

Henriette Knold Rossau
Inge Jekes
Lau Caspar Thygesen
Ann-Dorthe Zwisler

Statens
Institut
for
Folkesundhed

Alment praktiserende
lægers holdning til
Opfølgende Hjemmebesøg
efter ændring af screenings-
procedurer

Pilotundersøgelse baseret på
interviews.



Alment praktiserende lægers holdning til Opfølgende Hjemmebesøg efter ændring af screeningsprocedurer

Pilotundersøgelse baseret på interviews.

Henriette Knold Rossau

Inge Jekes

Lau Caspar Thygesen

Ann-Dorthe Zwisler

Copyright © 2015

Statens Institut for Folkesundhed,

Syddansk Universitet

Grafisk design: Trefold

Gengivelse af uddrag, herunder figurer og tabeller,
er tilladt mod tydelig gengivelse. Skrifter, der omtaler,
anmelder, citerer eller henviser til nærværende
publikation, bedes sendt til
Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-294-9

Statens Institut for Folkesundhed

Øster Farimagsgade 5A, 2. sal

1353 København K

www.si-folkesundhed.dk

Rapporten kan downloades fra

www.si-folkesundhed.dk



**Holbæk
Kommune**

REGION
SJÆLLAND



- vi er til for dig

Indhold

1. Resumé og konklusion 1

Introduktion 1

Metode 1

Temaanalyse 1

Konklusion 1

2. Introduktion 2

Formål 2

3. Metode og materiale 3

Materiale 3

Fortolkningsmæssigt udgangspunkt 3

4. Temaanalyse 4

Interventionens karakteristika 4

Ydre omstændigheder 4

Indre omstændigheder 5

Individens karakteristika 7

Proces 9

5. Konklusion og diskussion 10

Referencer 11

Bilag 12

1. Resumé og konklusion

Introduktion

I januar 2014 blev et pilotprojekt iværksat, hvor de praktiserende læger i Roskilde og Vordingborg kommuner fik mulighed for at visitere nyudskrevne patienter til Følge-Op ordningen. Denne rapport præsenterer resultater fra en kvalitativ undersøgelse af de involverede lægers oplevelse af denne screeningsændring.

Metode

Undersøgelsen er gennemført som otte semi-strukturerede interviews med praktiserende læger fra Roskilde og Vordingborg kommuner. Der er efterfølgende foretaget en temaanalyse med udgangspunkt i fem hovedområder med betydning for implementering af interventioner i sundhedsvæsenet. Resultaterne fra temaanalysen opsummeres i kort form nedenfor.

Temaanalyse

Interventionens karakteristika

Samlet udtrykker de interviewede læger stor tilfredshed med den nye screeningsprocedure. Flere af lægerne peger på, at de før den nye ordning sjældent eller aldrig modtog henvisninger af patienter til Følge-Op ordningen, hvorfor deres bidrag er essentielt for at få Følge-Op til at fungere. For patienterne angives tryghed som den væsentligste fordel, men også lægens egne hensyn inddrages, samt det positive i, at der lægges en plan for en koordineret indsats.

Ydre omstændigheder

Screeningen af patienter til Følge-Op ordningen er en lille del af et stort hele, hvorfor det tager tid at implementere den nye screeningsordning. Der er samtidig stor forskel på, hvor motiverede lægerne og deres kolleger er i forhold til at deltage i nye projekter. Nogle kolleger undgår således helst deltagelse før en ny indsats er blevet

en permanent ordning. De interviewede læger fandt det bekymrende, at patienterne i dag er indlagt i så kort tid, at de knap når at restituere før de sendes hjem. Derudover var der en frygt for, at Følge-Op ordningen generelt ville bevirke, at patienterne sendes hjem endnu tidligere og derved vil overgå til primærsektorens behandling og pleje.

Indre omstændigheder

Samlet set opleves samarbejdet med den kommunale hjemmesygepleje som godt fungerende. Der udtrykkes fortsat problemer i kommunikationen fra sygehuset til almen praksis, hvilket blot understreger vigtigheden af lægernes bidrag i screeningen af patienter til Følge-Op. Tid opleves generelt, som den største begrænsning i forhold til målsætningen for Følge-Op, her både relateret til epikrisernes ankomst, screening, koordinering og afholdelse af besøg.

Individens karakteristika

Den generelle holdning til Følge-Op, og særligt til de nye screeningsprocesser, er, at det er meningsfuldt og at de praktiserende læger er bedst til at screene patienterne. Der er uenighed om, hvorvidt Følge-Op besøg forebygger uhensigtsmæssige genindlæggelser, men alle er enige om, at besøgene medvirker til bedre patientforløb.

Proces

Der er bred enighed om, at den bedste informationskanal til udbredelse af projekter er Praksis-Info med supplerende information på lægelau-gsmøder. På den måde gentages informationen, og der er større sandsynlighed for at huske den.

Konklusion

Undersøgelsen er baseret på interviews med otte praktiserende læger, som alle har været mere eller mindre aktive i screeningen af patienter til Følge-Op ordningen. Alle udtrykker de entusiasme overfor den nye screeningsprocedure, og mener, at deres bidrag er afgørende for, at flere patienter i målgruppen for Følge-Op visiteres til ordningen. Samlet anbefales det, at den nye screeningsprocedure implementeres permanent og hvis ikke landsdækkende, så i hvert fald regionalt.

2. Introduktion

Følge-Op ordningen har været i drift i Region Sjælland siden december 2012¹. Ordningen består af 1-3 opfølgende hjemmebesøg ved egen læge og en kommunal hjemmesygeplejerske efter udskrivelse fra sygehuset, og er rettet mod særligt sårbare eller skrøbelige patienter.

