**

Som tidligere omtalt fortæller flere af lægerne, at de oplever, at der er overlap mellem § 2 aftalen om opfølgning og koordination efter udskrivelse og andre ydelser fx terminale besøg eller opfølgende besøg. Det kan således i situationen være svært at lave en skarp adskillelse.

Under alle 3 fokusgruppeinterviews med praktiserende læger bliver formuleringerne og indholdet i aftalen diskuteret, og det bliver tydeligt, at der er flere tolkninger af indholdet i aftalen. Bl.a. bliver det diskuteret, hvorvidt det er et krav at begge parter skal være til stede,

eller om det er et krav at man skal meddele det til kommunen, hvis man tager på besøg i hjemmet.

**En barriere for  
opfølgning**  
**- Kendskab til  
aftalens indhold**

*”A: Der står faktisk, at hvis der ikke er en sygeplejerske til stede, så skal du i hvert fald meddele det.*

*B: Nå en meddelelse bagefter, okay”*

Eller

*”A: nu er det her relateret til udskrevne patienter, men der hvor vi ligesom også har problemer, det har så ikke noget med det her at gøre grundlæggende, men kunne godt, det er at vi oplever et funktionsfald et funktionstab som*

*B: der kan du godt bruge den her også. Det gælder ikke kun udskrivelser*

*A: okay deet*

*B: paragraf 2 aftalen er både udskrivelse, koordinering, opfølgning efter syghusindlæggelse eller netop det du siger, hvis der er en anden speciel situation der fører til et voldsomt funktionstab, det står der faktisk*

*A: nå okay det står der”.*

Et andet element som lægerne undrer sig over er aftalen om, at 50 % af opfølgningerne må udføres i konsultationen. De undrer sig over hvorfor det lige er 50 %, og hvad begrundelsen herfor er. Flere af lægerne ville foretrække, hvis flere opfølgninger kunne foregå i konsultationen. Dette med begrundelse i, at en opfølgning i hjemmet tager tid. Det er dog for størstedelen af de patienter, hvor en opfølgning er relevant, ikke fysisk muligt.

Lægerne finder honoreringen for en opfølgning rimelig, da det tager tid og det er ressourcekrævende.

### **Udgående aktivitet**

Opfølgninger i patientens hjem opfattes som tidskrævende, hvilket er en begrundelse for, at de holdes på et minimum, og at en del problematikker i stedet klares over telefonen eller mail.

*”Det er mange gange noget man har klaret på telefon ikke, altså hvor man sådan øh har fået det ind og der kunne man lige så godt lave sådan en [opfølgning], men hvis ikke der er sådan en fast ramme om det, så bliver det lidt af en tidsrøver og det der får os til lidt at tænke sig om ikke”*

*A: Nej det bliver holdt på et minimum, det er jo en tilsætningsforretning og skulle køre sygebesøg. Og altså en tidsrøver, der kan man nå en patient på en time hvis man skal køre, med mindre de er linet op i rækker og dynen er slået op.*

*B: der er ikke mange penge i det*

*C: altså vi kører nogen få akutte besøg, altså det er jo netop derfor vi har fået de her to ordninger, altså opfølgende hjemmebesøg og så den anden til kroniske og terminale, så er det jo en tidssluger, men det er et stykke arbejde hvor jeg synes det kan, det er det værd.*

*A: helt sikkert*

Netop fordi det opfattes som en ”tidsrøver”, er det væsentligt at der er en vis struktur på en opfølgning samt at alle relevante informationer er tilgængelige. En læge fortæller, at han ind i mellem oplever, når han kaldes ud til en patient, at hjemmesygeplejersken ikke er forberedt, fx er der ikke målt basale værdier som blodtryk, puls og lignende. Dette opfattes fra lægens side som useriøst, og det påvirker kvaliteten i opfølgningen.

At skulle køre hjem til en patient betyder at noget af lægens tid går med transport mellem klinikken og hjemmet. For nogle lægers vedkomne betyder det, at de skal køre over længere afstande, hvilket er medvirkende til at opfølgninger opfattes som tidskrævende.

## Samarbejde med kommunen

En del af lægerne fortæller, at de savner den personlige kontakt til medarbejderne i kommunen. En læge beskriver kommunen opfattes som "grå masse", der er opdelt i en masse afdelinger, distrikter og områder, som jævnligt er under omstrukturering, hvilket er med til at skabe forvirring.

Elektronisk kommunikation med hjemmesygeplejen fungerer ifølge lægerne udmærket, men det er upersonligt, og det kan være svært at finde ud af, hvem man skal kontakte.

*"A: Vi plejer jo at blive beskyldt for at være meget svært tilgængelige, der er altid optaget i telefonen, eller også så ... og det er et af de, og det er også delvist rigtigt. Men et af vores store problemer synes jeg i den tværkommunale og kommunale samarbejde er dels gennemsigtigheden. Altså dels hvad er det for en ressourceperson vi skal have fat i, vi må jo ikke, almindeligvis i hvert fald ikke lige ringe til den hjemmesygeplejerske vi ved der har med det at gøre. De må ikke oplyse deres mobiltelefonnummer, det skal gå over det der "*

B: centralen"

En del af lægerne oplever, at det kan være svært at få kontakt til den ressourceperson de skal samarbejde med, hvilket har en indvirkning på samarbejdet.

