

Kvalitativ evaluering af opfølgende hjemmebesøg i Vestklyngen



December 2010

Følgende kommuner har deltaget i rapporten *Kvalitativ evaluering af opfølgende hjemmebesøg i Vestklyngen*.
Ansvaret for denne rapport og dens konklusioner er alene forfatterens.



Struer Kommune



Ikast-Brandø kommune



Holstebro Kommune



Holstebro kommune



Ringkøbing-Skjern kommune

Indholdsfortegnelse

Forord.....	4
Sammenfatning	5
1.0 Indledning	6
1.1 Baggrund.....	6
1.2 Formål og relevans.....	8
2.0 Litteratur på området.....	9
2.1 Opfølgende Hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus.....	9
2.2 Kvalitativ evaluering af opfølgende hjemmebesøg i Københavns Kommune	10
2.3 Voss-rapporten	11
3.0 Rapportens tilrettelæggelse og metode	11
3.1 Spørgeguide	11
3.2 Semistrukturerede interviews.....	12
3.3 Udvalgelse af informanter.....	13
3.4 Bearbejdelse af interview og validitet.....	14
3.5 Analyse strategi:.....	14
4.0 Resultater	15
4.1 Samarbejde og udbytte.....	15
4.2 Organisering og planlægning af opfølgende hjemmebesøg i primærsektoren	16
4.3 Udbytte og udfordringer i forbindelse med det første opfølgende hjemmebesøg	18
4.4 Relevans	23
4.5 Andet og tredje opfølgende hjemmebesøg	27
4.6 Udbytte for borgeren.....	30
5.0 Sammenfatning og diskussion af evalueringen resultater	31
5.1 Organisering og planlægning af opfølgende hjemmebesøg i primærsektoren	32
5.2 Udbytte og udfordringer i forbindelse med første opfølgende hjemmebesøg	32
5.3 Relevans samt andet og tredje besøg	33
5.4 Udbytte for borgeren.....	34
5.5 Diskussion af evalueringens resultater.....	34
6.0 Referencer	39
7.0 Bilag	40
Bilag 1: Oversigt over forløb	40
Bilag 2: Besøgsskema	43
Bilag 3: Spørgeguide.....	45

Forord

Denne evaluering af opfølgende hjemmebesøg i Vest klyngen er udarbejdet af sociologistuderende Karina Vodstrup Johannesen. Evalueringen er gennemført som led i den studerendes kandidatuddannelse i sociologi ved Aalborg Universitet. Evalueringen bygger på en række interviews foretaget i Vestklyngens kommuner i efteråret 2010.

Ud over denne kvalitative evaluering foretages der en kommunal omkostningsanalyse af indsatsen opfølgende hjemmebesøg i Vestklyngen. Omkostningsanalysen foretages af Dansk Sundhedsinstitut og første del forventes offentliggjort primo 2011. Denne analyse har alene til formål at vurdere omkostningerne ved intervention. Den belyser således ikke de fag professionelle erfaringer, holdninger og meninger om interventionen. Nærværende rapport har derfor til formål netop at belyse disse områder ud fra et kvalitativt fokus og skal således ses som supplement til omkostningsanalysen, hvor der ikke er fokus på økonomiske incitamenter men derimod at få belyst de mere kvalitative værdier ved interventionen. Da det netop er de fag professionelle, der i praksis foretager interventionen, synes det relevant og nærliggende at stævne disse til spørgsmål omkring samarbejde, udfordringer og fordelene ved opfølgende hjemmebesøg.

Evalueringen henvender sig til et bredt publikum og kan læses af alle, der af den ene eller anden grund måtte have interesse i at få kendskab til de organisatoriske fordele og udfordringer i forbindelse med opfølgende hjemmebesøg. Rapporten kan dog med fordel læses af de kommunale beslutningstagere, der har interesse i at følge interventionen og effekten af denne.

Vestklyngens koordineringsgruppe har bistået med inspiration til evalueringen, rekruttering af informanter og generel sparring undervejs i forløbet. Gruppen takkes for godt samarbejde og faglig sparring. Endvidere takkes de praktiserende læger og hjemmesygeplejersker der velvilligt har stillet op til interview. Tak for jeres deltagelse, tid, engagement og tålmodighed.

Ansvar for denne rapport og dens konklusioner er alene forfatterens.

Karina Vodstrup Johannesen

December 2010

Sammenfatning

På baggrund af et ønske om at reducere omfanget af genindlæggelser, styrke det tværfaglige samarbejde og skabe et mere sammenhængende patientforløb for ældre og skrøbelige borgere implementerede Vestklyngen primo 2009 opfølgende hjemmebesøg efter Glostrup modellen. Gennemførelsen af opfølgende hjemmebesøg foregår i fire processer (1) Patientidentifikationen ved udskrivelse fra hospital (2) Den kommunale visitation sender henvisning til hjemmeplejen (3) hjemmesygeplejerskerne kontakter almen praksis med henblik på at planlægge besøget (4) Besøget gennemføres af praktiserende læge og hjemmesygeplejerske.

I denne evaluering fokuseres der udelukkende på de to sidst nævnte processer og i denne sammenhæng på hvordan det tværfaglige samarbejde forløber i primærsektoren. Evalueringen er baseret på en række interviews med de praktiserende læger og hjemmesygeplejersker i Vestklyngen. Evalueringen beskriver således faggruppernes erfaringer og holdninger til interventionen.

Evalueringen viser at der generel er en positiv indstilling til opfølgende hjemmebesøg, og at klinikerne i langt de fleste tilfælde ser interventionen som relevant og udbytterig.

Besøg der beskrives som særlig relevante er besøg hvor mange komplicerede forhold gør sig gældende og hvor der samtidig er mange uafklarheder. Besøg der vurderes mindre relevante er der hvor patienten er meget selvhjulpne, og i de tilfælde hvor der i forvejen er en meget tæt kontakt mellem borger, almen praksis og hjemmeplejen. Ved disse besøg vurderes det samlede udbytte af besøgene ikke at overstige tiden der bruges på gennemførelsen af besøgene, hvilket faggrupperne vurderer er tilfældet ved de meget relevante besøg. For at højne relevansen og holde motivationen oppe hos faggrupperne, foreslår aktørerne at der foretages en individuel behovsvurdering i de enkelte tilfælde.

Deltagerne fortæller at opfølgende hjemmebesøg i et hvis omfang har styrket samarbejdet og dialogen mellem læge og hjemmepleje. Implementeringen af opfølgende hjemmebesøg i Vestklyngen synes derved at være et initiativ der kan styrke det tværfaglige samarbejde. Et samarbejde som faggrupperne i øvrigt efterspørger i takt med øgningen af arbejdsopgaverne i primærsektoren.

1.0 Indledning

1.1 Baggrund

Analyser af sygehusindlæggelser, og i særdeleshed uhensigtsmæssige indlæggelser er ikke noget nyt og ukendt fænomen. I forlængelse heraf har der specielt i de seneste år været fokus på bedre og mere sammenhængende patientforløb. Der har længe været arbejdet med området hvor særligt ældre medicinske patienter har været i søgelyset. Det skyldes blandt andet, at en række undersøgelser har vist, at det er her uhensigtsmæssige indlæggelser primært forekommer (Vinge og Buch 2007). Derfor har der i de seneste år været fokus på tiltag som kan reducere omfanget af genindlæggelser af ældre medicinske patienter. Resultatet er en række initiativer, der alle, trods deres forskellige organisering og planlægning, har til formål at forhindre uhensigtsmæssige indlæggelser, styrke det tværsektorielle samarbejde og forbedre det samlede patientforløb. Tiltag som geriatriske teams, udgående sygeplejersker, kommunalt ansatte udskrivningskoordinatorer, følge-hjem ordninger og opfølgende hjemmebesøg er alle eksempler på sådanne initiativer (Voss 2009).

Kommunalreformen i 2007 har medvirket til, at kommunerne i høj grad har øget deres fokus på området. Det skyldes blandt andet at der med kommunalreformen fulgte en ny opgavefordeling på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet, så både kommunerne og regionen der har ansvaret for den patientrettede forebyggelse¹ (Sundhedsstyrelsen 2009). Dertil kommer, at kommunerne er blevet pålagt at medfinansiere alle hospitalsindlæggelser. Dette har naturligvis givet kommunerne et ekstra incitament for at iværksætte forebyggende tiltag, som kan reducere antallet af genindlæggelser. Et væsentligt element i kommunalreformen har desuden været at der skulle ske en forbedring af samarbejdet mellem region, kommune og praktiserende læger i forhold til det forebyggende sundhedsarbejde (ibid.).

På baggrund af et generelt ønske om at reducere omfanget af uhensigtsmæssige genindlæggelser, styrke det tværfaglige samarbejde og skabe et mere sammenhængende patientforløb

¹ Sundhedslovens § 119 forpligter regioner og kommuner til at varetage den borgerrettede og patientrettede sundhedsfremme og forebyggelse. Den patientrettede indsats skal dog ske i samarbejde med Regionerne, hvor konkrete samarbejdsindsatser og områder indskrives i sundhedsaftalerne. Sundhedsloven stiller specifikke krav om at sundhedsaftalerne skal indeholde en beskrivelse af, hvordan parterne forebygger uhensigtsmæssige indlæggelser (Sundhedsstyrelsen 2009)

implementerede Vestklyngen² i starten af 2009 opfølgende hjemmebesøg efter *Glostrup-modellen*. Ideen til opfølgende hjemmebesøg stammer fra et forskningsprojekt i Glostrup. Resultaterne er beskrevet i MTV-rapport og viser blandt andet, at interventionen nedbringer genindlæggelsesfrekvensen for ældre medicinske patienter med 23 procent (Neel Jakobsen 2007).

Det primære formål med opfølgende hjemmebesøg er at forhindre unødvendige genindlæggelser, men formålet er også at sikre gode sammenhængende patientforløb. I praksis betyder det, at patienten efter hospitalsindlæggelse og ud fra fastlagte kriterier tilbydes besøg i eget hjem, hvor både hjemmesygeplejerske og praktiserende læge konsultere borgeren. Modellen tilsigter, at første besøg foretages inden for ca. en uge efter udskrivelse fra sygehus. Dette opfølgende hjemmebesøg suppleres med to efterfølgende besøg henholdsvis tre og otte uger efter udskrivelse. Afhængig af borgerens aktuelle situation foretages de efterfølgende besøg i hjemmet eller i konsultation hos praktiserende læge³.

Desuden kan opfølgende hjemmebesøg ses som et middel for kommunerne og regionen til at afdække de snitfladeproblematikker, som opstår mellem sektorerne i forbindelse med den stigende opgaveglidning og som herved kan forbedre og udvikles.

I Vestklyngen er der forud for implementeringsfasen foregået en lokal tilpasning af intervention. Det betyder blandt andet, at målgruppe for opfølgende hjemmebesøg i Vestklyngen afviger fra målgruppen i forskningsprojektet i Glostrup. Der er angivet objektive og fleksible kriterier i forbindelse med udvælgelse af patienter. Konkret betyder det at opfølgende hjemmebesøg i kun tilbydes patienter der opflyder alle nedenstående

- medicinske patienter
- + 78 år
- Bopæl i en af Vestklyngens kommuner
- Patienten må ikke have en terminal erklæring

² Vestklyngen består af kommunerne omkring hospitalsenheds Vest, det vil sige Struer, Lemvig, Holstebro, Ikast-Brande, Herning og Ringkøbing-Skjern kommune

³ I bilag 1 er angivet en mere udførlig beskrivelse af implementeringsforløbet og de enkelte procedure omkring opfølgende hjemmebesøg.

- Patienten opfylder to eller flere af de fleksible inklusionskriterier som et fagligt udvalg i Vestklyngen har udarbejdet⁴

Da implementeringsfasen og dataindsamlingen til omkostningsanalysen ophørte 28 februar 2010, blev patientgruppen ikke længere inddelt i en interventions- og kontrolgruppe. Det betyder, at alle patienter, der opfylder kriterierne ved udskrivelse, tilbydes opfølgende hjemmebesøg i Vest klyngen.

1.2 Formål og relevans

Formålet med denne evaluering er at samle og beskrive primærsektorens erfaringer i forbindelse med opfølgende hjemmebesøg. Ultimo 2010 har ordningen kørt i to år og de fagprofessionelle, der inddrages i arbejdet med opfølgende hjemmebesøg formodes at besidde en efterhånden stor mængde viden og erfaring på området. Erfaringerne ses som lærende i forhold til det videre arbejde med opfølgende hjemmebesøg, og kan derfor ses som et redskab til fremadrettede tilpasninger af interventionen.