I den tværsektorielle aftale om Følge-Op ordningen fremgår det, at medicinske og geriatriske sygehusafdelinger, samt ortopædkirurgisk afdeling i Køge, i Region Sjælland screener patienter inden udskrivelsen ved hjælp af et særligt udviklet screeningskema^{1,2}. Hvis patienten findes egnet til ordningen, gives der besked til kommunen via udskrivningsrapporten i det elektroniske kommunikationssystem, og til den praktiserende læge via epikrisen. Det er efterfølgende kommunens opgave at koordinere det første opfølgende hjemmebesøg med den alment praktiserende læge¹. Et nyt studie viser imidlertid, at for få screenes til ordningen og at besøgene desuden ligger senere end planlagt³.

En rapport fra september 2013 viser, at praktiserende læger ønsker at være mere involveret i identificering af skrøbelige patienter til ordningen⁴. I rapporten beskrives, at de korte indlæggelser gør det svært for sygehusafdelingen at screenes på baggrund af det korte kendskab, og at netop denne viden om patienten kan være afgørende for, hvorvidt en patient bør tilbydes et opfølgende hjemmebesøg.

Region Sjælland iværksatte i januar 2014 et pilotprojekt med en ny screeningsprocedure, hvor den praktiserende læge, som supplement til den hidtidige ordning, har mulighed for at visitere ny-udskrevne patienter til Følge-Op ordningen, uagtet om sygehuset via screeningskemaet har henvist til ordningen. Det er hensigten med den nye screeningsprocedure, at optimere muligheden for, dels at flere patienter screenes til ordningen, dels af det første Følge-Op besøg til visiterede patienter ligger inden for den første uge efter udskrivelsen. Pilotprojektet har været afgrænset til Roskilde og Vordingborg kommune⁵.

Formål

Formålet med nærværende interviewundersøgelse er at belyse, hvordan den nye screeningsprocedure opleves af de praktiserende læger i de to deltagende kommuner. Herunder:

- Hvordan de praktiserende læger oplever deres mulighed for at vurdere en patients behov for Følge-Op ordningen, og hvad der ifølge lægerne indikerer et sådant behov.
- Hvilken rolle de kommunale hjemmesygeplejersker spiller i Følge-Op ordningen, og hvordan besøgene koordineres i mellem de to aktører.
- Hvorvidt den nye screeningsprocedure kan bidrage til, at flere patienter i målgruppen kan visiteres til Følge-Op ordningen, og optimere muligheden for at holde det første besøg inden for den første uge efter udskrivelsen.

3. Metode og materiale

Undersøgelsen er gennemført som semi-strukturerede interviews i januar-februar 2015. Interviewdeltagerne blev rekrutteret via en liste frembragt af Region Sjælland over læger i de to kommuner. Det blev tilsigtet på listen, at inddrage både læger, som havde benyttet afregningskoden for første Følge-Op besøg og læger som ikke havde. Derudover var lægerne tilfældigt udvalgte. På listen var i alt angivet ni kontakter fra Roskilde kommune og seks kontakter fra Vordingborg kommune. Lægerne fra listen blev ringet op og inviteret til at deltage i et interview. Tre læger takkede direkte nej til at deltage. De resterende blev tilfældigt udvalgt ud fra, hvem der blev opnået kontakt til først.

Materiale

Der blev indledende gennemført et pilotinterview med sigte på at afprøve spørgeguiden. Denne blev efterfølgende revideret og benyttet til de følgende interviews (bilag 1). Der blev afholdt otte semi-strukturerede interviews af cirka en halv times varighed; fire med praktiserende læger fra Roskilde kommune og fire med praktiserende læger fra Vordingborg kommune. Det blev i indledende kontakt fremstillet åbent, om interviewet skulle udføres vis-a-vis eller telefonisk. Én læge valgte vis-a-vis, mens de resterende syv interviews blev udført telefonisk. Under interviewene kom det frem, at tre af de otte praktiserende læger, var en del af styre- eller projektgruppen for pilotprojektet. Alle ni interviews, inklusive pilotinterviewet blev fuldt transskriberet, og de otte fuldgældige interviews efterfølgende analyseret. Af hensyn til anonymisering og rapportens omfang indgår ikke citater eller udsagn fra enkeltpersoner i denne afrapportering. Analysen er gennemført som meningskondensering/temaanalyse. Meningskondensering indebærer, at de meninger interviewpersonerne udtrykker, gives i kortere formulering, men

hovedbetydningen af det sagte, bibeholdes og omformuleres i få ord⁶.

Fortolkningsmæssigt udgangspunkt

Implementering forstås i denne rapport som den proces, der finder sted i sundhedsvæsenet for at overføre beslutningen om en bestemt intervention til konkrete rutiner i sundhedspersonalets daglige arbejde⁷. Interventionen er således den ændrede screeningsprocedure i Følge-Op ordningen, som er nærværende rapportens omdrejningspunkt. Overordnet relaterer implementeringsprocessen sig til en række faktorer vedrørende ordningens kompleksitet, indre samt ydre omstændigheder⁷.

Temaanalysen i nærværende rapport læner sig op ad Damschroder *et al.*'s Consolidated Framework for Implementation Research⁷ (CFIR), som tager udgangspunkt i fem afgørende områder for implementering af komplekse interventioner: *interventionens karakteristika*, *indre og ydre omstændigheder*, *individ karakteristika* af personer som skal udføre opgaverne, samt *processen* i implementeringen. Hvert område er defineret ud fra en række forhold, som hver især har afgørende betydning for udfaldet af implementeringsprocessen (se bilag 2 for en systematisk opsat tabel). Disse forhold vil i den faktiske implementeringsproces interagere⁷, i særdeleshed fordi Følge-Op ordningen implementeres i et krydsfelt mellem sundhedsvæsenets forskellige aktører.

Analysen i denne rapport bygges op over disse fem temaer.