Lægerne giver udtryk for, at hvis hjemmesygeplejersken anmoder om, at lægen skal mødes med dem i patientens hjem, så skal det være på

baggrund af et fagligt oplæg om en problemstilling. En læge siger: *"det nytter ikke at jeg får en anmodning om at jeg skal tage der ud og se hvordan det går"*. Lægen har brug for et oplæg hvor de konkrete problemstillinger præciseres.

Ligesom sygeplejerskerne oplever lægerne, at arbejdstider kan være en forhindring for at mødes i patientens hjem. For lægen kan det være svært at give et præcist klokkeslæt, idet arbejdsdagen afhænger af hvordan arbejdet i klinikken kører. Derudover fortæller en del af lægerne, at de kører ud fra klinikken efter kl. 15.00. Hvis lægen kommer på et plejehjem efter kl. 15.00, vil han i mange tilfælde opleve, at der ikke er en sygeplejerske til stede. I stedet vil det være aftenvagten som står til rådighed, men vedkomne er ikke den der har den daglige kontakt med patienten, og derfor vil udbyttet af besøget være påvirket heraf.

**En barriere for  
fælles opfølgning  
- Tilgængelighed**

## Samarbejde med sygehuset

En generel udtalelse blandt lægerne er, at patienter i dag udskrives for tidligt. Flere fortæller, at hvis de oplever, at patienten ikke er færdigbehandlet, får de vedkomne indlagt igen.

Lægerne oplever også at en del patienter, som kommer hjem endnu ikke er færdigbehandlede.

Dvs. de kommer hjem, men de skal alligevel ind til en række undersøgelser på sygehuset.

Sygehuset har således ikke helt sluppet dem, og praksis har ikke helt taget imod dem. På en del af disse patienter får de ikke en epikrise før de er helt færdigbehandlede, så lægen har i princippet ikke viden om indlæggelsen før patient, pårørende eller kommunen gør dem opmærksom herpå.

Som det også er omtalt tidligere oplever lægerne, at de mangler informationer, når en patient har været indlagt. De kræver ind i mellem lidt af et detektivarbejde at finde frem til de relevante oplysninger. I forhold til modtagelse af epikriser fortæller lægerne, at det kan tage alt fra 1 dag til 8 måneder. Et generelt indtryk er dog, at der er sket forbedringer på området.

En barriere for  
fælles opfølgning

- Patienten er ikke  
færdigbehandlet

## Opsamling

En opdeling af gevinster ved og barrierer for opfølgninger baseret på interviewene med de praktiserende læge kan se ud som følger.

### *Gevinster ved opfølgning hvor læge og sygeplejerske mødes i patientens hjem*

- Helhedsblik på patienten
- Flere problemstillinger kan samles og gennemgås
- Forventningsafstemning med patient, pårørende og sygeplejersken
- Fælles aftaler
- Færre opkald

### *Barrierer for gennemførsel af opfølgning i patientens hjem*

- Arbejdstider
- Kendskab til og tolkning af aftalens indhold
- Manglende informationer om indlæggelsen
- Kultur
- Ressourcekrævende

## Litteratur

Fagligt Udvalg vedr. Almen Praksis (2008): *Opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse - Ydelsesbeskrivelse*. Praktiserende Lægers Organisation. November 2008

Hansen, Jakob; Grøn, Lone; Obel, Josephine; Bræmer, Marie Højlund (2007): *Tovholder i praksis – en antropologisk undersøgelse af alment praktiserende lægers opfattelse af rollen som tovholder*. Kort sagt udgave. Dansk Sundhedsinstitut.

Jakobsen, Helle Neel; Rytter, Lars; Rønholt, Finn; Hammer, Anna Viola; Andreasen, Anne Helms; Nissen, Aase; Kjellberg, Jacob & Stadsgaard, Karin (2007): *Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus*. Sundhedsstyrelsen. Enheden for Medicinsk Teknologivurdering. Puljeprojekter 2007;7 (4)

Kvale, Steinar (1997): *Interview – en introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. 1. udgave. 13. oplag. Hans Reitzels Forlag

Oxholm, Anne Sophie & Kjellberg, Jakob (2011): *Delrapport fra Vestklyngen i Region Midtjylland: Erfaringer med opfølgende hjemmebesøg – omkostningsanalyse med særlig fokus på de kommunaløkonomiske omkostninger*. Dansk Sundhedsinstitut

Region Syddanmark (2011): *Aftale i Samarbejdsudvalget vedr. almen lægegering om systematik i medicingennemgang for ældre patienter*. <http://www.visinfosyd.dk/default.asp?id=349648>

Region Syddanmark (2008): *Indsatsen for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark*. 9. version, juli 2008.

Voss, Henning (2009): *Implementering af opfølgende hjemmebesøg*. Dansk Sundhedsinstitut.

§ 2 aftale om opfølgning og koordination efter udskrivelse,

<http://www.visinfosyd.dk/default.asp?id=351619>

## **Oversigt over bilag**

1. Orienteringsbrev til praktiserende læger
2. Vejledende tjekliste – registreringskema
3. Invitation til deltagelse i fokusgruppeinterview – praktiserende læger
4. Interviewguide
5. Samlet oversigt over kvantitativ opgørelse