Modellen for opfølgende hjemmebesøg er en kompliceret og skrøbelig størrelse. Kompliceret, fordi der er mange led og mange forskellige aktører på banen og herved forskellige organisationskulturer og incitamentsstrukturer. Skrøbelig, fordi modellen mister sin relevans og gennemslagskraft, hvis ikke alle parter støtter op omkring ordningen og følger modellens anvisninger. Desuden presses aktørerne af en fortravlet hverdag, hvor tiden er knap og opgaverne mange. Med etableringen af opfølgende hjemmebesøg i Vestklyngen er der i primærsektoren såvel som i sekundærsektoren således opstået et øget behov for samordning og kommunikation på tværs af faggrupper og sektorer. Der er tidligere foretaget en lignende undersøgelse af opfølgende hjemmebesøg. Rapporten er skrevet af projektleder Henning Voss under titlen *"Implementering af opfølgende hjemmebesøg – Hvad kan andre lære af 11 kommunernes foreløbige erfaringer"* (Voss 2009). Rapportens formål og resultater præsenteres mere indgående i afsnit 2.1. Forfatteren bag rapporten pointerer, at implementering af opfølgende hjemmebesøg ikke er endelig belyst og for at give en bedre forståelse bør der igangsættes en yderligere erfaringsopsamling (Voss 2009). Denne rapport forsøger på lignende vis at samle og beskrive de sundhedsfaglige aktørers erfaringer med opfølgende

⁴ Sygeplejepersonalet foretager helhedsvurdering af patienten ved udskrivelse, og vurderer herudfra om patienten opfylder et eller flere inklusionskriterier. De fleksible inklusionskriterier er angivet i besøgsskemaets begyndelse (Jf. bilag 2)

hjemmebesøg. Der er dog foretaget en afgrænsning. Som tidligere nævnt afgrænses evalueringen til de erfaringer primærsektoren sundhedsfaglige aktører har gjort sig i forbindelse med implementeringen og efterfølgende i daglig drift. Begrundelsen for at det netop er primærsektoren der vises særlig opmærksomhed skyldes blandt andet at der fra Vest klyngens koordineringsgruppe har været et ønske om at få belyst denne organisatoriske del af opfølgende hjemmebesøg.

Evalueringen har til formål at belyse følgende tematikker:

- Samarbejde mellem faggrupperne
- Fagligt udbytte af opfølgende hjemmebesøg
- Holdning til, og prioritering af opfølgende hjemmebesøg
- Faggruppernes oplevelse af udbytte for borgeren/patienten
- 2. og 3. opfølgende hjemmebesøg
- Relevans

2.0 Litteratur på området

I forbindelse med planlægningen af denne evaluering er der foretaget en litteratursøgning. Formålet med litteratursøgningen har været at afdække den viden, som på nuværende tidspunkt foreligger omkring interventionen, særligt i forhold opfølgende hjemmebesøg i Vest klyngen. Der er ved litteratursøgningen fundet tre rapporter, som alle omhandler opfølgende hjemmebesøg. Der eksisterer naturligvis andre rapporter hvori opfølgende hjemmebesøg er i fokus. Disse fravælges imidlertid da formålet ikke har været at undersøge opfølgende hjemmebesøg direkte. Undersøgelserne inddrages desuden i afsnit 5.5, hvor evalueringens resultater diskuteres.

Litteratursøgning er afgrænset ved at der kun er søgt dansk litteratur på området. I forbindelse med litteratursøgningen er der lagt særligt vægt på at opspore rapporter eller dele af rapporter hvori de kvalitative værdier ved interventionen undersøges. I de efterfølgende afsnit opsummeres de enkelte rapporter kort.

2.1 Opfølgende Hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus

I 2003-2005 blev der gennemført en medicinsk teknologivurdering af opfølgende hjemmebesøg i form af et randomiseret, kontrolleret interventionsstudie i Glostrup (*Glostrupundersøgelsen*). I

rapporten er de organisatoriske forhold belyst ved spørgeskemaundersøgelser og fokusgruppeinterview. Fokus er rettet mod de forudsætninger, barrierer og konfliktpunkter der er ved en implementering af opfølgende hjemmebesøg.

Analysen har blandt andet identificeret en række udfordringer i forbindelse med gennemførelsen af opfølgning i primærsektoren. Samarbejdet mellem den praktiserende læge og hjemmesygeplejen er præget af praktiske problemer med at koordinere tidspunktet for det fælles besøg, og af at få kontakt med hinanden. Det kræver således vilje til fleksibilitet og prioritering. Aktørerne efterlyser retningslinjer for, hvad der skal fokuseres på under besøgende for at skabe ensretning og kvalitet. En gevinst ved at aflægge fælles hjemmebesøg er, at den personlige kontakt mellem praktiserende læge og hjemmesygeplejerske forbedres. Besøgende medvirker også til at eventuelle fordomme og faglige barrierer nedbrydes. Endvidere kan besøgene bidrage til at efterfølgende kontakter omkring den pågældende patient eller andre fælles patienter bliver nemmere. Det er vigtigt for de sundhedsfaglige aktørers motivation, at det er patienter med et særligt behov, der tilbydes opfølgning. De praktiserende læger og hjemmesygeplejersker udtrykker desuden bekymring for om opfølgning i hjemmet kan medføre, at patienterne udskrives tidligere end ellers (Neel Jakobsen 2007).

2.2 Kvalitativ evaluering af opfølgende hjemmebesøg i Københavns Kommune

Analyseenheden Anvendt Kommunal Forskning udgav i september 2010 rapporten *"Kvalitativ evaluering af organiseringen af opfølgende hjemmebesøg i Københavns Kommune"*. Formålet med evalueringen har været at belyse de organisatoriske udfordringer i forhold til implementering af opfølgende hjemmebesøg. Evalueringen er baseret på en kvalitativ undersøgelse hvor der er foretaget fokusgruppeinterview med blandt andre hjemmesygeplejersker og individuelle interviews med praktiserende læger.

Evalueringen viser at aktørerne generelt har en positiv indstilling til opfølgende hjemmebesøg. De sundhedsfaglige aktører udviser stor vilje til at få optimeret processen omkring besøgende. Generelt vurderes patientgruppen og indholdet af det opfølgende hjemmebesøg relevant. I almen praksis er udfordringen primært at få de praktiserende læger til at deltage mere aktivt i opfølgende hjemmebesøg. Evalueringen foreslår, at problemstillingen kan løses ved forpligtende aftaler på området, fx ved bindende sundhedsaftaler, give lægerne en højere honorering samt skabe en højere

grad af fleksibilitet i ordningen. Københavns kommune har desuden taget initiativ til, oplysningsaktivitet og kompetenceudvikling på tværs af faggrupperne og sektorer. Formålet med disse, er blandt andet at forbedre samarbejdet, og dialogen omkring opfølgende hjemmebesøg på tværs af sundhedssektorerne (oplysnings (Hjalmer 2010)

2.3 Voss-rapporten

Den sidste rapport der refereres til er *"Implementering af opfølgende hjemmebesøg. Hvad kan andre lære af 11 kommuners foreløbige erfaringer"*. På landsplan har opfølgende hjemmebesøg indtil videre været afprøvet i 11⁵ af landets 98 kommuner. Formålet med rapporten har været at samle kommunernes foreløbige implementeringserfaringer. Rapporten ses som særlig relevant, da netop Vestklyngens første og foreløbige implementeringserfaringer beskrives. Rapporten har benyttet sig af flere forskellige datakilder, herunder interviews med hjemmesygeplejersker og almen praksis.

På tværs af de 11 kommuner finder rapporten tre væsentlige fællestræk. For det første peger rapporten på at klinikerne er begejstrede for tiltaget og finder det meningsfuldt og relevant at implementere opfølgende hjemmebesøg. Klinikerne er desuden enige om at det er svært at komme i gang med interventionen, fordi det kræver samarbejde på tværs af sektorerne. For det andet peger klinikerne på, at en lokal tilpasning af modellen vil kunne forbedre ejerskabet med interventionen. Rapporten viser at kommunerne i Vestklyngen på visse områder har gennemført en lokal tilpasning.

3.0 Rapportens tilrettelæggelse og metode

Med henblik på at belyse hjemmesygeplejerskerne og de praktiserende lægers erfaringer og holdning til de tidligere nævnte temaer (jf. afsnit 1.2) er der gennemført en række kvalitative interviews. Det er disse der tilsammen udgør evalueringens empiriske datagrundlag. I det følgende redegøres for udformningen af evalueringens spørgeguide, det semistrukturerede interview, udvælgelse af informanter og endeligt redegøres der for bearbejdning og evalueringens validitet. Afslutningsvis vil der foreligge en kort beskrivelse af evalueringens analysestrategi.

3.1 Spørgeguide

Inspirationen til spørgeguidens tematikker, er fundet igennem en række kanaler. En del af tematikkerne har en teoretisk forankring. Det drejer sig blandt andet om temaerne, hvori det

⁵ Kommunerne hvor opfølgende hjemmebesøg har været afprøvet er: Herning, Struer, Holstebro, Ringkøbing-Skjern, Lemvig, Ikast-Brande, Faxe, København, Kolding, Fredericia og Aalborg kommune

tværsektorielle samarbejde belyses. Andre temaer kan betegnes som ”genbrugs” temaer, hvilket skal forstås således, at temaerne har været benyttet i andre lignende undersøgelser, herunder de tre rapporter, som tidligere er beskrevet i afsnit 2. Endeligt er en del af tematikkerne udarbejdet med henblik på at få belyst lokale forhold herunder eventuelle problemstillinger. Viden omkring de lokale forhold og problemstillinger er hentet fra rapporten skrevet af Henning Voss, samt det feltarbejde undertegnede i evalueringens opstartsfasen har været en del af. Idet spørgeguiden både har et teoretisk og empirisk forankring formodes det at højne evalueringens datagrundlag. Således kan der ved brug af denne metodiske tilgang opnås en bred og beskrivende analyse der ikke kun arbejder med et enkelt tema men efterstræber at genere viden om flere forskellige aspekter set ud fra faggruppernes forskellige perspektiv⁶.

3. 2 Semistrukturerede interviews

Datagrundlaget for den forestående analyse udgøres af et kvalitativt interviewmateriale, som består af en række semistrukturerede individuelle samt fokusgruppeinterviews med hjemmesygeplejerskerne og de praktiserende læger i Vestklyngen. Det vil sige, at der blev udviklet en spørgeramme med temaer, som ønskedes belyst under interviewene (jf. afsnit 3.1), men at spørgsmål og temaer under interviewet kom i en rækkefølge og i et omfang, som afhang af, hvordan samtalen udviklede sig. Fordelen ved at benytte semistrukturerede interview er netop at denne form tillader informanterne at springe rundt i spørgeguidens tematikker. Der følges ingen stringent retning under interviewet, hvilket også giver informanterne mulighed for at gå ud over de egentlig tematikker. Herved kan informanterne beskrive fordele eller udfordringer ved interventionen som ikke afdækkes af spørgerammen (Kvale 2007).

Der er i alt gennemført 14 interviews, fordelt som nedenstående angiver

- to fokusgruppe interview med hjemmesygeplejersker
- seks individuelle interview med praktiserende læger
- seks individuelle interview med hjemmesygeplejersker

Fordelen ved fokusgruppeinterview er, at det giver en god mulighed for erfaringsudveksling, som i mange situationer kan give interviewet ”noget ekstra”. Trods dette kan interviewform også være

⁶ Der er udarbejdet interviewguide til henholdsvis hjemmesygeplejerskerne og de praktiserende læger. Et eksempel på interviewguide kan ses i bilag 3

med til at holde individuelle holdninger tilbage (Halkier 2006). Derfor er det individuelle interview i nærværende evaluering pointeret frem for fokusgruppeinterview. Der er gennemført gruppeinterview i de sygeplejeenheder, hvor hjemmesygeplejerskerne selv har taget initiativ til at samle grupperne. Interviewene er gennemført på deltagernes arbejdsplads. Informanterne blev forud for interviewet oplyst om, at de ville være anonyme i evalueringen. Samtlige interview er optaget på diktafon

3.3 Udvalgelse af informanter

I forbindelse med udvælgelse af informanter til evalueringen af opfølgende hjemmebesøg i Vestklyngen er der metodisk benyttet en systematisk formålsbestemt tilgang. Metoden foreskriver at udvælgelsen af deltagere helt afhænger af hvad det konkrete formål er, og at der bevidst skal søges informationsrige deltagere for at opnå dybde i ens analyser (Patton 1999).