Damschroder *et al.* betoner, at idet CFIR er en overordnet typologi, bør de dele af redskabet udvælges, som har relevans for det enkelte arbejde⁷. Nærværende undersøgelse betragter forhold i pilotprojektets implementering, som er særligt relateret til projektets involverede individer, i dette tilfælde de alment praktiserende læger, hvorfor der lægges særlig vægt på det tredje og fjerde område, henholdsvis *indre omstændigheder* og *individ karakteristika*.

4. Temaanalyse

Nedenfor beskrives for hvert område af temaanalysen en sammenskrivning af de meninger og holdninger, som blev udtrykt i interviewene, samt enkelte forslag til fremtiden. Temaanalysen vil berøre hver af de fem områder beskrevet i CFIR, men vil som tidligere beskrevet have sit hovedfokus på henholdsvis *indre omstændigheder* og *individens karakteristika*, idet formålet med nærværende kvalitative undersøgelser er at belyse, hvordan de nye screeningsprocedurer opleves af de involverede praktiserende læger. Nogle emner vil uundgåeligt gå igen i flere temaer, idet de fem områders komplekse interaktion influerer implementeringens effektivitet⁷

Interventionens karakteristika

Relative fordele

Alle otte læger uden undtagelse finder den nye screeningsprocedure meget meningsfuld. Lægen har et forudgående kendskab som bevirker, at den samlede vurdering af patientens tilstand ud fra netop kendskabet og epikrisen bliver optimal. Flere af lægerne påpeger, at der før de fik screeningsmuligheden aldrig, eller stort set aldrig, kom henvisninger til Følge-Op ordningen, og mener derfor, at deres besyv er essentielt for overhovedet at få indlemmet patienter i ordningen. At give lægerne mulighed for at screene patienterne bevirker desuden, at processen bliver mindre bureaukratisk og optimerer samtidig chancen for at lægen kan få besøgene passet ind i hverdagen og kalenderen. Blandt fordelene for patienten nævnes: tryghed, at der er en plan og en koordineret indsats, samt at lægen selv har indblik i patientens tilstand og situation i forhold til den videre behandling. Det påpeges, at Følge-Op besøgene kan være en tidsbesparende faktor, idet lægen og hjemmesygeplejersken sammen får et blik for hvad patientens problemstillinger er, og derefter bliver enige om en indsats, frem for at tale forbi hinanden i talrige korrespondancer.

Design

I forhold til designet påpeger flere af de interviewede læger, at det har været besværligt og en barriere for at afregne Følge-Op besøg på de rette koder, at afregningskoderne ikke fra projektets start var indkodet i overenskomstmodulet. Det har været et stort problem, at hvert enkelt lægehus selv skulle lægge koderne ind eller betale systemhusene for det, og det efterlyses, at man i et lignende projekt sørger for, at teknikdelen er automatisk eller sørget for på forhånd. Enkelte læger påpeger, at det er positivt, at økonomien har hængt godt sammen med det reelle tidsforbrug. På den måde har det været acceptabelt for lægerne at afsætte tiden til at køre besøgene.

Blot en enkelt af de adspurgte læger benyttede det på forhånd udarbejdede skema til Følge-Op besøg når de sad hos patienten. Flere udtrykte modstand mod at sidde med et skema til afkrydsning, idet det hindrer en smidig tilgang til mødet, som i stedet kan være vejledt af patientens ønsker og behov.

Ydre omstændigheder

Pilotprojektet som denne rapport evaluerer, er en lille del af Følge-Op ordningen, som igen er en lille del af et stort offentligt sundhedsvæsen. Det betyder også, at den proces med implementering af pilotprojektet man ønsker igangsat, kan tage noget længere tid end planlagt, idet screeningen for patienter i Følge-Op målgruppen, blot er en lille del af den alment praktiserende læges hverdag.

Praktiserende læger er vant til at modtage information om først det ene projekt, siden det andet projekt. En læge beskriver med et glimt i øjet, hvordan flere kolleger undlader at deltage i et pilotprojekt, men først benytter ordningen, når tiltaget implementeres permanent. Hermed understreges det også, at den kvantificerbare implementeringsgrad bør tages med et gran salt, idet man først efter en permanent implementering vil kunne se det sande billede af udbredelsen.

Det blev udtrykt, at det kan være svært at skelne Følge-Op ordningen fra de mange andre næsten

enslydende tiltag som kører samtidig, eksempelvis opfølgende hjemmebesøg fra opsøgende hjemmebesøg. De to nævnte besøg køres af og til på samme indikation hvilket bevirker, at lægen ikke altid får afregnet besøget korrekt. I en stresset hverdag kan der være tendens til at det kendte vælges, i dette tilfælde de opsøgende hjemmebesøg. Samtidig opleves det forvirrende med alle de forskelligartede koder, som skal tastes i forbindelse med et Følge-Op besøg.

Patienternes behov og ressourcer

Overordnet afspejlede interviewene en fælles opfattelse af, at der eksisterer en række ydre forhold for den ældre medicinske patient, som giver anledning til at optimere samarbejdet mellem primær- og sekundærsektoren. De ældre patienter og særligt de sårbare, bevæger sig på tværs af disse to sektorer, hvilket understreger vigtigheden af et godt samarbejde herimellem. Samlet blev udfordringer for den ældre fremhævet som: korte indlæggelser, problemer med at forstå informationerne fra hospitalet, og til tider dårlig kommunikation og lang responstid mellem sekundær- og primærsektoren.

Politikker og incitamenter

Det opfattes som et klart incitament, at økonomien understøtter tidsforbruget i et Følge-Op besøg, og som en barriere, at afregningskoderne ikke var indlagt i systemet automatisk. Som tidligere beskrevet bemærkes det, at Følge-Op ordningen blot er et nyt navn og ny ydelse på noget lægerne i forvejen har gjort længe. Det har for flere af lægerne taget noget tid, før end pilotordningens opsætning blev fuldt forstået. Et år er kort tid til et projekt, fordi det tager noget tid før alle de implicerede har forstået opsætningen og processerne. Herefter ligger et arbejde med at indarbejde det i arbejdsrutinerne, og når så lægerne endelig oplever at det går godt og fremad, er projektet slut. Det opleves demotiverende af flere af de interviewede læger at arbejde på den måde, hvor projekterne skyder frem et efter et, for derefter at blive sløjftet når kadencen endelig er kommet op.

