

Sara Fokdal Lehn
Morten Hulvej Rod
Lau Caspar Thygesen
Ann-Dorthe Zwisler

Statens
Institut
for
Folkesundhed

Implementering af **Opfølgende Hjemmebesøg** i Region Sjælland

Tema-analyse af
5 fokusgruppeinterviews

Implementering af Opfølgende Hjemmebesøg i Region Sjælland

Tema-analyse af 5 fokusgruppeinterviews

Sara Fokdal Lehn
Morten Hulvej Rod
Lau Caspar Thygesen
Ann-Dorthe Zwisler

Copyright © 2014
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 978-87-7899-283-3

Statens Institut for Folkesundhed
Øster Farimagsgade 5A, 2. sal
1353 København K
www.si-folkesundhed.dk

Rapporten kan downloades fra
www.si-folkesundhed.dk



Forord

For mange patienter er udskrivelse fra sygehus til videre udredning, behandling og pleje i hjemmet forbundet med stor utryghed. De accelererende patientforløb og specialiseringen i sekundær sundhedsvæsen bevirker, at der er behov for øget koordinering på tværs af sektorerne med henblik på at sikre en sammenhængende koordinerende indsats. Opfølgende hjemmebesøg er et tværsektorielt tiltag, hvis formål er at sikre bedre patientforløb i overgangen mellem udskrivelse og hjemkomst, samt at reducere antal af genindlæggelser.

For at fremme implementeringen er denne rapport udarbejdet.

Rapporten præsenterer resultatet af team-analyser fra 5 fokusgruppeinterviews afholdt i Region Sjælland i maj 2014 – godt 1 år efter ordningens opstart. Rapporten er udarbejdet af Sara Fokdal Lehn i samarbejde med Lau Caspar Thygesen, Morten Hulvej Rod og Ann-Dorthe Zwisler, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Rapportens konklusioner vil blive inddraget i det videre arbejde med implementering af ordningen i Region Sjælland.

En kæmpe tak til de i alt 22 fagpersoner på tværs af sektorerne som i maj måned tog sig tid til at indgå i denne undersøgelse. Jeres input og perspektiver som praktikere er uvurderlige for implementeringen af Opfølgende Hjemmebesøg i Region Sjælland.

Hanna Vestenaa

Formand for Styregruppen for Følge-op ordningen

Inge Jekes

Projektleder for Følge-op ordningen

Indhold

1 Resumé og konklusion 4

Introduktion 4

Metode 4

Temaanalyse 4

Konklusion 5

Opsummering af identificerede områder,
der kan arbejdes videre med 6

2 Introduktion 7

Formål 8

3 Metode og materiale 9

Materiale 9

Fortolkningsmæssigt udgangspunkt 9

4 Temaanalyse 10

4.1 Ydre omstændigheder 10

4.2 Indre omstændigheder 11

4.3 Involverede fagpersoner 11

4.4 Interventionens karakteristika 12

4.5 Proces 14

4.6 Konklusion 14

Referencer 15

Bilag 16

1 Resumé og konklusion

Introduktion

Opfølgende hjemmebesøg implementeres aktuelt over hele landet som led i den nationale handleplan for ældre, medicinske patienter. I Region Sjælland blev opfølgende hjemmebesøg, navngivet som 'Følge-op-ordningen', implementeret i december 2012. En kvantitativ monitorering af ordningen har vist, at færre end forventet bliver henvist, og at henviste patienter ikke modtager hjemmebesøg.

Denne rapport præsenterer resultater fra en kvalitativ undersøgelse af forhold, der påvirker den tværsektorielle implementering af opfølgende hjemmebesøg med fokus på klinikeres og fagpersoners oplevelse af ordningen, og hvordan den fungerer i praksis. Resultaterne inddrages i det videre arbejde med implementering i Region Sjælland.

Metode

Undersøgelsen er gennemført som fem semi-strukturerede fokusgruppeinterviews i regionens samarbejdsklynger bestående af sygehuse og deres samarbejdskommuner. I hvert fokusgruppeinterview indgik faggrupper fra sygehuset, kommunen og almen praksis. Der er foretaget en temaanalyse af interviewene med udgangspunkt i fem hovedområder med betydning for implementering af komplekse interventioner i sundhedsvæsenet: 1) ydre omstændigheder, 2) indre omstændigheder, 3) holdninger og kulturelle forhold blandt fagpersoner, 4) interventionens karakteristika og endelig 5) processen, der foregår omkring implementering. Resultaterne fra temaanalyserne opsummeres nedenfor under disse hovedområder.