Vest klyngens koordineringsgruppen har bistået med kontakt oplysninger i forbindelse med rekruttering af informanter. Dette resulterede i et stort antal telefonnumre og e-mail adresser på hjemmesygeplejersker og praktiserende læger i Vestklyngen. En uset udfordring blev heraf at få koordineret og aftalt dato og tidspunkt med de enkelte informanter. Koordineringen viste sig at være en både tids - og praktisk krævende opgave.

Evalueringen efterstræber at mindst én sygeplejerske og én læge fra hver af Vestklyngens seks kommuner er repræsenteret i evalueringen. Baggrunden for dette er for det første at gøre evalueringen repræsentativ for Vestklyngen. For det andet belyses de lokale variationer, som givetvis forekommer i forbindelse med opfølgende hjemmebesøg ved denne metodiske tilgang.

En del af informanterne i almen praksis udgøres af kommunernes praksiskonsulenter på opfølgende hjemmebesøg I hjemmepjejen udgør en del af informanterne den tovholder eller kontaktperson der er tilknyttet opfølgende hjemmebesøg. Der er både fordele og ulemper ved at rekruttere denne type af informanter. En af fordelene er, at disse informanter i kraft af deres stilling som kontaktperson/praksiskonsulent formentlig har et godt og bredt kendskab til interventionen. En ulempe er derimod, at informanterne i kraft af deres stilling kan have en generel mere positiv holdning til interventionen, hvilket kan give bias i evalueringens resultater. Såfremt et alternativ til

informanterne ikke findes, kan ulemperne være svære at undgå. Der må derfor tages forbehold herfor i undersøgelsens resultater (Bryman 2001).

3.4 Bearbejdelse af interview og validitet

For at give et bedre overblik over det omfangsrige datamateriale er alle interviewene blevet transskriberet. Det er i denne forbindelse vigtigt at huske på, at transskriptioner ikke i sig selv er *de* faktisk empiriske data, men snarer en subjektiv fortolkning af det sagte (Kvale 2007). I nærværende har det overordnede hensyn i forbindelse med transskriberingsprocessen været respekten for informanternes egne forståelser og fortolkninger. Derfor er der anvendt mange citater i evalueringen, og citaterne er søgt gengivet i en vis længde, så sammenhængen fremstår så tydelig som mulig. Dette ligger i øvrigt i god tråd med evalueringens primære formål, om at uarbejde en evaluering, som i vid udstrækning beskriver faggruppernes erfaringer (jf. afsnit 1.2).

Det kvalitative forskningsinterview kritiseres ofte for at dens manglende objektivitet. Med dette menes, at forskeren ofte lader sig styre af sine subjektive holdninger og meninger, og at dette i værste fald kan styre interviewet i en bestemt retning. Styres interviewet i en bestemt retning kan det naturligvis få betydning i den videre fortolkningsproces (Kvale 2007, Bryman 2001). Disse problemstillinger er i nærværende forsøgt imødekommet ved udarbejdelsen af spørgeguiden. Tematikkerne er således ikke funderet i udelukkende personlige og subjektive holdninger om hvad der kunne være interessant at belyse i forbindelse med primærsektorens erfaringer med opfølgende hjemmebesøg. Der har fra undertegnede side været et bevidst ønske om at distancere sig fra subjektive holdninger og eventuelle udefra kommende påvirkninger. Derfor er der i spørgeguiden taget afsæt i et teoretisk såvel som empirisk udgangspunkt.

3.5 Analyse strategi:

Inden evalueringens egentlige resultater præsenteres, redegøres der i følgende afsnit kort for rapportens analysestrategi. Evalueringen sigter mod at indsamle empirisk viden på området og forestående analyse tager således i afsæt i den fænomenologiske tradition. Kort fortalt forstår fænomenologien de sociale fænomener ud fra aktørens egne perspektiver og beskriver verden, således som den opleves af interviewpersonerne, og ud fra den forudsætning, at den afgørende virkelighed er, hvad mennesker opfatter den som (Kvale 2007). Det er denne analytiske tilgang der benyttes i nærværende, hvor klinikernes erfaringer, meninger og holdninger beskrives.

En stor del af analysearbejdet består i at systematisere data, så det fremstår overskueligt og tilgængeligt til brug i den videre fortolkningsproces. I nærværende er dette gjort på følgende måde: Det transskriberede datamateriale gennemgås og kodes systematisk for temaer. Hvert tema har forud for denne kodningsproces fået angivet en farve. Hvert tema har så at sige hver deres farvekode. Efterfølgende er der lavet en systematisk gennemgang og analyse af materialet ud fra de fremkomne temaer og problemområder. Interviewene er sammenlignet for at identificere generelle mønstre i data. Et vigtigt element i analysen af materialet har været at belyse de mere generelle mønstre i deltagernes erfaringer og samtidig fastholde og illustrere den kompleksitet og mangfoldighed, som deltagerne gav udtryk for

4.0 Resultater

Formålet med denne evaluering er at beskrive de fordele og udfordringer de praktiserende læger og hjemmesygeplejersker oplever i det daglige i forbindelse med opfølgende hjemmebesøg.

Analysen tager udgangspunkt i spørgeguidens tematikker. Omdrejningspunktet for analysen er således at beskrive hvordan faggrupperne oplever samarbejde, udbytte og relevans. Analysen belyser også, hvordan faggruppernes erfaringer og holdninger til anden og tredje opfølgende hjemmebesøg er. Afslutningsvist anskueliggør analysen i et vist omfang et borgerperspektiv, givet ved faggruppernes erfaringer og oplevelser.

4.1 Samarbejde og udbytte

Hensigten med evalueringen af opfølgende hjemmebesøg i Vestklyngen er blandt andet at beskrive lægernes og sygeplejerskernes samarbejde i forbindelse med planlægning og gennemførelse af opfølgende hjemmebesøg. Et centralt element i mange af de tiltag⁷, der har til formål at skabe et forbedret udskrivningsforløb, er at styrke samarbejdet mellem hospitalets medicinske afdelinger, kommunens ældrepleje og patientens praktiserende læge (Voss 2009). Ud fra denne optik kan samarbejdet mellem almen praksis og hjemmeplejen altså udgøre vigtig brik i forhold til gennemførelsen og udbytte af opfølgende hjemmebesøg. Derfor synes det relevant at sætte fokus på samarbejdet mellem hjemmesygeplejerskerne og de praktiserende læger hvilket der redegøres for i analysen.

⁷ Eksempler på tiltag er som tidligere nævnt: geriatiske teams, udgående sygeplejersker, kommunalt ansatte udskrivningskoordinatorer og følge-hjem ordninger (Voss 2009)

Det efterfølgende afsnit beskriver, hvordan hjemmesygeplejerskerne og de praktiserende læger aftaler og organiserer opfølgende hjemmebesøg i praksis. Derefter fokuserer evalueringen på udbytte og udfordringer i forbindelse med opfølgende hjemmebesøg. I forlængelse heraf belyses, om faggrupperne vurderer og erfarer opfølgende hjemmebesøg som katalysator til at styrke samarbejdet mellem primærsektorens sundhedsaktører.

4.2 Organisering og planlægning af opfølgende hjemmebesøg i primærsektoren

Det er hjemmesygeplejerskerne der tager de første initiativer til at få planlagt det første opfølgende hjemmebesøg. Efter at have modtaget henvisning fra visitatorerne eller fra hospitalet kontakter de fleste hjemmesygeplejersker det pågældende lægehus ved at sende en fax. Enkelte ringer til lægen og aftaler i samarbejde med lægen eller lægesekretæren en dato og et tidspunkt for mødet. En enkelt af sygeplejegrupperne i Vestklyngen kontakter lægen med konkrete datoforslag. Gruppen forklarer, at de på denne måde føler, at de er med til sætte dagsorden for hvornår mødet afholdes. Hovedparten af sygeplejerskerne lader dog lægerne om at anvise dato og tidspunkt, da de oplever at de er mere fleksible end lægerne, en hjemmesygeplejerske fortæller:

Vi [hjemmesygeplejerskerne] er ret fleksible (...) hvis lægen kommer med en dato og det ikke sådan er fuldstændig... at vi skal til personalemøde eller sådan... hvor vi bare må sige at der kan vi bare ikke så indretter vi os på det, også bliver det der når de kan, fordi det er jo ligesom dem...de er jo ikke så fleksible som vi er

Denne holdning går igen hos en del af de praktiserende læger. En af lægerne fortæller det på denne måde: "... Vi [de praktiserende læger] skal give forslag til tiden, for det er ofte os der har svært ved at finde hullerne, også sender vi et forslag til et tidspunkt også, får vi en bekræftelse på om det kan lade sig gøre eller ej".

De sygeplejersker og læger, der i forbindelse med evalueringen er blevet interviewet, giver udtryk for, at planlægningen af det første opfølgende hjemmebesøg generelt forløber uden de store forhindringer. Faggrupperne synes overvejende at have fundet en fælles arbejdsgang i planlægningen, som fungerer godt. En af lægerne udtrykker det på følgende vis "... jeg synes egentlig, at det er forholdsvis nemt med den logistik, der foregår omkring det". Hjemmesygeplejerskerne fortæller, at de ofte oplever, at lægerne prioritere at tage ud på opfølgende

hjemmebesøg, og at der er en god velvilje til at få aftalt møderne ude hos borgeren. En af de mere praktisk udfordringer er at gennemføre det første besøg indenfor den tidsramme modellen tilskriver (5-8 dage efter udskrivelse). Man vil dog hellere udskyde besøget, end helt aflyse. Udskydes besøget kan dette imidlertid også give problemer, hvilket nedenstående citat er et udtryk for:

Så snart vi kommer ind i lidt ferie perioder kan der hurtig gå 14 dage, [inden besøget afvikles] og jeg har så også oplevet et par gange, hvor jeg næsten har nået at få for mange besøg i hjemmet, hvor jeg godt ville have haft lægen på (...) hvor jeg har mærket behovet for det, og det havde nu været rart, hvis de [lægerne] havde været med lidt før (hjemmesygeplejerske)

I planlægningsfasen oplever enkelte, at de henvisninger, der faxes til lægen ikke bliver besvaret, hvilket opleves som et stort irritationsmonument

Nogle af mine kollegaer (...) har oplevet, at de har faxet det [henvisningen] til lægen, også hører vi ikke mere, jeg siger ikke det er mange, men der er nogen, der er sådan, og så har vi faktisk haft det sådan, at så rykkede vi for det, så ringede vi til lægen og siger ”ja altså vi har faxet det her til jer, hvordan og hvorledes” så siger de måske, at de ikke lige har tid, (...) men det vi egentlig har bestemt, at det vil vi ikke gøre mere, altså vi vil faxe til lægen med ønske om hvornår det skal være også er det altså lægens ansvar at melde tilbage (hjemmesygeplejerske)

En løsning på ovenstående problemstilling kunne være, at lægehusene fastlåste nogle timer hver uge til besøgene. Et af Vestklyngens lægehuse har netop valgt at reservere hver torsdag formiddag til opfølgende hjemmebesøg, hvilket sygeplejerskerne er meget glade for. Hjemmesygeplejersken fortæller, at aftalen med lægehuset fungerer rigtig godt. Det betyder meget for hjemmeplejens enhed, at sygeplejerskerne ikke skal ”tigge og be” lægen om et opfølgende hjemmebesøg. Hun pointerer desuden at hendes egen oplevelse er, at de praktiserende læger også er glade for det – hun fremhæver, at aftalen måske endda er med til at give lægerne lidt mere ro i en ellers fortravlet hverdag.

Enkelte af kommunerne i Vestklyngen benytter, sig af det elektroniske korrespondancesystem ”MedCom⁸”. De steder hvor det elektroniske system benyttes synes der at være færre usikkerheder i forbindelse med afsendelse og modtagelse af fax. Med korrespondancemodulet har hjemmesygeplejerskerne og de praktiserende læger blandt mange andre ting således fået mulighed for at korrespondere med hinanden omkring planlægning af opfølgende hjemmebesøg. Brug af korrespondance kan herved være med til at lette arbejdsbyrden for aktørerne i forbindelse med planlægning af besøgene. En af lægerne udtaler sig i nedenstående citat om hvilken betydning den elektroniske udvikling har haft i forbindelse med planlægning af besøgende

I starten foregik det jo enten pr telefon eller det gamle faxsystem (...) men det er en nemmere måde [med korrespondancemeddelelsen]. Førhen kunne vi ikke sende besked til hjemmeplejen, (...) men nu kan vi altså kommunikere begge veje, (...) det her med elektronisk kommunikation, hvor vi kan få en direkte kontakt og en besked frem til (...) den relevante gruppe (...) synes jeg er rigtig godt, for vi får respons på det med det samme [det er] meget lettere at få beskeder men også hvis der er nogen uafklaret spørgsmål, der skal løses.