Følge-Op besøgene beskrives af flere læger, som noget der i teorien forventes at forekomme relativt sjældent, hvilket kan være en ulempe i forhold til at få indarbejdet en rutine i screeningen af epikriser. På trods af, at det er noget af det vigtigste for den ældre medicinske patient, foregår det i en almen medicinsk virkelighed iblandt en masse andre kliniske problemstillinger. Der findes ikke en reel tjekliste til Følge-Op besøget, men et skema til hjælp for indholdet. Generelt udtrykker lægerne da også modstand i mod en tjekliste som skal afkrydses af pligt, og finder at det derimod kan det være en hjælp at have en række overskrifter til at understøtte, at man kommer rundt om det vigtige.

Det gav anledning til bekymring blandt de interviewede læger, at patienterne i dag er indlagt i så kort tid, at de knap kan nå at restituere sig inden de sendes hjem. En læges frygt var, at Følge-Op ordningen giver anledning til, at sygehusene udskriver patienterne før de er klar, og derved forventer at almen praksis overtager en del af behandlingen som før lå i sygehusregi. I så fald vil det, ifølge lægen, blot skabe endnu flere skrøbelige patienter og endnu mere arbejde for den praktiserende læge. Det ekstra arbejdspress hænger samtidig ikke sammen med politisk bestemte lofter over de alment praktiserende lægers indtjening, og der efterlyses en acceptabel balance imellem de to poler^a.

Indre omstændigheder

Kommunikation

Overordnet fremhæver interviewene tidligere problematikker i forhold til kommunikationen på tværs af de involverede organisatoriske enheder (sygehus, kommunal omsorgsenhed og almen praksis), hvor Følge-Op ordningen har haltet pga. manglende kommunikation fra sygehus til kommunal hjemmesygepleje og videre til den praktiserende læge. For de interviewede praktiserende læger bidrager det blot med en understregning af, hvor vigtigt det er, at den

^a Følge-Op ordningen er en underliggende aftale til overenskomsten og derfor ikke reguleret af indtjeningsloftet.

alment praktiserende læge også er en del af screeningsproceduren.

Der er stor forskel på oplevelsen af, hvor gode sygehusene er til at levere epikriserne rettidigt. Dette er både relateret til forskelle mellem hospitalerne og helt specifikke afdelinger, som historisk set forventes altid at være forsinkede med epikriserne. Derudover er hovedparten af de interviewede læger utilfredse med hospitalerne, som ikke screener systematisk, og som opleves aldrig eller sjældent at henvise en patient til Følge-Op ordningen. Blot en enkelt læge udtrykker tilfredshed med hospitalets screening og videregivelse af Følge-Op indikation. Det er således størstedelen af lægernes holdning, at patienter ikke bliver visiteret til ordningen, hvis ikke den praktiserende læge supplerer med sit bidrag. Kendskabet til patienten er grundlæggende i screeningen, og det er derfor lægen, som gør det bedst.

Uden undtagelse bruger lægerne epikrisen i kombination med det forudgående kendskab til patienten, i vurderingen af om en patient skal visiteres til Følge-Op ordningen. Syv af de otte interviewede læger screener selv systematisk alle epikriser, de modtager, mens en har indrettet det således, at lægehusets sygeplejersker er oplært i screeningen og sender de screenede epikriser videre til lægen, som screener derefter.

Koordineringen mellem den kommunale hjemmesygepleje og den alment praktiserende læge foregår som oftest uden problemer og den foretrukne kommunikationskanal er Edifact. En enkelt læge foretrækker telefonisk kontakt, men den generelle udmelding fra de resterende er, at det er for besværligt og tidskrævende at benytte telefonen, og den bruges derfor af de fleste blot til supplerende kontakt. Det påpeges, at det er godt, at man i fællesskab ude på besøget kan vende ting, som skal korrigeres eller forstås rigtigt.

Det generelle samarbejde med den kommunale hjemmesygepleje opleves som godt fungerende. Flere steder er initiativet til Følge-Op besøgene af og til kommet fra hjemmesygeplejersken, og de steder dette ikke er sket, ønsker lægerne

hjemmesygeplejerskernes bidrag i denne forbindelse.

Lægernes villighed til at stille op efter arbejde for at udføre et Følge-Op besøg, afføder en forventning om det samme engagement fra hjemmesygeplejerskerne. Derfor opleves det som ligegyldighed, når hjemmesygeplejerskerne ikke vil møde op efter kl. 16, og lægerne udtrykker ønske om ansvar fra hjemmesygeplejen i relation til patienten. Nogle steder har den kommunale hjemmesygepleje indsat akutaften-sygeplejersker, som møder tidligt om eftermiddagen. Dette bevirker større fleksibilitet, idet Følge-Op besøget således kan køres efter lægens arbejdstid, og gør det mere sandsynligt, at det første Følge-Op besøg kan ligge indenfor en uge efter udskrivelsen.

I nogle områder er det et problem, at patienterne kan indlægges eller have forløb på flere sygehuse ad gangen. På den måde kommer lægen somme tider til at sidde med flere epikriser på samme tid for den samme patient, og det bliver sværere for lægen at gennemskue samtidig med, at patienterne sjældent har en klar opfattelse af, hvad der foregår.