Temaanalyse

Ydre omstændigheder med betydning for implementering af Følge-op-ordningen

Samlet afspejlede fokusgruppeinterviewene en fælles tværsektoriel og tværfaglig opfattelse af, at der eksisterer en række ydre omstændigheder for den ældre sårbare, medicinske patient, som fordrer nye sundhedsfaglige tiltag. Fagpersonerne udtrykte en grundlæggende positiv indstilling til, og opfattelse af, at Følge-op-ordningen vil kunne imødekomme en række af disse udfordringer. Interviewene afdækkede samtidig en række ydre omstændigheder, som vurderes at have betydning for implementeringen af ordningen. Der efterlyses gennemgående en ledelsesmæssig fokusering på området såvel på sygehusafdelingerne som i kommunerne, eksempelvis via systematisk kvalitetsmåling. Det fremhæves endvidere, at ordningen implementeres parallelt/i konkurrence med en række andre tiltag omkring ældre, som sprogligt og indholdsmæssig ligger tæt op ad hinanden (Følge-op, Følge-hjem, Opsøgende Hjemmebesøg). Endelig afdækkede interviewene forhold omkring honorering og aftalegrundlaget for praktiserende læger som en ydre omstændighed med betydning for implementeringen.

Indre omstændigheder med betydning for implementering af Følge-op-ordningen

Interviewdeltagerne beskrev, at kommunikationen vedrørende patienterne på tværs af sektorerne ofte er utilfredsstillende. Opfølgende hjemmebesøg forventes at kunne bruges til at skabe den nødvendige videndeling mellem sektorerne. Omvendt fremhæves udfordringer omkring kommunikation indenfor rammerne af Følge-op-ordningen som den mest italesatte, indre omstændighed, som vanskeliggør implementeringen. Følgende problemstillinger omkring kommunikationen fremhæves under interviewene: manglende videregivelse af information, uhensigtsmæssig opbygning af rapporter, formulering og placering af information såvel i kommunikation fra kommune til sygehus, som fra sygehus til kommune og fra sygehus og til praktiserende læge. Mangler ved IT-

systemerne, som resulterer i dobbeltarbejde og manglende tilgængelighed i forhold til information.

Holdninger og kulturelle forhold blandt fagpersoner, som udøver interventionen

Interviewene afspejlede, at der kan være holdningsmæssige og kulturelle forskelle mellem fagpersoner i forhold til betydningen af interventionen. Især de praktiserende lægers personlige holdning til ordningen blev italesat som betydningsfuld for indsatsen. Endvidere afdækkede interviewene, at fagpersonerne fra de forskellige sektorer og professioner motiveres forskelligt i forhold til at ændre arbejdsgange, hvor den videnskabelige, projektbaserede tilgang synes at virke motiverende på sygehuset, mens samme tilgang og skiftende projekter virker uoverskuelige og direkte demotiverende i primærsektoren.

Interventionens karakteristika og betydning for implementeringen

Fagpersonerne udtrykte overvejende en grundlæggende, positiv indstilling til og opfattelse af Følge-op-ordningen. Der fremgik imidlertid også forskelle mellem fokusgruppeinterviewene i forhold til, hvilken betydning man tillagde ordningen. I tre klynger blev der lagt stor vægt på, at ordningen fremmer samarbejdet mellem hjemmesygeplejen og almen praksis samt forebygger genindlæggelser. I to klynger blev lagt vægt på, at ordningen er for omfattende og giver anledning til dobbeltarbejde.

I forhold til årsager til manglende henvisninger og manglende udførelse blev der især peget på forhold omkring screening af patienter, henvisningsmetoden og kommunikation samt timing og praktisk tilrettelæggelse. Herudover blev det fremhævet som en svaghed, at akutafdelingerne ikke kan henviser til ordningen.

Endelig blev rejst forslag om ændring i opgavefordelingen mellem den praktiserende læge og hjemmesygeplejersken.

I forhold til screeningsmetoden blev der stillet spørgsmålstejn ved brug af screeningsskemaer. Der kom forslag til forenkling af skemaerne og evt. brug af elektroniske skemaer. Der blev stillet spørgsmålstejn ved, om det er de rette

patienter, som henvises til ordningen. Flere interviewpersoner fremhæver et potentiale i, at udvælgelsen af patienter til ordningen med fordel kunne foretages i primærsektoren via egen læge eller hjemmesygeplejersken. Set fra sygehusets side opleves henvisningsproceduren som omstændelig med registreringer flere steder. Kommunikation omkring Følge-op-ordningen vanskeliggøres ved blandt andet forskellig ordbrug og terminologi, udformning af epikrise og plejeplan. Det blev endvidere beskrevet som en betydelig udfordring at afvikle besøgene inden for den fastlagte tidsramme. Følgende forhold blev udpeget som problemområder: koordinering af besøg mellem læge og kommunesygeplejerske, arbejdsgang i praksis omkring epikrise-håndtering og tidspunkt for afvikling af besøg hos patienten.