4.3 Udbytte og udfordringer i forbindelse med det første opfølgende hjemmebesøg

En del af formålet med evalueringen er at belyse hjemmesygeplejerskerne og de praktiserende læger erfaringer og oplevelser i forhold til det første opfølgende hjemmebesøg. Fokus rettes i første omgang på de gevinster og udfordringer faggrupperne beskriver i forbindelse besøgene. Særligt de steder, hvor samarbejdsaspektet omtales, er fremhævet i forestående analyseafsnit.

Faggrupperne giver udtryk for, at besøgene generelt forløber i en god venskabelig atmosfære. Lægerne og hjemmesygeplejerskerne fortæller at man supplerer hinanden godt under besøgene. Faggrupperne er meget enige om at en af de største gevinster ved opfølgende hjemmebesøg er, at man kommer omkring utrolig mange problemstillinger og ikke blot indlæggelsen. Man kommer så at sige hele vejen rundt om borgeren og får belyst problemstillingerne fra forskellige vinkler, alt efter faggruppernes primære kompetenceområde. En af sygeplejerskerne fortæller, at besøgene efter

⁸ MedCom er et samarbejde mellem myndigheder, organisationer og private firmaer med tilknytning til den danske sundhedssektor. MedCom har udviklet korrespondancemeddelelsen for at øge udveksle information, spørgsmål og svar indenfor sundhedssektoren. Korrespondancemeddelelsen er en klinisk e-mail der anvendes til sikker kommunikation af patient relaterede informationer (Hjemmeside 1)

hendes opfattelse er meget mere end ”blot” et opfølgende hjemmebesøg. Det er nærmere en samlet statusvurdering af den pågældende borgers situation

Jeg synes det giver sådan en god fornemmelse for alle parterne i hvert fald også fra min side af (...) Jeg får ligesom fået fod på, hvor vi er i den her patients forløb. Det giver en eller anden form for tryghed eller en god basis for et godt forløb (...) sammen med borgeren fremadrettet, [så] det er en statusvurdering af aktuelle situation synes jeg, med den aktuelle indlæggelse som oplæg (hjemmesygeplejerske)

De fleste steder starter lægen med at gennemgå indlæggelsesforløbet samt epikrisen og heraf eventuelle medicinjusteringer. Sygeplejerskerne sørger for, man under besøget kommer omkring alle punkterne på besøgsskemaet (se bilag 2) og får udfyldt det korrekt til videre dokumentation. Besøgsskemaet beskrives i øvrigt som en god huskeliste. Listen giver et godt udgangspunkt for hvad man som minimum skal omkring under besøget. En del af sygeplejerskerne fortæller at jo mere ejerskab der opnås med interventionen, desto mere sikker føler man sig også på formål og indhold med besøgene. Det betyder, at man koncentrere sig om de punkter, som er relevante i forhold til borgerens situation, og ikke nødvendigvis følger skemaet slavisk.

I langt de fleste tilfælde er der noget at komme efter i forhold til ændringer og justeringer i medicinen, som mange af lægerne pointerer, er vigtigt i forhold til det videre forløb

Jeg har ikke været ude på et eneste besøg hvor vi ikke har, måtte korrigere medicinlisten, i forhold til det de skriver på sygehuset, også i forhold til det jeg har og måske i forhold til det som sygeplejerskerne har. Den afstemning er i forhold til behandlingen ret vigtig (læge)

I forbindelse med besøget pointerer flere at jo bedre faggrupperne kender hinanden, desto bedre er samarbejdet og i sidste ende udbyttet af de opfølgende hjemmebesøg. I tre af de fem kommuner der har deltaget, fortæller lægen, at de kender en stor del af de hjemmesygeplejersker der arbejder i nærområdet. Lægerne kender sygeplejerskerne fordi mange af områdets ældre også modtager sygepleje. Lægerne fortæller, at de heraf har et godt kendskab og samarbejde med hinanden. En af

lægerne siger: *"Vi har stort set kun samarbejde med de hjemmesygeplejersker der er herude (...) så dem kender vi godt, og de kender også os, så [samarbejdet] har altid været rigtig godt"*. Lægerne i disse kommuner beskriver samarbejdet omkring opfølgende hjemmebesøg som positivt, hvilket også hænger sammen med at de kender hinanden fra tidligere. Samme læge fortæller siger: *"...der er ingen tvivl om, at jo bedre man kender sygeplejerskerne, desto bedre kan man da nok nå det, man gerne vil, og jo bedre kan man nok også finde ud af at spille sammen om komplicerede patienter, eller komplicerede forhold"*

De steder, hvor der geografisk er en stor spredning på patientgruppen eller i tilfælde, hvor borgerne kun har kontakt med den ene af de to faggrupper, kender lægerne og sygeplejerskerne ikke nødvendigvis hinanden. I forlængelse heraf fortæller en del af informanterne, at en gevinst ved opfølgende hjemmebesøg er, at det også giver mulighed for at få sat "et ansigt" på lægen eller sygeplejersken. Informanterne beskriver det som en positiv oplevelse, som kan have betydning for det efterfølgende samarbejde. I følgende citat er det en sygeplejerske der udtaler sig: *"...vi har SÅ mange telefonkontakter her i kommunen, til SÅ mange forskellige lægehuse og bare det man har et ansigt at sætte på lægen... og face to face- drøftelserne, det er i hvert fald udbytterigt"*. En af de andre hjemmesygeplejerske understøtter citatet ved at knytte lidt flere ord på:

Normalt møder du jo ikke de praktiserende læger, når du er hjemmesygeplejerske, fordi alt foregår via fax og telefon (...) der kan gå rigtig lang tid, inden du kan få en fornemmelse af, hvordan lægen er (...) så det er egentlig rart at have siddet med dem en halv time, eller mere og høre, hvordan formulerer de sig egentlig. (...) Det at sidde ned sammen (...) det er noget andet end [at] ringe sammen (...) det gør det altså en hel del lettere fremover, at kunne snakke sammen

Ovenstående citater indikerer, at opfølgende hjemmebesøg for det første er en måde, hvorpå lægerne og sygeplejerskerne får sat ansigt på hinanden. Citaterne indikere samtidigt, at ordningen kan være en måde, hvorpå faggruppernes samarbejde styrkes. Særligt sygeplejerskerne giver udtryk for, at der er sket en ændring i samarbejdet med almen praksis efter implementeringen af opfølgende hjemmebesøg.

Det synes jeg helt klart, fordi så kender vi jo lige pludselig hinanden, for der er rigtig mange læger herinde i byen, så tit ringer vi jo til nogen, hvor vi ikke aner, hvem det er, vi sidder og taler med i den anden ende (...) men jeg synes faktisk, at det er meget anderledes med dem man har været ude sammen med og har haft de der snakke med så er det anderledes at ringe til dem, for vi ved hvordan han ser ud, og hvad han er for en fyr og det samme ved han (hjemmesygeplejerske)

Et stigende antal af de såkaldte accelererende udskrivnings forløb⁹ stiller primærsektoren overfor flere og flere arbejdsopgaver. I denne forbindelse påpeger lægerne i Vestklyngen nødvendigheden af samarbejdet på tværs af sektorerne. Flere af lægerne giver udtryk for at opfølgende hjemmebesøg er et godt redskab til, hvordan samarbejde med hjemmesygeplejerskerne kan forbedres. Citat fra praktiserende læge ”... Samarbejdet bliver bedre når man får et ansigt på (...) jo mere vi kan komme til at arbejde sammen, jo bedre kan vi også gøre tingene hver især (...) det der med at rive murene ned mellem sektorerne, jo flere gange vi kan få gjort det, desto bedre”.

Faggrupperne gør under interviewene en del ud af at fortælle at de også før implementeringen af opfølgende hjemmebesøg besøgte borgerne i eget hjem. Særligt lægerne pointerer at de har kørt mange sygebesøg tidligere, dog uden sygeplejerskernes tilstedeværelse. En af lægerne siger ”... der er ingen tvivl om, at det [opfølgende hjemmebesøg] på en del punkter for os er besparende og giver en bedre kontakt og behandling (...) men som sagt det er jo heller ikke, fordi vi ikke har gjort det før”. I denne forbindelse er faggrupperne adspurgt om de oplever, et merudbytte af møderne netop nu hvor begge faggrupper deltager. Det tilkendegiver begge faggrupper, at det gør. Lægerne fortæller, at den viden sygeplejerskerne har om borgeren, giver mulighed for rette op på problemstillinger og synliggøre detaljer lægen ikke umiddelbart ville have opfanget. En af lægerne fortæller

Der kan være nogle specifikke ting, som først kommer frem, når den person der står tættere på hænder og mund [er til stede] det er måske først der, det kommer frem (...) så der er ingen tvivl om, at hvis det kun var lægen og patienten, så får vi ikke øje på alt det, vi bør få øje på.

⁹ Accelererede patientforløb er et behandlingskoncept der går ud på at forkorte den tid, det tager at komme sig oven på en operation (eller medicinsk behandling på hospital), så indlæggelsestiden bliver kortere og patienten hurtigere kan komme tilbage til en normal tilværelse (Madsen 2008)

Sygeplejerskerne oplever, at deres tilstedeværelse ved møderne åbner op for, at borgerne er mere ærlige overfor lægen, og at der kommer nogle ting frem som borgeren ellers ikke ville *”have rendt lægen på døren med”* som en sygeplejerske beskriver det. Faggrupperne fortæller, at de får meget ud af den gensidige dialog. *”Det er godt at have et fælles udgangspunkt for fremtiden”*, som flere omtaler det. Sygeplejerskerne fortæller, at noget der også er rigtig godt, er at, man får defineret hinandens roller i forløbet. Hvad angår et fagligt udbytte, giver sygeplejerskerne udtryk for at det i særdeleshed er omkring medicineringen der er noget at hente. Lægens gennemgangs af epikrisen giver sygeplejerskerne en større forståelse- og indsigt i det indlæggelsesforløb, borgeren har været igennem - og dermed, hvilke problemstillinger sygeplejersken fremadrettet skal være opmærksomme på. En sygeplejerske siger *”... Jeg synes måske, også man får mere sygdomsbeskrivelsen og sygdomsforløbet gået igennem[når lægen er med], og også lidt mere omkring medicinen, om det nu også stemmer overens med det, vi har, og det de har og det de er udskrevet med”*

Deltagerne er splittede i spørgsmålet om interventionens tidsmæssige forbrug og dets udbytte. En del af informanterne deler den holdning at møderne er meget *tidskrævende*. De hjemme-sygeplejersker, der finder interventionen meget tidskrævende fortæller, at interventionen udgør et ekstra arbejde i en i forvejen tidspresset hverdag, hvor det kan være svært at nå de mest nødvendige opgaver. Sygeplejerskerne understreger, at de synes, interventionen er en god ide, men at der er en klar uoverensstemmelse mellem den reelle arbejdstid og arbejdsopgaver.

Den anden halvdel af informanter opfatter opfølgende hjemmebesøg som *tidsbesparende* i forhold til den tid, de alligevel skal bruge på henvendelser til lægen/hjemmeplejen vedrørende borgeren. En af sygeplejerskerne siger:

Hvis vi bruger den time der er afsat til det [på en] rigtig god og konstruktiv måde, og jeg kommer velforberedt, og lægen forhåbentlig også gør det, så kan det måske spare noget tid senere hen, på nogle ting som jeg skulle bruge en forfærdelig masse tid på, ringe til lægen og prøve på at få kontakt og prøve at finde ud af også videre, så jeg oplever (...) at det også godt kan være tidsbesparende et andet sted i mit forløb

I forlængelse af dette fortæller en af lægerne ”... *Man kan [ved møderne] sådan set få løst rigtig mange af problematikker og [få] svar på rigtig mange uafklarede ting, som man måske skulle have flere forskellige henvendelser i træk, [for at løse] det går lidt hurtigere og nemmere når man sidder sammen med patienten og høre det på en gang*”.