Tilgængelige ressourcer

Det helt store overordnede emne i forhold til ressourcer er tid. Alle læger omtaler tid som en begrænsende faktor, både i forhold til hvor mange besøg de kan køre, men også i forhold til hvor mange patienter de screener ind i Følge-Op ordningen. Det omtales, at Følge-Op blot er en lille del af et større hele, hvor mange forskellige dagsordner skal have hensyn, og Følge-Op er således i konstant konkurrence med de mange andre kliniske problemstillinger, som er en del af den alment medicinske hverdag. I og med, at der er en begrænset kapacitet til at køre opfølgende hjemmebesøg, påpeges vigtigheden i, at det er de rette patienter der henvises til ordningen.

Tid og planlægning er også en barriere i forhold til at nå at afholde det første Følge-Op besøg indenfor en uge efter udskrivelsen. Overholdelse af tidsgrænsen er først og fremmest begrænset af epikrisens afsendelse, derudover begræn-

set af lægens kalender og i visse tilfælde hjemmesygeplejerskens kalender. Det viser sig med en vis tydelighed, at de læger som i deres kalender har afsat tid til at køre hjemmebesøg, generelt finder det uproblematisk at afholde det første Følge-Op besøg indenfor den første uge. Det påpeges, at det bliver lettere at finde tid til at holde det første besøg indenfor en uge, hvis det er lægen selv som initierer, fordi der ikke er så mange kommunikationsled. En læge påpeger dog, at det altid vil være en udfordring at nå det første Følge-Op besøg indenfor en uge, uanset hvem det er der initierer. Det er ikke nødvendigvis sværere at nå det første besøg indenfor en uge i en solopraksis end i et kompagniskab, og ifølge en af de interviewede læger har solopraksissen desuden den fordel, at det altid er patientens egen læge, som kører Følge-Op besøget.

Et par læger pointerer, at det er lidt besværligt at hjemmesygeplejerskerne skal med ud på besøgene, og at det ville gøre det lettere, hvis lægen tog det indledende møde og efterfølgende kommunikerede med hjemmesygeplejersken, ud fra devisen, at de ikke er strengt nødvendige, og kan være en forsinkende faktor. De resterende interviewede finder dog hjemmesygeplejerskens bidrag væsentligt, og mener samtidig at Følge-Op besøgene, hvor både patientens egen hjemmesygeplejerske og læge fungerer bedst, fordi hjemmesygeplejersken også har et indgående kendskab til patienten, som fordrer en god kontakt, og fordi det samtidig styrker samarbejdsrelationen fremadrettet. Samtidig bibringer de nogle andre faglige kompetencer end lægen, som kan være medvirkende faktor i udarbejdelsen af en koordineret indsats til patienten.

Individens karakteristika

Der er generelt stor forskel på lægernes ambitionsniveau og utvivlsomt også interessefelt. Dette giver udslag i antallet af besøg de enkelte læger initierer og afholder. Det er ikke alle, som bruger ordningen lige meget, og det udtrykkes at visse kolleger decideret afholder sig fra at

deltage i projekter som dette indtil de implementeres permanent.

Viden og holdninger til interventionen

Hvad man opnår med Følge-Op ordningen ifølge lægerne fremhæves overordnet som tryghed. Både for patienten, men i visse tilfælde også for lægen, som får et godt indblik i patientens tilstand. Trygheden betones at spille en stor rolle, ved at øge trivslen hos patienterne. Derudover er fordelene: at der bliver taget hånd om patienternes overgang fra hospitalet til eget hjem, et forbedret samarbejde med hjemmesygeplejen med højnet kvalitet i omsorgen til følge, at der kommer fast og regelmæssig hjælp i hjemmet, at der opstartes på den daglige genoptræning, at der lægges en plan og koordineres en indsats til gavn for patienten, samt at det kan ændre patientens indstilling til det at have funktionstab og give en helbredsmæssig og funktionsmæssig gevinst.

Holdningen til ordningens formål anskues forskelligt af de interviewede læger. Flere udtrykker et økonomisk incitament for etableringen af Følge-Op ordningen, hvor det helt nøgternt handler om at spare penge i sundhedssektoren. I relation til dette er der dog ikke nogle af de interviewede læger, som angiver, at det reelt *kan* spare penge på sundhedsbudgettet. Andre mener, at formålet er: at skabe tryghed for patienten indtil en ny sygdom opstår og patienten må genindlægges, at få styr på medicineringen, eller at det er at forebygge uhensigtsmæssige genindlæggelser.

Flere af de interviewede læger er overbeviste om, at de opfølgende hjemmebesøg på trods af evidensen, forebygger om ikke tidlige, uhensigtsmæssige genindlæggelser, så i hvert fald noget andet, som måske er mindre håndgribeligt, fx yderligere morbiditet. Det på trods af, at patienter på det funktionsniveau, som dem i målgruppen for Følge-Op ordningen kan blive akut dårlige og der, derfor ikke skal meget til, før de må indlægges. Hvis der i stedet er tale om en række småproblemer, som kan tages hånd om i hjemmet er holdningen, at man kan forebygge en indlæggelse. Imidlertid mener et par af

lægerne, at det er en politisk pointe, at man kan forebygge indlæggelser, og at det er u hensigtsmæssigt at forsøge at forebygge indlæggelser, når de fleste er fornuftsprægede og rimelige. Et par læger er usikre på om besøgene forebygger genindlæggelser, og vil ikke sige noget fast, men mener, at ordningen under alle omstændigheder er vigtig for at give patienten en oplevelse af trykthed og forståelse, og forhåbentlig hurtigere få dem op på det funktionsniveau de havde før. Målgruppen for Følge-Op ordningen er ifølge lægerne oftest skrøbelige ældre patienter, men ikke nødvendigvis kun de ældre. Patienter under aldersgrænsen for Følge-Op (78 år), kan også være skrøbelige, fx i kraft af komorbiditet eller psykosociale faktorer, og således falde ind under målgruppen.