Proces

I forhold til selve implementeringsprocessen efterlyste interviewdeltagerne større brug af lokale tovholdere. Desuden efterlystes møder på tværs af sektorer, hvor ordningen og den samlede indsats omkring patienterne drøftes. Generelt var deltagerne ikke orienteret omkring den regionale monitorering af ordningen, og få var bekendt midtvejsmonitoreringsrapporterne. Det blev efterspurgt, at de regionalt udarbejdede rapporter vedrørende monitorering og evaluering blev synlige for de involverede fagpersoner.

Konklusion

Samlet viste undersøgelsen, at klinikere og fagpersoner, som arbejder med opfølgende hjemmebesøg i Region Sjælland, langt overvejende oplever Følge-op-ordningen, som et meningsfuldt og vigtigt bidrag til at imødekomme de udfordringer, som sundhedsvæsenet i dag står overfor i forhold til den sårbare ældre medicinske patient. Temaanalysen afdækkede en række forhold med betydning for implementering og konkrete forslag til områder, der kan arbejdes videre med på tværs af sygehuse, kommuner og praktiserende læger for at opnå fuld implementering og dermed fuld udbytte af ordningen.

Opsummering af identificerede områder, der kan arbejdes videre med

Temaanalyse baseret på CFIR*	Sygehuse	Kommuner	Almen praksis
<i>Ydre omstændigheder/forhold</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Ledelsesmæssig fokus - Kvalitetsmåling - Simplificering af ældre indsatser 	<ul style="list-style-type: none"> - Ledelsesmæssig fokus - Vurdering af 24-timersreglen? - Simplificering af ældre indsatser 	<ul style="list-style-type: none"> - En del af overenskomsten
<i>Indre omstændigheder/forhold</i>	<p>KOMMUNIKATION</p> <ul style="list-style-type: none"> - Optimering af IT på tværs - Opbygning af rapporter: fokus på formulering og sprogbrug - Placering af henvisning i epikrise 	<p>KOMMUNIKATION</p> <ul style="list-style-type: none"> - Optimering af IT på tværs - Arbejdsgang for modtagelse af plejeplan og henvisninger 	<p>KOMMUNIKATION</p> <ul style="list-style-type: none"> - Epikrisehåndtering
<i>Fagpersoner – Kultur og holdning</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Motivation ved projektkultur 	<ul style="list-style-type: none"> - Demotivation ved projektkultur 	<ul style="list-style-type: none"> - Demotivation ved projektkultur - Holdningsbearbejdning
<i>Interventionen</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Inddrage akutafdelinger? - Screeningsmetode vs. faglig vurdering - Forenkling af screening - Skemaform og type - Med-Com registrering - Forenkling af henvisning - Optimering af interne arbejdsgange 	<ul style="list-style-type: none"> - Screening og henvisning til ordningen? - Deltagelse kontaktsygeplejerske - Afvikling af besøg efter kl. 14 - Ændret opgavefordeling - Antal besøg - Optimering af interne arbejdsgange 	<ul style="list-style-type: none"> - Screening og henvisning til ordningen? - Booking af besøg - Timing af besøg - Ændret opgavefordeling - Antal besøg - Optimering af interne arbejdsgange
<i>Processen</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Nøglepersoner/tovholder - Feed-back fra kommunen - Tværsektorielle møder - Synliggørelse af monitorering - Præsenteres af ordningen ved kommune/almen praksis 	<ul style="list-style-type: none"> - Nøglepersoner/tovholder - Feedback til sygehuset - Tværsektorielle møder - Synliggørelse af monitorering 	<ul style="list-style-type: none"> - Tværsektorielle møder - Synliggørelse af monitorering

* Consolidated Framework for Implementation Research. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, et al. 2009.