Nogle af de udfordringer faggrupperne oplever i forbindelse med besøgene er som sagt det tidsmæssige kontra udbytte af opfølgende hjemmebesøg. De steder, hvor der opleves nedskæringer eller lang sygefravær fortæller faggrupperne at det er svært at prioritere de opfølgende hjemmebesøg rent tidsmæssigt.

En anden udfordring, som hovedsagelige sygeplejerskerne fortæller om, er, når lægen ikke kommer til den aftalte tid. Flere af sygeplejerskerne har oplevet, at måtte vente på lægen, hvilket naturligvis føles som tidsspilde, og som en af sygeplejerskerne siger ...”*det er jo simpelthen mangel af respekt, for vores tid*”. Samtidig giver nogle af sygeplejerskerne udtryk for at lægerne møder uforberedte op og er meget lidt deltagende i møderne. En sygeplejerske fortæller ”... *jeg sidder og tænker på en speciel læge, som jeg har været sammen med et par gange og hans engagement er simpelthen ikke er til det her projekt og han sætter sig også bare nogle gange og kigger på klokken og så bliver udbyttet jo derefter*”. Det er imidlertid et fåtal af informanterne der giver udtryk for ovenstående udfordringer i forbindelse med samarbejdet og besøget hos borgeren.

Besøgenes relevans, identificering af borgere og udbytte af besøgene er derimod områder, hvor begge faggrupper giver udtryk for en del udfordringer, hvilket vil blive uddybet i det efterfølgende afsnit.

4.4 Relevans

En del af formålet med evalueringen er at beskrive besøgenes relevans set ud fra et lægefagligt og sygeplejefagligt perspektiv. Afsnittet forsøger således at belyse faggruppernes holdning til spørgsmål som: hvilke besøg ser faggrupperne som de mest relevante? Hvilke faktorer er med til at nogle besøg ses som ikke-relevante, og hvordan håndteres disse udfordringer?

Faggrupperne fortæller, at de oplever de fleste besøg som relevante og givende, flere pointerer desuden, at plejehjemsbeboere også er en relevant gruppe at foretage opfølgende hjemmebesøg hos. Deltagerne fortæller, at det største udbytte fås i besøg hos borgere, man kender i forvejen. Grunden hertil er blandt andet, at disse borgere ofte er meget lidt selvhjulpne. Det er netop grunden til, at man kender dem i forvejen. Mindre relevant synes det at tage ud på opfølgende besøg hos meget selvhjulpne borgere, det er ofte også de personer, som lægerne og hjemmeplejen i øvrigt ikke har nogen kontakt med. Besøgene hos disse meget selvhjulpne borgere beskrives i øvrigt som overflødige eller ikke-relevante. En af sygeplejerskerne fortæller, at hun på et opfølgende hjemmebesøg tænkte ”... hvad er det lige vi skal her, borgeren kan alt selv, der er ikke noget vi skal”?

Dog pointerer en del af sygeplejerskerne at besøg hos ikke-kendte borgere sagtens kan være givende også i forhold til det videre forløb, som en af sygeplejerskerne fortæller i citatet

[Vi] havde på et tidspunkt en total ukendt borger hvor [vi] tænkte ”ej det her er spild af tid” [vi] havde siddet dernede og snakket tingene igennem, men så gik der faktisk ikke ret mange dage så fik borgeren en blodprop og var egentlig indlagt i lang tid, og hvor det så måske egentlig var rigtig godt, at [vi] havde været med til det der ”formøde” ikke, så vidste [vi] pludselig en masse om borgeren, som [vi] ikke ville have vidst, hvis [vi] ikke havde været der, så det er ikke sort eller hvidt (...) men det kan faktisk være meget godt også selvom vi måske lige synes at det er spild af tid

Desuden fortæller en af lægerne at selvom borgeren måske har været selvhjulpne før indlæggelsen, så er der jo ofte ”... sket en eller anden forværring af tilstanden, som i hvert fald kræver en form for opfølgning, (...) en indlæggelse kan jo godt være et stort traume for en patient, og egentlig uanset hvad der er sket ”.

Relevansen synes særlig høj ved de besøg hvor borgeren er udskrevet fra hospitalet med en række uafklarede problematikker. Det er ved patienter, hvor sygdomsforløbet er meget kompleks, fx der hvor flere sygdomme og sociale faktorer spiller ind på borgerens helbred. En af lægerne fortæller, at i og med liggetiden på hospitalerne bliver kortere og kortere kan det også betyde at patienterne ikke

nødvendigt er færdigbehandlet ved udskrivelse. Lægen fortæller at opfølgende hjemmebesøg ud fra hans optik er et initiativ, som forsøger at imødekomme disse problemstillinger og samtidig kan være med til at forbedre det samlede patientforløb.

De besøg, lægerne betegner som dårlige- eller ikke-relevante, er i de tilfælde hvor der i forvejen er en meget tæt kontakt mellem borger, hjemmehjælpen og lægerne. En del af lægerne fortæller, at selvom de mest relevante besøg ofte er hos kendte borgere, er der en del af patienter, hvor der er så tæt kontakt med borgeren at besøgene bliver unødvendige, hvilket kommer til udtryk i nedenstående citat

Mange af de patienter, som, når de er inde på sygehuset, bliver valgt ud [til opfølgende hjemmebesøg], er nogen som har mange diagnoser, og også mange gange får meget medicin, men det betyder også, at det jo er nogen, vi sådan set faktisk har set mange gange, og kender rigtig godt, så fordi de bliver indlagt og virker til at være nogle skrøbelige patienter, så er de altså nogle velkendte patienter, så derfor synes vi måske nogen gange at det er lidt unødvendigt at komme ud (læge)

Der er altså en hvis grad af differentiering i forhold til besøgenes relevans og kendte/ikke-kendte borgere. Patienter kan - så at sige også blive for kendte i forhold til besøgenes relevans. Faggrupperne efterlyser i denne forbindelse muligheden for en mere individuel behovsvurdering i forbindelse med besøgene. Desuden peger de fleste læger på et lavt udbytte/lav relevans hos såkaldte *svingdørspatienter*. Det er de patienter, der gentagne gange bliver indlagt, og hvor det kan være meget svært at forhindre indlæggelser. Det kan blandt andet skyldes kroniske sygdomme, sygdomme, der kan være svære at regulere eller patienter med længerevarende sygdomsforløb. En af lægerne siger

Der har været nogle gange hvor jeg har stået med den der fax og tænkt (...) vi Ved det er nogle [borgere] med kroniske sygdomme og vi VED der VIL komme nogle genindlæggelser, hvor jeg ligesom har tænkt, jamen er der så mening i at holde det her møde, det vil nok ikke forebygge den næste indlæggelse vel?

Det er enslydende problemstillinger, der gør sig gældende i forhold til de besøg sygeplejerskerne betegner som ikke-relevante. Sygeplejerskerne fortæller desuden at de besøg hvor mødet *kun* drejer sig om medicinjusteringer, og lægefaglige opgaver, i nogle tilfælde ses som meget lidt relevante for sygeplejerskerne og deres faglige kompetencer. Denne følelse styrkes yderligere i de tilfælde, hvor der er tale om friske og selvhjulpne borgere, der heller ikke fremadrettet har brug for sygepleje. Sygeplejerskerne fortæller at i disse tilfælde ville det være mere relevant, hvis lægen selv opsøgte patienten. En af hjemmesygeplejersken fortæller, hvordan hun oplevede at deltage i to besøg kort tid efter hinanden, og som der ikke havde relevans set ud fra en sygeplejefagligt optik

Hun [borgeren] havde brug for lægen, for hun havde stadig ondt i det ben hun var blevet indlagt med, og det kunne jeg jo ligesom ikke gøre noget ved, så det var en lægekonsultation, hun skulle have og vi kom heller ikke ind i billedet efterfølgende, for der var ikke noget, vi skulle (...) det andet sted var hos en borger, som vi aldrig havde været ved før, og der havde der godt nok været lidt snak om at vi skulle hjælpe med insulin efterfølgende, men det skulle vi ikke for borgeren havde fuldstændig styr på det, og det var lavet opfølgning med diabetessygeplejersken på sygehuset, og så var det sådan, jeg tænkte, ”der er ikke så meget for os at komme efter her”

En del af sygeplejerskerne fortæller, at de også oplever at få henvisninger til opfølgende hjemmebesøg hos borgere, hvor der i forvejen er en tæt opfølgning på, hvilket en del af dem undrer sig over. Disse henvisninger giver anledning til en del forvirring om, hvorvidt det er i orden at aflyse et besøg fordi der i forvejen er tæt kontakt eller ej

En af de sidste jeg har fået henvist, det var en meget dement mand, som bor hjemme sammen med sin kone, og som der sådan de sidste par måneder har været rigtig meget fokus på, fra alle instanser i hjemmeplejen. Og så kommer han på sygehuset på grund af nogle lungeproblemer og er indlagt i to døgn, og så henviser de så til et opfølgende hjemmebesøg - vi kommer i hjemmet, hjemmehjælpen kommer ved borgeren, demens konsulenten kommer der, lægen kommer af og til, også er det, jeg tænker ”hvad er det lige...”. Altså jeg vil ikke

sige at det ikke har relevans - jeg kunne bare godt tænke mig at det blev selekteret lidt bedre (hjemmesygeplejerske)

Afslutningsvis skal det dog nævnes, at en del af faggrupperne også finder de besøg, hvor ovenstående udfordringer er til stede som givende og på sin vis relevante. Begrundelsen herfor beskrives af en læge ved:

Selv der, hvor man så må sige, at der ikke var noget at vinde ved det, for det var overstået fordi han klare sig selv (...) så vender vi et par ting omkring det, så det kan altid være relevant (...) for du ved aldrig hvornår der vender noget op som lige er godt nok at få vendt. Videre i forløbet og kontakten så er vi jo orienteret lidt mere - vores fortsatte praksis er jo sådan set at vi kender patienterne så godt at vi ikke behøver spørge dem om en helt masse

I forlængelse af ovenstående synes det relevant at belyse faggruppernes holdning og prioritering af andet og tredje opfølgende hjemmebesøg, hvilket vil være omdrejningspunktet for det efterfølgende afsnit.

4.5 Andet og tredje opfølgende hjemmebesøg

Der er evidens for, at det er den samlede Glostrup model, med et til tre besøg der har en nedsættende effekt på indlæggelsesfrekvensen. Imidlertid viser de foreløbige tal fra Vestklyngen, at besøgsrækken meget ofte afsluttes efter det første besøg. Dette er naturligvis problematisk, idet effekten kan risikere at udeblive såfremt anden og tredje besøg ikke gennemføres. Evalueringen ønsker derfor at belyse hvilke problemstillinger der gør sig gældende i forhold til andet og tredje besøg. Analysen forsøger i denne forbindelse at belyse en række spørgsmål: Blandt andet hvilke oplevelser faggrupperne har haft med andet og tredje besøg og hvilke begrundelser, der gives for, at lægerne og sygeplejerskerne vælger at afslutte besøgsrækken efter første besøg?

Ved det første opfølgende hjemmebesøg aftaler lægen og sygeplejersken hvordan det videre forløb med patienten skal foregå. I denne forbindelse aftaler lægen og sygeplejersken, om der skal være et andet besøg, hvorvidt dette møde skal foregå i hjemmet hos borgeren og om begge faggrupper skal være til stede ved mødet.

I forbindelse med interviewene giver faggrupperne udtryk for at de finder det første opfølgende hjemmebesøg mest relevant. Det er her der så at sige er mest at komme efter, hvilket naturligvis kan være en af forklaringerne på hvorfor andet og tredje besøg ikke afholdes

Det er ikke mit indtryk, at der er nogen steder, hvor man sådan har tænkt at det ville være voldsomt relevant at have andet og tredje besøg. Det er helt klart det første, (...) jeg tror måske godt at det kunne tage noget af det gode fra det, hvis man pinedød skulle tage 2 og 3 besøg, altså jeg synes, det er fint, at der er mulighed for det, hvis det er relevant, men at det er lige så legalt at lade hvis det er sådan, at man har ordet det, som man skulle på det første besøg (hjemmesygeplejerske)

Ovenstående citat understøttes af en kommentar fra en af Vestklyngens læger ”... Jeg tror langt vigtigst [er] det første, de efterfølgende besøg, ved jeg ikke hvor vigtige de er. Jeg tror egentlig mere at hvis man har haft det første besøg i hjemmet, så kommer det andet af sig selv hvis det er relevant”

Faggrupperne fortæller at grunden til andet og tredje besøg ikke afholdes kan skyldes, at man ved første møde kommer omkring utrolig mange ting. Man snakker om forløbet fra indlæggelse til udskrivelse, og man diskuterer medicin justeringer. Samtidig laver man aftaler omkring det videre forløb. En del af informanterne fortæller at man ved det første møde, så at sige laver en fremadrettet handlingsplan for borgeren. Anden og tredje besøg beskrives generelt som unødvendige fordi problemerne løses ved det første besøg.