Skrøbelige ældre patienter defineres af lægerne ud fra tre faktorer: fysiske, psykiske og sociale, dvs. med andre ord patientens samlede ressourceprofil. Lægerne udtrykker overordnet det samme, men bruger forskellige ord: en patient som har nedsat fysisk og/eller psykisk funktionsniveau, og som er enlig og/eller har et dårligt socialt netværk. Det kan være at børn og børnebørn bor langt væk eller aldrig besøger, eller at alle vennerne er gået bort. Alle disse faktorer spiller sammen, når lægen screener epikriserne for at finde patienter, som har behov, og helt overvejende understreger de interviewede læger, at det der betyder mest, er de psykosociale faktorer. Komorbiditet og deraf følgende multimedicinering er typisk mindre vigtige faktorer, som blot ses i tillæg til patientens overordnede problemstillinger.

Det er en klar holdning blandt de fleste af lægerne til, at sygehuset ikke alene magter opgaven med screening af patienterne ved udskrivelsen, og at der fanges flere patienter med behov, når lægen også har muligheden for at initiere Følge-Op ordningen. Det er i høj grad til gavn for patienterne, at lægen også har mulighed for at screene, så det bliver den samlede ressourceprofil der selekteres ud fra.

Troen på egne kompetencer (Self-efficacy)

Alle de otte læger fandt det meningsfuldt og positivt, at de med den nye ordning er blevet inddraget i initieringen af Følge-Op forløb. Uden undtagelse ser de sig selv, som værende de bedst stillede til at vurdere en patients behov for opfølgende besøg, idet de i forvejen kender patienten og dennes situation, med andre ord om der er tale om en særligt sårbar patient. Lægerne screener alle på baggrund af deres forudgående kendskab til patienterne og epikrisen fra den gældende indlæggelse. På denne måde bliver der i højere grad tale om et helhedsbillede, end når det er den udskrivende afdeling, som skal stå for at screene patienterne. Der er enighed blandt de interviewede læger om, at den praktiserende læge er den bedste til at finde patienter med behov for Følge-Op ordningen, og flere udtrykker samtidig, at hjemmesygeplejersken kan spille en væsentlig rolle i den forbindelse, fordi de ofte ser patienten før lægen og derved kan byde ind, hvis de oplever, at en given patient kan have gavn af ordningen. Kun en enkelt af de interviewede læger angiver at benytte det skema som er udformet til brug på Følge-Op besøg. Resten udtrykker en klar modstand imod dikterede tjeklister, som skal afkrydses, idet det medfører en usmidig tilgang til mødets indhold. På selve mødet foretrækker lægerne således at have mulighed for at bruge deres faglighed og deres kliniske blik i forhold til hvilke problemstillinger, man skal komme rundt om på mødet.

Individuel identifikation med organisationen

Skiftende projekter angives at virke uoverskuelige set i lyset af de mange forskellige arbejdsopgaver den praktiserende læge har. Det fremhæves, at projekttilgangen ikke er forlignelig med den praktiserende læges vante arbejdsgang med en jævn kadence, og at de mange skiftende projekter virker demotiverende, når de ikke sidenhen implementeres som permanente ordninger. Det tager noget tid for den enkelte læge at justere sin arbejdsgang, så det nye projekt bliver en del af den daglige rutine, og når dette

så bortfalder igen efter en rum tid, hvor lægen måske netop har fået rutinen op at køre, resulterer dette i en projekttræthed, hvor det fortæles, at nogle praktiserende læger direkte vælger ikke at deltage, med en udtalelse om, at de er villige til at deltage, når ordningen bliver permanent implementeret og overenskomtbåret.

Proces

Helt overordnet angives de bedste informationskanaler at være PraksisInfo, lægelaugsmøder og igennem praksiskonsulenter. Kanalerne bør vælges ud fra, om der er tale om landsdækkende, regionale eller lokale tiltag. Flere læger husker bedst den information, der er blevet givet på lægelaugsmøderne, hvilket understreger behovet for forgangsmænd i processer som denne.

Ingen betegner hospitalernes screening som ligegyldig. Flere mener modsat, at de udskrivende afdelinger gerne måtte blive bedre til at anmærke patientens egnethed til Følge-Op i epikrisen. Alle lægerne mener dog, at det er nødvendigt, at de samtidig er en del af visitationsordningen, idet der er for mange patienter som ellers vil blive tabt i systemet og ikke vil blive fulgt op.

Refleksion og evaluering

Alle de interviewede læger uden undtagelse anbefaler, at pilotordningen med de ændrede screeningsprocedurer kommer til at fungere som en permanent ordning fremadrettet. Der er stor opbakning om lægernes deltagelse i visitationen. Samtidig nævner flere, at det er en stor fordel, at den økonomiske del hænger sammen med den reelle forbrugte tid, idet det er et væsentligt incitament til at visitere og afholde besøgene.

Enkelte læger kom med bemærkninger om ordningen eller ønsker til forbedring af ordningen. Disse angives nedenfor:

Hvis det blev muligt at trække rålistor over hvilke af den pågældende læges patienter, der på et givent tidspunkt er indlagt, kunne man forestille sig, at lægen og hjemmesygeplejen en gang om ugen kunne mødes i lægehuset og snakke råli-

sterne igennem for at præcisere, hvilke patienter man skulle være opmærksomme på.

Man kunne også tænke sig, at man lavede en forsøgsordning, hvor to kommuner, som er sammenlignelige fordeles til enten interventions- eller kontrolgruppe. På den måde kunne man måske skabe et målbart udfald og i højere grad kvantificere effekten.

Der stilles spørgsmålstegn ved, om tidshorizonten på en uge er et springende punkt. Det kunne måske i stedet være 10 dage, der var grænsen, således, at det blev mere muligt at nå det indenfor den givne tidsramme.

I forhold til scoringen af, hvor aktive lægerne har været, påpegede en læge, at man bør tænke over, hvilke koder der måles på. Det kan ofte være hjemmesygeplejersken, som skriver den første opmærksomhedshenvendelse, og lægen der dernæst visiterer, hvilket kan influere tallene, hvis der ikke tænkes i forskellige koder i en kvantificering af projektet.