De problemstillinger man snakker om ved andet besøg, drejer sig ofte om opfølgning på blodprøver eller andre undersøgelser. Faggrupperne vurderer, at der, hvor opfølgningen kun handler om medicinændringer, er det mest relevant hvis lægen afholder mødet. Data giver indtryk af, at møderne afholdes, såfremt det er muligt i lægens konsultation.

I de tilfælde hvor andet og tredje besøg afholdes ude hos borgeren, er det ofte fordi der er mange komplicerede problemstillinger og mange medicinændringer. En af sygeplejerskerne fortæller i hvilke situationer, hun oplever at andet besøg er relevant:

Det er så hvis der har været nogle komplicerede ting, hvis der skulle laves nogen medicin ændringer, og det ikke er gået helt, som vi havde forventet, måske er borgeren blevet dårligere, og hvor vi måske troede efter det første besøg at ”nu kan det kun gå fremad”, så kan det godt være at det gør det bare slet ikke, så kan det faktisk godt være meget relevant, at vi sidder der igen sammen og revurdere situationen (...) det er jo hos de dårligste, at vi har været ude og lave andet og tredje besøg

En af Vestklyngens læger fortæller, at en forklaring på, hvorfor lægerne siger nej til anden og tredje besøg, givet vis kan findes i de økonomiske overvejelser, lægerne gør sig forud for besøgene. Lægen fortæller at mange af hans kollegaer i den givne kommune ikke kører ret mange sygebesøg på grund af de geografiske afstande kontra kørselstillæg og honorering. Desuden peger lægen på de koder som lægerne skal bruge i forbindelse med registrering af opfølgende hjemmebesøg som en forklaring på, hvorfor anden og tredje besøg ikke gennemføres. Lægen mener, at de tal Vestklyngen har for hvor mange anden og tredje besøg der afholdes, ikke er det reelle billede af hvor mange besøg der faktisk foretages. Lægen forklarer det med at der ligger et merarbejde for lægerne i at registrere anden og tredje opfølgende hjemmebesøg - et merarbejde som de ikke bliver honoreret for. Lægens tese er altså at der reelt set afholdes flere besøg end der registreres. Han fortæller

Hvis lægen skal lave et merarbejde, og det skal han, hvis han skal have fat i det her papir, altså der er jo ikke nogen der kan huske de her koder, så det vil jeg sige at du skal have fat i papiret hver gang, ikke?, og det er det, jeg siger at hvis du skal have lægen til at lave et merarbejde så skal du skrive det på bagsiden af en check ellers får du ham ikke til det, for det er nemmest at gøre, som man plejer

I forbindelse med evalueringen har det ikke været muligt at teste lægens påstand hvilket kunne være interessant at belyse i en fremtidig undersøgelse.

Før evalueringens opsamling vil der foreligge en kort beskrivelse af borgerens udbytte af opfølgende hjemmebesøg, set ud fra faggruppernes synsvinkel.

4.6 Udbytte for borgeren

Det har ikke været evalueringens primære formål at belyse opfølgende hjemmebesøg set ud fra et borgerperspektiv. Trods dette vil der alligevel være en kort beskrivelse af faggruppernes umiddelbare oplevelse af opfølgende hjemmebesøg set ud fra et borgerperspektiv.

Hjemmesygeplejerskerne fortæller at de fleste borgere er informeret om opfølgende hjemmebesøg fra sygehuset side og takker ja til tilbuddet. En mindre del kan ikke huske, de har hørt om ordningen, hvilket giver anledning til en del unødvendig bekymring for om der er noget alvorligt i vejen. Sygeplejerskerne fortæller dog at borgerne for det meste giver udtryk for, at de er glade for besøget. Særligt det, at lægen kommer med ud på besøg beskrives af borgerne som flot ”... *Man oplever at mange er utrolig glade for det at få lægen hjem (...) især det med, at lægen kommer hjem det er stort for mange af dem og gavnligt for dem, det er jo ikke noget, de er vant til, at lægen sådan kommer på den måde og sætter sig ned og har tid til at snakke sammen* ” (hjemmesygeplejerske).

Faggruppernes vurderer, at der umiddelbart kommer noget fagligt ud af møderne, som kommer borgeren til gode. Sygeplejerskerne peger desuden på, at mange af de ældre i Vest klyngens kommuner er af den opfattelse af, at man ikke render lægen unødvendig på dørene, hvilket citatet nedenfor fortæller om:

Borgere her i Vestjylland opsøger jo [ikke] deres læge mere end når det er allerhøjest nødvendigt, så jeg tror faktisk, at de oplever det [opfølgende hjemmebesøg], som meget god service, at der er den mulighed, og det er jo måske også der hvor man netop må sige ”jamen nogen gange så kommer der faktisk nogle nye ting fra borgeren, (...) som de kommer frem med, når lægen nu er der, fordi det er måske ikke noget de sådan ellers tog til lægen for, men som kan være meget relevant for den her sammenhæng, fordi folk generelt overrender jo ikke deres læger, og lægen overrender bestemt heller ikke borgeren, det er sjældent for dem, at de sådan får besøg ude i hjemmet (hjemmesygeplejerske)

Flere af sygeplejerskerne fortæller i øvrigt, at deres opfattelse af opfølgende hjemmebesøg er, at tilbuddet giver borgerne og deres pårørende en hvis form for tryghed ”... *De [borgerne] står ikke tilbage med den usikkerhed, for ”var det nu ikke lægen, der skulle have gjort det her, og har du nu kompetence til at gøre det du gør”, at de hører at det bliver aftalt, [det] fornemmer jeg også, giver de pårørende en tryghed, hvor de kan se og fornemme, at vi arbejder altså sammen omkring det her*”. En af lægerne fortæller endvidere ”...*Jeg mener også, det er rigtig godt for patienten, vi lære patienten bedre at kende, de lære også os at bedre at kende, de får mere tillid til os, og vi får også mere tillid til sygeplejerskerne (...), så overordnet set ser jeg mange fordele i det*”.

I forbindelse med indlæggelsen gives der løbende information til patienten, svar på prøver, aftaler om nye prøver med videre. Hjemmesygeplejerskerne oplever, at mange borgere ikke rigtig kan finde ud af, hvad der er sket og ikke rigtig kan huske, hvad de har fået at vide i forbindelse med indlæggelsen. Opfølgende hjemmebesøg giver således mulighed for at genopfriske, hvad der er sket på sygehuset og samtidig give borgeren svar på de mange spørgsmål, der dukker op når de kommer hjem. En af lægerne forklarer, at opfølgende hjemmebesøg givetvis sparrer borgeren for mange henvendelser til hjemmeplejen og lægen, netop fordi mange spørgsmål bliver besvaret under det første besøg. ”... *det, at vi kommer, og at hjemmesygeplejersken er der, og somme tider familien er der, (...) kan jo være en gevinst i forhold til så meget, og få sat nogle ting på plads og måske (...) forebygge unødvendige henvendelse til lægevagten*”. Faggrupperne oplever desuden, at de mest udsatte patientgrupper i forbindelse med opfølgende hjemmebesøg får svar på spørgsmål, de givetvis ikke selv ville have haft ressourcer til at opsøge.

5.0 Sammenfatning og diskussion af evalueringen resultater

I det følgende vil der indledningsvist foreligge en opsamling af evalueringens resultater. Dernæst inddrages de undersøgelser, som foreligger om organisering og implementering af opfølgende hjemmebesøg, beskrevet i afsnit 2. Formålet med at inddrage disse undersøgelser er for det første at sammenligne evalueringens resultater fra Vest klyngen med resultater fra lignende studier. For det andet, og i forlængelse heraf har evalueringen til formål at beskrive en eventuel udvikling i forhold til tidligere undersøgelser og heraf give nogle få fremadrettede anbefalinger.

5.1 Organisering og planlægning af opfølgende hjemmebesøg i primærsektoren

Evalueringen viser at lægerne og sygeplejerskerne de fleste steder har fundet en god arbejdsrutine i organiseringen og planlægningen af opfølgende hjemmebesøg. Faggrupperne beskriver en efterhånden høj grad af ejerskab med interventionen. Mange steder har man lokale aftaler med lægen eller pågældende lægehus om fremgangsmåden i planlægningen af besøgene.

Sygeplejerskerne fortæller, at så snart lægen har responderet på hjemmeplejens henvisning, forløber resten af planlægningen uden problemer. Faggrupperne fortæller, at det ofte er svært at få planlagt og gennemført første opfølgende hjemmebesøg indenfor den tidsramme, der er angivet i Glostrup-modellen (5-8 hverdage efter udskrivelse fra hospitalet). Ferie eller sygdom beskrives som faktorer der kan være med til at lægerne må aflyse eller udsætte besøgene. Praktiske faktorer, som at finde tid hvor både lægerne og sygeplejerskerne har plads i kalenderen, beskrives også som barriere i forhold til at holde sig indenfor tidsfristen. Den typiske måde at håndtere ovenstående på er, at man vælger at udskyde besøgene til 10-14 dage efter udskrivelse. Faggrupperne fortæller, at man hellere vil udskyde end helt aflyse besøgene. Endeligt beskriver faggrupperne, at der på begge sider af primærsektoren er en forståelse for at ens arbejdsgange kan være lidt hindrende for at nå alle arbejdsopgaver, herunder opfølgende hjemmebesøg.

En del af sygeplejerskerne fortæller som en sidebemærkning til ovenstående at besøgsskemaet er en rigtig god huskeliste. Særligt i starten benyttede sygeplejerskerne skemaet. Jo mere ejerskab faggrupperne har opnået med interventionen, herunder besøgsskemaet jo mere frigør de sig fra at gennemgå alle skemaets punkter. I stedet gennemgår lægerne og sygeplejerskerne de punkter, der vurderes relevante i forhold til den enkelte borger og dennes situation, der tilføjes og streges ud så skemaet ændre udseende alt efter borgerens behov.

5.2 Udbytte og udfordringer i forbindelse med første opfølgende hjemmebesøg

Faggrupperne giver i evalueringen udtryk for at man supplerer hinanden godt, og at samarbejdet i forbindelse med opfølgende hjemmebesøg fungerer godt. Mange steder pointerer faggrupperne, at der også var et rigtig godt samarbejde mellem faggrupperne forud for interventionen. Disse steder synes man i øvrigt ikke at samarbejdet har forandret sig siden implementeringen af opfølgende hjemmebesøg.

Faggrupperne fortæller, at de på en lang række områder kan se, at der kommer et merudbytte ud af de fælles aflagte besøg i hjemmet. Det drejer sig om et styrket samarbejde, og ikke kun i forbindelse med besøgene. Også det fremadrettede samarbejde mellem faggrupperne styrkes, her - og nu løsninger på komplicerede problemstillinger, afklaring af rolle og opgavefordeling, samt fremtidige forløbsaftaler.

I forbindelse med besøgene er medicinændringer og justeringer mere reglen frem for undtagelsen og beskrives som en af de største gevinster ved ordningen. Det, at få tilpasset og justeret medicinen så lægen og sygeplejerskerne har samme udgangspunkt, ses som en klar fordel, og som opstår i og med, man fysisk sidder sammen.

En overvægt af sygeplejerskerne oplever besøgene som meget tidskrævende, særligt i de tilfælde hvor borgeren er godt kendt i forvejen, og hvor der ikke at var meget at komme efter. Faggrupperne efterlyser en mulighed for at lave en mere individuel bedømmelse af besøgets relevans, hvor det ikke er inklusionskriterierne, der skal afgøre om besøget gennemføres, men derimod en faglig vurdering af de sundhedsfaglige personer der har den daglige kontakt med borgeren.

5.3 Relevans samt andet og tredje besøg

På baggrund af faggruppernes vurdering kan besøgenes relevans overordnet inddeles i to patientgrupper. En patientgruppe hvor det er meget relevant at lave opfølgende hjemmebesøg og en patientgruppe, hvor det er mindre (ikke-relevant) at lave opfølgende besøg. De besøg, der betegnes som ikke-relevante begrundes med et lavt udbytte, modsat de besøg, der er meget relevante, hvor udbyttet betragtes som højt. Faktorer, der højner besøgenes relevans, er blandt andet komplekse problemstillinger, mange uafklarede ting og et vis kendskab til borgeren forud for besøget. Omvendt opleves besøg mindre relevante hos borgere, hvor der i forvejen er en meget tæt kontakt til primærsektoren, ”svingdørspatienter”, samt selvhjulpne og friske borgere med lav risiko for genindlæggelse.

Der er en klar tendens til at det første opfølgende hjemmebesøg betragtes som det mest relevante. Andet og tredje besøg skønnes i mange tilfælde ikke relevante, da problemerne ofte løses ved det første møde. Med mindre borgeren er for dårlig til selv at komme til lægen giver data indtryk, af at de anden/tredje besøg der afholdes, hovedsagligt finder sted i lægens konsultation.

5.4 Udbytte for borgeren

Sygeplejerskerne skønner at en stor del af udbyttet for borgeren sandsynligvis hænger sammen med en større forståelse for egen situation, herunder indlæggelsen og hvilke muligheder/begrænsninger, der foreligger borgeren i fremtiden. De opfølgende hjemmebesøg kan således være med til at give borgeren og pårørende en større tryghed. Opfølgende hjemmebesøg opleves desuden som særlig relevant i forhold til mindre ressourcestærke borgere. Faggrupperne fortæller, at ordningen betragtes som *god service* og et kommunalt tilbud af høj kvalitet.

5.5 Diskussion af evalueringens resultater

I det følgende diskuteres evalueringens resultater i lyset af de undersøgelser og den litteratur, som på nuværende tidspunkt foreligger omkring opfølgende hjemmebesøg. På en række punkter er resultaterne fra denne evaluering sammenlignelige med resultaterne fra lignende undersøgelser. Ikke mindst resultaterne fra rapporten: *"Implementeringen af opfølgende hjemmebesøg. Hvad kan andre lære af 11 kommuners foreløbige erfaringer"* (Voss 2009) udgør et stort sammenligningspotentiale.

Siden implementeringen af opfølgende hjemmebesøg er der løbende sket en lokal tilpasning af interventionen. Tilpasningen har blandt andet lettet arbejdsbyrden i forbindelse med planlægning af besøgene. En lokal tilpasning anses generelt som et væsentligt element i forhold til at sikre en lokal forankring og en høj motivation blandt de involverede aktører (Voss 2009). Der er enighed om, at en individuel behovsmulighed både i forhold til første, men også anden og tredje besøg, på mange områder vil gavne projektet. En individuel behovsvurdering vil kunne højne besøgernes relevans og give et større udbytte samlet set. Dette fremhæves også i en anden undersøgelse. Denne undersøgelse pointerer, at såfremt der ikke gives mulighed for en individuel behovsvurdering vil det givetvis svække de praktiserende lægers motivation i forhold til at lave opfølgende besøg (Neel Jakobsen 2007).

I førortalte undersøgelser (jf. afsnit 2) fremgår det, at flere hjemmesygeplejersker fremhæver betydningen af en tovholder i forhold til koordineringen af opfølgende hjemmebesøg (Voss 2009, Hjelmar 2010). De hjemmesygeplejersker der har deltaget i nærværende evaluering, fremsætter imidlertid ikke dette perspektiv. En mulig forklaring på dette kan være, at sygeplejerskerne i Vest klyngen efterhånden har fået et så nært ejerskab til interventionen, at omfanget af tovholderens

vejledning og sparring derfor reduceres. Denne udvikling er naturligvis positiv, også set ud fra et mere fremadrettet perspektiv, hvor den tætte kommunale opfølgning på sigt gerne skulle blive mindre i takt med, at interventionen forankres og bliver en selvfølgelighed i hverdagen.

Som tidligere nævnt (jf. afsnit 1.2) er der tale om en hvis skrøbelighed i forhold til gennemførelsen af opfølgende hjemmebesøg. Der er mange steder undervejs i forløbet, hvor det så at sige ”kan gå galt”. Dette hænger blandt andet sammen med, at ordningen indebærer et samarbejde på tværs af tvær- og organisatoriske grænser, hvilket en lignende undersøgelse også pointerer (Hjelmer 2010). Erfaringerne viser, at der ligger en stor udfordring i at få videregivet den patientorienterede information fra sekundær- til primærsektor rettidigt. Det er blandt andet her, modellens skrøbelighed kan ses og hvor risikoen for at noget går galt, er stor. Der er naturligvis tale om mange faktorer, der påvirker dette. En lignende undersøgelse fremhæver dog at sekundærsektoren blandt andet udfordres af de generelt kortere liggetider og mere ambulant behandling på hospitalerne, hvilket har betydning for, om informationerne (epikrisen) sendes rettidigt (Hjelmer 2010).

Hvis ikke sekundærsektoren får sendt epikrisen så lægen som minimum har papirerne samme dag, som besøget aflægges, mister besøgene sin relevans. Epikrisen er vigtig, idet besøgets primære formål er at følge op på hospital indlæggelsen, hvilket lader sig vanskeligt udføre uden epikrise. Antallet af gennemførte besøg afhænger således også af om lægen har modtaget epikrisen. Nogle læger vælger helt at sige nej til besøg hvis den ikke foreligger (Voss 2009).

I forbindelse med implementeringen af opfølgende hjemmebesøg har kommunerne i Vestklyngen opstillet fire succeskriterier¹⁰. Et af disse kriterier er at lægen i 95 % tilfælde har modtaget epikrisen forud for første opfølgende hjemmebesøg? De foreløbige opgørelser viser, at målet næsten er nået. Vestklyngens læger har i 84 % af tilfældene modtaget epikrisen forud for mødet. Dette statistiske tal valideres ved at lægerne *ikke* fremhæver manglende medicinlister som et stort problem for gennemførelsen, hvilket er tilfældet i andre undersøgelser. Disse undersøgelser peger i øvrigt på, at en øget grad af digitalisering, navnlig i forhold til medicinlisterne, hvor der er behov for et tværsektorielt samarbejde, vil styrke mulighederne for, at informationen fra sekundærsektoren når frem til primærsektoren rettidigt (Hjelmer 2010, Neel Jakobsen 2007). Netop brugen af digitalisering

¹⁰ De resterende Succeskriterier 1: Identificerer hospitalerne det rette antal patienter, 2: identificerer hospitalet relevante patienter, 3: hvor mange af de identificerede patienter får 1. besøg (Voss 2009)

fremhæves også positivt på en række andre områder som fordrende for planlægningen af det videre forløb i nærværende evaluering.

Evalueringen viser at besøgene gennemføres almindeligvis i en god tone. Fordelen ved, at begge faggrupper sidder sammen ude hos borgeren, er blandt andet, at flere problemstillinger løses her og nu og fremtidige aftaler bliver i højere grad aftalt i og med sygeplejerskerne og lægen sidder fysisk sammen. Flere peger på at det betyder sparret tid i forhold til opbringninger og henvisninger, fordi tingene aftales på stedet, hvilket andre undersøgelser også fremhæver som en af de positive gevinster ved opfølgende hjemmebesøg (Neel Jakobsen 2007). Det vurderes generelt som positivt og at opfølgende hjemmebesøg giver et mere systematisk samarbejde om nyudskrevne borgere, end det normalt er tilfældet. Samme billede tegner faggrupperne i Københavns kommune hvor opfølgende hjemmebesøg på nuværende tidspunkt kører som modelprojekt (Hjalmer 2010).

Evalueringsresultater viser, at opfølgende hjemmebesøg er et godt eksempel på en indsats, der fremmer samarbejdet mellem de praktiserende læger og hjemmesygeplejerskerne. Dette resultat bekræftes af en tidligere undersøgelse på området. Undersøgelsen har kunnet påvise, at den personlige kontakt mellem den praktiserende læge og hjemmesygeplejersken forbedres for en større gruppes vedkommende (20 %) som en følge af gennemførelsen af opfølgende hjemmebesøg (Neel Jakobsen 2007). Evalueringsresultater peger desuden på, at der generelt er et udbredt ønske om en større grad af tværgående samarbejde. Dette hænger sandsynligvis sammen med at der i disse år sker en øget opgaveglidning inden for sundhedsvæsenet med kortere indlæggelsesforløb og omlægning fra stationær til ambulant aktivitet og med større inddragelse af hjemmesygeplejen (Vinge & Kilsmark 2009). Primærsektoren står således overfor nye udfordringer, som kræver et tættere samarbejde på tværs af sektorer og organisationer. Vest klyngens evaluering peger netop på, at jo flere gange ”murene” mellem de forskellige sektorer rives ned, desto bedre og givende for samarbejde og arbejdsopgaver. Forudsætningen for at få en vellykket implementering af opfølgende hjemmebesøg formodes derfor at hænge uløseligt sammen med tæt dialog og et tæt samarbejde på tværs af hospital, kommune og almen praksis. En tæt dialog og et tæt samarbejde kommer imidlertid ikke af sig selv. Kommunale og regionale initiativer ses derfor som nødvendige i forhold til at styrke samarbejdet på tværs af sektorerne. I forbindelse med implementeringen af opfølgende hjemmebesøg i Københavns kommune, er der foretaget en række initiativer, der har til formål at forbedre samarbejdet mellem sektorerne. Indholdet i initiativerne er en række tværsektorielle

oplysningsaktiviteter og kompetenceudviklingsprogrammer for personalet i kommuner, almen praksis og på hospitalerne anskues. Region hovedstaden ønsker med disse initiativer at fremme forståelsen for og betydningen af sammenhængende patientforløb og opfølgning efter en hospitalsudskrivelse. Udbytte skulle gerne være en tættere dialog og et tættere samarbejde på tværs af sektorer og organisatoriske strukturer (Region Hovedstaden 2009). Lignende initiativer kan givetvis være med til at skabe dialog og forbedre samarbejdet på tværs af sektorerne i Vest Klyngens kommuner. Det anbefales derfor at sådanne initiativer etableres i samarbejde med Region Midtjylland og Vest Klyngens kommuner.

Der er ikke foretaget en undersøgelse af patienternes tilfredshed eller umiddelbare udbytte af opfølgende hjemmebesøg i Vestklyngen. Faggrupperne beskriver dog, at de oplever at patienterne er glade for besøgene. Særligt lægens deltagelse beskrives som flot. En anden lignende undersøgelse på området påpeger, at patienternes tilfredshed med egen læge øges efter et opfølgende hjemmebesøg. En sandsynlig forklaring på dette er, at lægens involvering i opfølgningsforløbet øges (Vinge & Buch 2007). Endelig kan resultaterne fra Sundhedsstyrelsens rapport (Glostrupundersøgelsen) om opfølgende hjemmebesøg inddrages i ovenstående. Undersøgelsen viser, at 65 % af hjemmesygeplejerskerne finder, at borgerne i høj grad eller i nogen grad har fået udbytte af de opfølgende hjemmebesøg. De praktiserende læger vurderer samme udbytte for 56 % af patienterne. Rapporten understreger dog, at resultaterne i projektet kan fremstå mere positivt end blandt de øvrige sundhedsfaglige aktører, da man kan forvente, at deltagerne kan have en mere positiv holdning til at udføre den opfølgende indsats. Dette perspektiv er naturligvis også gældende for denne evaluering (jf. afsnit 3.4).

Ovenstående sammenfatning og diskussion leder frem til et sæt anbefalinger som kan ses i boks 1.0. Anbefalingerne synliggør områder, hvor Vestklyngen har et forbedringspotentiale i forbindelse med det fremtidige arbejde med opfølgende hjemmebesøg.