5. Konklusion og diskussion

Samlet set viser nærværende undersøgelse, at de otte alment praktiserende læger i denne undersøgelse, oplever de nye screeningsprocedurer meningsfulde. De anser deres bidrag i screeningen af patienter, som et vigtigt supplement til den allerede eksisterende screening på hospitalerne, og anbefaler, at den nye ordning implementeres permanent og gerne landsdækkende. Yderligere peges der på, at der overordnet er behov for koordinering på tværs af den primære- og sekundære sektor.

Derudover kan det fremhæves, at:

- De praktiserende læger anser deres mulighed for at vurdere en patients behov for opfølgende hjemmebesøg, som værende godt. De bruger uden undtagelse deres forudgående kendskab til patienten, og inddrager i overvejende grad psykosociale faktorer, men også fysiske aspekter i vurderingen. Begge forhold har mange underpunkter, som alle i samspil beskriver den 'skrøbelige' patient.
- De kommunale hjemmesygeplejersker er et vigtigt element i Følge-Op ordningen, idet de medbringer en anden faglighed og i højere grad har mulighed for at følge patienten tæt i tiden efter en indlæggelse. Der ses desuden positivt på hjemmesygeplejerskernes bidrag i vurderingen af, om en patient skal inkluderes i Følge-Op. Hovedparten af lægerne benytter korrespondancemodulet Edifact til at koordinere hjemmebesøg med hjemmesygeplejerskerne, og finder det velfungerende.
- Den klare holdning blandt de alment praktiserende læger er, at alt for få patienter visiteres til Følge-Op, hvis ikke også egen læge har mulighed for at screene patienter

ind i ordningen. Samtidig er den generelle holdning, at de opfølgende hjemmebesøg godt kan nås afholdt inden for en uge, og at de nye screeningsprocedurer optimerer muligheden for det.

Det viste sig, at tre ud af de otte interviewede læger, var en del af enten styregruppen eller projektgruppen for pilotprojektet. Deraf kan muligt følge en skævvridning af den generelle positive indstilling overfor projektet, idet projektgruppe- eller styregruppemedlemmer må antages at sidde på posterne ud fra en ide om, at projektet er meningsfuldt. Således kunne helheden have set anderledes ud, hvis i stedet tre uvildige praktiserende læger var indgået i denne undersøgelse. Dog må det bemærkes, at alle de resterende fem læger udtrykker samme positive indstilling overfor den ændrede screeningsprocedure og entydigt anbefaler, at denne fortsat vil være en del af Følge-Op-ordningen. Således lader ovenstående ikke umiddelbart til at have afgørende betydning.

Det kan dog have fået betydning for resultaterne, at der helt overvejende i undersøgelsen indgår praktiserende læger som er en del af et større eller mindre kompagniskab. Blot en af de interviewede læger er solopraktiserende og de resterende en del af enten samarbejds- eller kompagniskabspraksisser. Det er således muligt, at oplevelsen af ordningen og tidsrammen på en uge er helt anderledes for solopraktiserende læger, end den der udtrykkes i nærværende undersøgelse. På listen udleveret af Region Sjælland var ratioen af solopraktiserende læger og samarbejds- eller kompagniskabspraksisser 4:11. Som beskrevet i afsnit 3 om metode og materiale, blev de interviewede læger tilfældigt rekrutteret ud fra, hvem der først blev opnået kontakt til. Tre af de kontaktede læger takkede direkte nej til at deltage i et interview, hvoraf ingen var solopraktiserende.

Det bør imidlertid understreges, at den ene solopraktiserende læge som indgik i undersøgelsen ikke fandt det problematisk at få det første Følge-Op besøg til at foregå indenfor en uge efter udskrivelsen.

Referencer

1. Aftale om Følge-Op ordning til sårbare ældre patienter. Der udskrives fra medicinske samt geriatiske afdelinger samt Køge ortopædkirurgisk afdeling.: Region Sjælland, 2013:1-6.
2. Screening til Følge-Op ordning. Medicinske og geriatiske afdelinger i Region Sjælland, samt ortopædkirurgisk afdeling Køge Sygehus.: Region Sjælland, 2013:1-2.
3. Thygesen L, Fokdal, S, Gjørup, T, Taylor, RS, Zwisler, A. Can municipality-based post-discharge follow-up visits including a general practitioner reduce early readmission among high-risk people 65+ years old? Results from a randomised controlled trial. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2015. (Submitted)
4. Fokdal S, Sørensen, SK, Al-Najar, A. Implementering af opfølgende hjemmebesøg. I 9 kommuner i Region Sjælland. Projekt Forebyggelse af U hensigtsmæssige Indlæggelser.: Region Sjælland, 2013.
5. Tværsektorielle indsatser på sundhedsområdet. Følge-Op ordning til sårbare ældre patienter. Kommissorium for koordinering ved praktiserende læge.: Region Sjælland, 2013:1-3.
6. Kvale S, Brinkmann S. *Interview: introduktion til et håndværk*: Hans Reitzel, 2009.
7. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, et al. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. Implementation science : IS 2009;4:50.

Bilag

Bilag 1: Semistruktureret interviewguide.

Bilag 2: Tabel over CFIR's fem afgørende områder for implementering af komplekse interventioner.

Bilag 1:

Semistruktureret interviewguide.

Spørgeguide: Interviewundersøgelse af alment praktiserende lægers holdning til Følge-Op ordningen

1. Præsentation af interviewer.
2. Præsentation af undersøgelsens formål og interviewets formål (oplevelse af ordningen).
3. Fremgangsmåde og efterbehandling (fx optagelse og anonymisering).