Boks 1.0 – anbefalinger vedrørende organisering, planlægning og besøgenes relevans

- Der bør gives større mulighed for individuel behovsvurdering
- Hjemmesygeplejerskerne og lægerne bør i samarbejde give en faglig begrundelse for besøg, som ikke vurderes relevante
- Fortsat fokus på forbedring af samarbejdet mellem sekundær- og primærsektoren
- Øget fokus på digitaliseringsmuligheder
- Koordineringsgruppen bør undersøge om der er sammenhæng mellem (gen)indlæggelser og *antallet* af opfølgende hjemmebesøg¹¹
- Oplysningsaktivitet og kompetenceudvikling på tværs af faggrupperne og sektorer (jf. initiativer i Københavns kommune afsnit 2.2)
- Undersøgelse af lægernes brug af ”ydelses koder”

¹¹ Såfremt det påvises at der ingen sammenhæng er mellem antal besøg og (gen) indlæggelser bør det overvejes om anden og tredje besøg i visse tilfælde kan undlades

6.0 Referencer

Bryman, Alan (2001): "Social Research Methods", Oxford university Press Inc., Oxford New York

Halkier, Bent (2006): "Fokusgrupper", forlaget Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag, 2002. Frederiksberg C, København

Hjalmer, Ulf (2010): "Kvalitativ evaluering af organiseringen af opfølgende hjemmebesøg i Københavns Kommune", AFK forlaget. København K

Kvale, Steiner (2007): "Interview – en introduktion til det kvalitative forskningsinterview", Hans Reitzels Forlag, København K

Madsen, Henriette Marie (2008): "Hurtig og effektiv behandling på sygehusene – har det konsekvens for kommunerne". Dansk Sundhedsinstitut, København Ø

Neel Jakobsen, Helle m.fl. (2007): "Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus" Sundhedsstyrelsen, Enhed for Medicinsk Teknologivurdering. København S

Patton, Quinn Michael (1999): "Qualitative Research & Evaluation Methods". Thousand Oaks California, Sage Publications

Sundhedsstyrelsen (2009): "Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler" København

Vinge, Sidsel og Sandberg Buch Martin (2007): "Uhensigtsmæssige indlæggelser – muligheder og perspektiver for kommunerne" FOKUS og Dansk Sundhedsinstitut. København Ø

Voss, Henning. (2009): "Implementering af opfølgende hjemmebesøg. Hvad kan andre lære af 11 kommuners foreløbige erfaringer?" Dansk Sundhedsinstitut. København Ø

Hjemmeside 1: <http://www.medcom.dk/wm1>

7.0 Bilag

Bilag 1: Oversigt over forløb

Implementeringsforløb af opfølgende hjemmebesøg i Vestklyngen

Grøn: Hospitalet Pink: Den kommunale visitation Rød: Hjemmesygeplejen Blå: Den praktiserende læge

Interventionsforløb	Procedurer	Ansvarlig
Udskrivelse fra medicinsk afdeling af + 78årige fra hospitaler i vestklyngen	1. Inklusionsvurdering af patient ift. objektive og fleksible kriterier. Vejledning <i>på bagsiden</i>. 2. Besøgsskema udfyldes og faxes (helst) senest 8 arbejdstimer efter udskrivelsen til den kommunale visitation. FAX numre <i>på bagsiden</i>.	Hospitalssygeplejerske
Gruppeudvælgelse	1. Patienten udvælges til interventions- eller kontrolgruppe i <i>minimum 26 uger</i> ud fra den enkelte kommunes kriterier. Patienten udgår hvis lægen ikke bor i Vest klyngen. 2. Besøgsskema udfyldes og faxes (helst) senest 8 arbejdstimer efter modtagelsen til den ansvarlige hjemmesygeplejerske/ pågældende hjemmesygeplejedistrikt.	Den kommunale visitation
Planlægning af hjemmebesøg	1. Patientens læge kontaktes og besøgsdato og tidspunkt aftales. 2. Patientens kontaktes og informeres om besøget. 3. Evt. standardbrev til patientens om dato og tidspunkt.	Hjemmesygeplejerske, der skal varetage besøget

1. hjemmebesøg - helst 6-8 dage efter udskrivelsen	1. Lægen medtager epikrise og medicinliste.	Praktiserende læge
	2. Besøg i patientens hjem ved læge og hjemmesygeplejerske. 3. Opfølgning på indlæggelse iht. plan i epikrise: • Gennemgå medicin/medicinskab • Vurdere behov for hjælpemidler • Følge op på genoptræning • Følge op på hjemmehjælp • Følge op på hjemmesygepleje • Vurdere kostforanstaltninger • Evt. andet 4. Aftale 2. og 3. kontakt af hvem og hvor	Praktiserende læge og hjemmesygeplejerske
	5. Besøgsskema udfyldes.	
	6. Udarbejdelse af besøgsnotat, som sendes til hjemmesygeplejen. 7. Registrere besøget jf. § 2 aftale: Kode: XXXXXXXX 8. Tidsforbrug til planlægning, forberedelse og administrativ opfølgning af 1. besøg registreres i minutter	Hjemmesygeplejerske Praktiserende læge
2. kontakt - ca. 3 uger efter udskrivelsen i hjem el. praksis	1. Opfølgning fra 1. hjemmebesøg. 2. Besøgsskema og tidsforbrug udfyldes, hvis hjemmesygeplejersken deltager.	Praktiserende læge og/eller Hjemmesygeplejerske

3. kontakt - ca. 8 uger efter udskrivelsen i hjem el. praksis	1. Opfølgning fra 2. kontakt. 1. Besøgsskema og tidsforbrug udfyldes, hvis hjemmesygeplejersken deltager	Praktiserende læge og/eller Hjemmesygeplejerske
--	--	--

Bilag 2: Besøgsskema

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>	Udfyldes af hospitalet og sendes til den kommunale visitation
☐ Patienten er IKKE udvalgt til opfølgende hjemmebesøg (Skemaet skal derfor ikke faxes til kommunen) Inklusion af patienter ved fleksible kriterier 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: Fleksible kriterier: Helbred: ☐ Funktionstab af betydning for patientens i forhold til habituel ☐ Kognitive problemer ☐ Kronisk og alvorligt syge ☐ Flere sygdomme ☐ Polyfarmaci ved 6 eller flere præparater og/eller væsentlige medicinændringer ☐ Konstateret eller mistanke om demens Sociale forhold: ☐ Patienter, der har svært ved at overskue eller koordinere sin tilværelse ☐ Patienter med et spinkelt eller intet netværk ☐ Belastninger i det nære sociale netværk Organisation: ☐ Mindst én indlæggelse inden for det sidste år forud for aktuel indlæggelse ☐ Mange aftaler som skal koordineres <i>Alle besøgsskemaer SKAL arkiveres. Se instruks for opfølgende hjemmebesøg. Sundhedsaftaler e-Dok, kap. 1.15</i>		
Planlægning af 1. hjemmebesøg, som helst sker inden for 6-8 dage. Hvis 1. hjemmebesøg ikke kan aftales, udfyld årsag: ☐ Lægen giver generel årsag til manglende deltagelse (fx travlhed) ☐ Lægen angiver specifik årsag (fx lav nytteværdi for denne patient) ☐ Borgeren ønsker ikke at deltage Hvis 1. hjemmebesøg udskydes/aflyses, udfyld årsag: ☐ Besøg udskudt: Årsag: _____ ☐ Besøg aflyst: Årsag: _____ Dato for 1. besøg den: _____		Udfyldes af Hjemmesygeplejen

Initialer

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

Stamdata: HUSK AT UDFYLD		Udfyldes af hjemmesygeplejen
CPR: _____	Navn: _____	
Adresse: _____	Postnr./By: _____	
1. hjemmebesøg m. checkliste:		
Epikrise: Ny medicinliste fra hospital: [] Er med [] Forelå ikke under besøget [] Ikke fået [] Lægen medbragte epikrise, som indeholdt medicinliste [] Fået, ikke med [] Pt. eller hj.sy.pl medbragte den ny medicinliste fra hospital Huskeliste: • 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 [] Aftalt 2. og 3. kontakt. Datoer indføres nedenfor. Initialer Besøgets relevans _____ [] (Angiv skala fra 1-5, hvor 5=meget relevant og 1=ikke relevant)		
2. kontakt/hjemmebesøg: (Ca. 3 uger efter udskrivelsen) Initialer		
Dato og klokkeslæt for 2. kontakt: den _____ Kl. _____ i: []		
3. kontakt/hjemmebesøg: (Ca. 8 uger efter udskrivelsen) Initialer		
Dato og klokkeslæt for 3. kontakt: d. _____ Kl. _____ i: []		

Bilag 3: Spørgeguide

Spørgeguide til de praktiserende læger

1) Formål: generere viden om samarbejdet mellem de praktiserende læger og hjemmesygeplejerskerne

- (Som jeg har forstået det er du praksiskonsulent på opfølgende hjemmebesøg, hvad indebærer det?)
- Hvor mange opfølgende hjemmebesøg har du cirka deltaget i?
- Hvem og hvordan kontakter i hinanden for at få aftalt dato for det første hjemmebesøg?
- Hvis sygeplejersken foreslår dato og tid er det da svært at få det til at passe? Hvordan håndteres dette?
- Er det sket at du har foretaget nogle af hjemmebesøg alene, uden hjemmesygeplejerske har været til stede? Hvis ja, hvilke grunde var der hertil?
- Oplever du at hjemmesygeplejerskerne er gode til at overholde den tid i har aftalt at mødes? Hvad med dig, er du god til at overholde tiden?
- Hvordan er "rollefordelingen" ved de opfølgende hjemmebesøg? Ved rollefordelingen mener jeg hvem der gør hvad under besøget, er det klart hvilke opgaver og ansvarsområder henholdsvis lægen og hjemmesygeplejerskerne har under besøget?
- Vil du mene at dit samarbejde med hjemmesygeplejerskerne på nogen områder har ændret sig efter ordningen? Hvis ja på hvilken måde har samarbejdet ændret sig? Hvis ikke, hvorfor?
- Hvis der er sket en forandring i samarbejdet, vil du da vurdere interventionen vedrørende opfølgende hjemmebesøg som en af grundene hertil, eller har der været andre årsager til ændringer i samarbejdet?
- Har projektet med opfølgende hjemmebesøg medført et samarbejde på andre områder/andre patienter?

2) Formål: at få afdækket om lægen får et større udbytte ved at aflægge hjemmebesøgende sammen med hjemmesygeplejerskerne end hvis denne ikke deltager

- Kunne du beskrive et ”typisk” opfølgende hjemmebesøg
- Vil du mene at det giver udbytte at både den praktiserende læge og hjemmesygeplejerske deltager i det første hjemmebesøg?
- Hvis ja hvilket udbytte?
- Hvis du tænker på de hjemmebesøg du har foretaget indtil videre har hjemmesygeplejersken og lægen ved besøgene kunne belyse relevante problemstillinger som givetvis ikke ville være blevet identificeret hvis blot en af faggrupperne havde foretaget besøget?

3) **Formål: klarlæggelse af faggruppernes holdninger til og prioritering af at foretage koordineret opfølgning i praksis**

- De fleste praktiserende læger har en travl arbejdsdag med flere og flere opgaver der skal løses i løbet af en arbejdsdag, i den forbindelse vil jeg gerne høre om hvordan du har det når der dumper en henvisning om hjemmebesøg op hos jer?

4) **Formål: at få viden om hvorvidt lægerne ser at ordningen betyder noget for borgeren**

- Hvis du overordnet skal se på tilbuddet om opfølgende hjemmebesøg er det så efter din opfattelse gavnligt for borgerne at de kan modtage opfølgende hjemmebesøg?
- Med din erfaring på ældre området vil du da mene der er nogen borgere der har mere gavn af opfølgende hjemmebesøg end andre? Hvis ja, hvad kendetegner disse borgere?
- Hvad er jeres holdning til pårørendes tilstedeværelse ved besøgene?
- Er der et af besøgene du særligt husker?

5) **Formål: få kendskab til 2. og 3. besøg**

- (lægen spørges først om hun/han har gennemført et andet og tredje besøg) Ligesom jeg gerne ville høre hvordan et typisk første besøg vil jeg gerne høre hvordan et andet besøg kunne tage sig ud?
- Hvordan aftales 2 + 3 besøg? Hos borgeren?

- De foreløbige tal viser at mange kommuner i Vestklyngen har svært ved at få gennemført 2. og 3. besøg, hvad tror du grunden til dette kan være?

6) Formål: at få viden om besøgenes relevans

- Er det efter din mening de rigtige borgere hospitalet identificere?
- Besøger i borgere der har fast plejehjemsplads? Finder du det relevant at besøge borgere der bor på plejehjem?
- Hvilke årsager kan der være til i vurdere besøget ikke relevant?
- Er der nogen kendetegn ved de besøg du synes er meget relevante, hvilke?
- Hvem vurderer relevansen på besøgsskemaet?
- Hvor ser du de største gevinster eller udfordringer i forhold til opfølgende hjemmebesøg?