Hovedspørgsmål	Understøttende spørgsmål
<i>Opfølgning på pilotprojektet</i>	
Hvordan har du oplevet, at du selv kunne henvise patienter til opfølgende hjemmebesøg?	<ul style="list-style-type: none">- <i>Har du brugt ordningen?</i> Hvis ja: <ul style="list-style-type: none">- Hvordan?- <i>I hvilken udstrækning?</i> Hvis nej: <ul style="list-style-type: none">- Hvorfor ikke?<ul style="list-style-type: none">o Tidsmæssige problemer?o Skønnes unødvendigt pga. forudgående kendskab til patienten?o Andet?
Hvordan er du blevet orienteret om projektet?	<ul style="list-style-type: none">- Har du manglet information?<ul style="list-style-type: none">o Kender du koderne for afregning? (Forskellig fra opsøgende hjemmebesøg).
<i>Oplevelse af ordningen generelt</i>	
<u>Hvordan har du oplevet din mulighed for at kunne vurdere den enkelte patients behov for Følge-Op besøg?</u> <ul style="list-style-type: none">- På baggrund af epikrisen- På baggrund af det øvrige kendskab til patienten.	<i>Hvilke fordele og ulemper ser du ved modellen?</i> <i>Hvilke barrierer ser du der er, ved at bruge denne metode til at finde patienterne i den rette målgruppe?</i>

	<i>pe?</i>
<i>Screening</i>	
<p><u>Hvad indikerer ifølge dig, at patienten har behov for Følge-Op ordningen?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Komorbiditet? - Civilstand? - Sårbarhed (definition)? - Multimedicinering (polyfarmaci)? - Andet? 	<p><u>Hvilke overvejelser gør du dig i forhold til henvisningen?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvilken vurdering ligger du til grund? <ul style="list-style-type: none"> o Faglig vurdering – hvordan? o Sårbarhed? - <i>Hvilke patienter anser du for at være i målgruppen?</i> - <i>Hvilke konsekvenser ser du, at besøgene vil have?</i> - Kender du mødets indhold?
<i>Tværfagligt samarbejde/Bidragydere</i>	
<p><u>Hvordan oplever du, at kommunale hjemmesygeplejersker/visitatorer kan bidrage i vurderingen af om patienterne skal visiteres til ordningen?</u></p> <p><u>Hvordan koordinerer du og den kommunale hjemmesygeplejerske besøgene?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ved du hvordan du får fat i hjemmesygeplejersken? 	<ul style="list-style-type: none"> - Hvordan ville ordningen fungere, hvis de ikke var en del af Følge-Op? <p>Eventuelle barrierer for samarbejdet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvordan får du fat i hjemmesygeplejersken? <ul style="list-style-type: none"> o Telefonisk? o Edifact (korrespondancemeddelelser)? o E-mail? - Evt. hvad fungerer bedst?
<i>Den nye ordning</i>	
<p><u>Hvordan oplever du, at flere patienter i målgruppen kan visiteres til Følge-Op ordningen ved hjælp af den nye ordning?</u></p>	

	<ul style="list-style-type: none"> - Hvad kunne hjælpe i screeningsprocessen?
<p><u>Hvordan oplever du, at den nye ordning optimerer muligheden at afholde det første Følge-Op besøg inden for en uge?</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bliver det i højere grad muligt, i samarbejde med den kommunale hjemmesygeplejerske, at afholde det første Følge-Op møde inden for den første uge? - Hvad skal der efter din vurdering til for, at det opfølgende hjemmebesøg kan ligge inden for en uge efter udskrivelsen?
<i>Mål med opfølgende hjemmebesøg</i>	
<p>Hvad forventer du at opnå med de opfølgende besøg?</p> <p>Hvad vurderer du er ordningens væsentligste formål?</p> <p>Forebygger opfølgende hjemmebesøg genindlæggelser?</p>	<p>Hvis nej,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvad tror du så kan forebygge genindlæggelser?
<i>Fremtid for ordningen</i>	
<p>Hvordan vurderer du, at ordningen skal fungere fremadrettet?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anbefales/ej anbefales? 	<p>Hvordan sikrer vi bedst, at information om projekter når ud til jer som praktiserende læger?</p> <ul style="list-style-type: none"> - PraksisInfo, Lægelaugsmøder, E-mail/ nyhedsbrev, Brev?
<i>Afslutning</i>	
<p>Er der noget vigtigt om Følge-Op ordningen, som vi ikke har berørt ved dette interview?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hvordan har det været at deltage i interviewet? - Har du spørgsmål?

Bilag 2:

Table over CFIR's fem afgørende områder for implementering af komplekse interventioner.

Interventionens karakteristika (<i>Characteristics of Intervention</i>)	Ydre omstændigheder (<i>Outer Settings</i>)	Indre omstændigheder (<i>Inner Settings</i>)	Individ karakteristika (<i>Characteristics of individuals</i>)	Implementeringsproces
Hvad opleves at være udbyttet af interventionen, hvilken form for viden og evidens understøtter interventionen, hvor kompleks er interventionen at gennemføre og i hvor høj grad kan den tilpasses de lokale forhold.	Ydre politikker, økonomi, sociale kontekst med mere. Dækker desuden de vilkår, der generelt gør sig gældende for patienterne og dermed hvilke behov patienterne opleves at have.	De vilkår og rammer som gør sig gældende i den organisation hvor interventionen implementeres. Herunder organisationens kultur og de kommunikative netværk og strukturer.	Individens: <ul style="list-style-type: none"> - viden om og holdning til interventionen, - tro på deres egen evne til at udføre implementeringen, - engagement og entusiasme imod vedvarende brug af interventionen, - identifikation med organisationen 	Successful implementering kræver en proaktiv strategi og proces for ændringer, for at sikre individuelle og organisatoriske ændringer. Processen omfatter strategier for planlægning, involvering, udførelse og evaluering.

Kilde: Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, et al. 2009⁶, med inspiration fra Lehn et al. 2014⁷