2 Introduktion

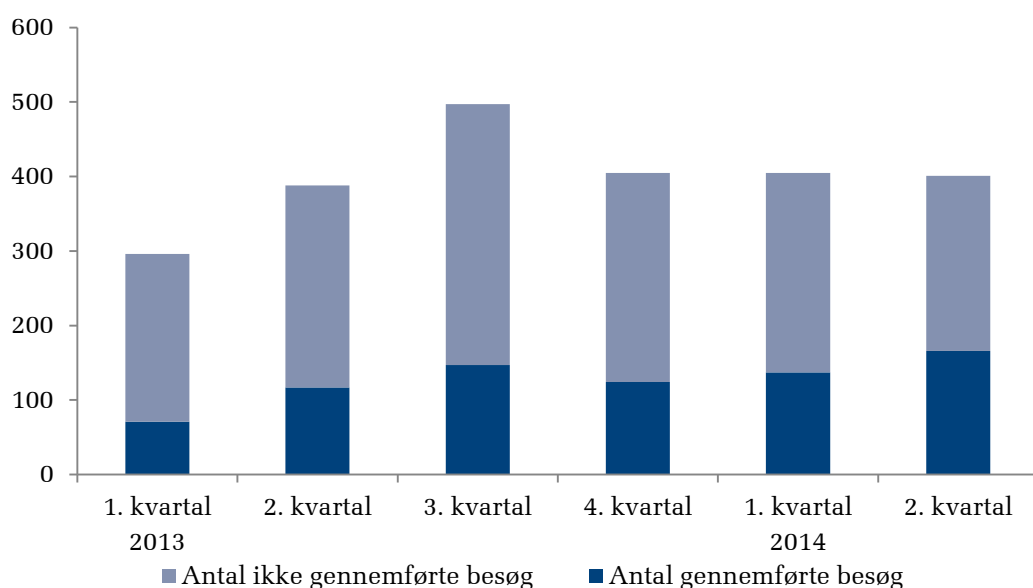
Opfølgende hjemmebesøg tilbydes i dag i alle landets regioner og kommuner som led i den nationale handleplan for ældre, medicinske patienter, der udskrives fra sygehuset (2). Ordningen blev igangsat i 2012. En dansk undersøgelse har vist, at opfølgende hjemmebesøg på den ene side kan skabe et bedre indblik i patienternes forbrug af medicin hos de praktiserende læger og kan reducere genindlæggelser blandt patienterne (6). På den anden side viser andre undersøgelser, at den samlede ordning omkring opfølgende hjemmebesøg er kompleks og svær at implementere i det danske sundhedsvæsen, og der er utilstrækkelig viden om, hvad der modificerer ordningens implementering (5). Manglende viden omkring de forhold, der påvirker implementeringen, kan i sidste ende betyde manglende effekt af ordningen (4).

Region Sjællands tilbud om opfølgende hjemmebesøg, 'Følge-op-ordningen', blev implementeret i hele regionen i december 2012. Patienter kan visiteres til ordningen, hvis de udskrives fra medicinske og geriatrike afdelinger i hele regionen og ortopædkirurgisk afdeling, Køge Syge-

hus (1). De arbejdsopgaver, som varetages i Følge-op-ordningen, går i overensstemmelse med den nationale strategi på tværs af sygehus, kommune og almen praksis. Implementering af ordningen har været fulgt tæt med løbende kvantitativ monitorering, som har vist, at færre end forventet henvises til ordningen. Herudover viser evalueringen, at patienter, som henvises fra sygehuset til ordningen, ikke modtager de opfølgende hjemmebesøg.

Det er sygehusafdelingerne som screener og informerer patienterne og pårørende om opfølgende hjemmebesøg, mens det er kommunerne og almen praksis, som gennemfører selve besøget. Der er mange led og arbejdsprocesser fra en patient bliver screenet til ordningen til hjemmebesøget faktisk bliver afholdt i patientens hjem.

Af nedenstående figur fremgår at antallet som screenes til ordningen i region Sjælland er steget hen over 2013. Antallet ligger over første og andet kvartal 2104 stabil på et niveau omkring 400 patienter pr. kvartal. Opgørelserne viser, at det fortsat er under halvdelen af de patienter, som er screenet og visiteret til ordningen fra sygehusafdelingerne, som rent faktisk modtager besøget i hjemmet. Ordningen er således endnu ikke implementeret.



For at skabe indblik i de elementer, der hver især og i fællesskab har betydning for implementering af Følge-op-ordningen, har Region Sjælland gennemført en kvalitativ undersøgelse af erfaringer og oplevelser blandt det sundhedsfaglige personale, der på forskellig vis har ansvar for ordningen.

Formål

Formålet med denne kvalitative undersøgelse er at afdække, hvilke forhold der påvirker den tværsektorielle implementering af Følge-op-ordningen i Region Sjælland med fokus på klinikere og fagpersoners oplevelse af ordningen, og hvordan den fungerer i praksis.

Undersøgelsens resultater vil blive inddraget i det videre arbejde med implementering af ordningen i regionen. Undersøgelsen er en del af et større evalueringsprojekt om opfølgende hjemmebesøg, som er igangsat af regionen og gennemføres i samarbejde mellem Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, Holbæk Sygehus og Holbæk Kommune.

3 Metode og materiale

Undersøgelsen er gennemført som semi-strukturerede fokusgruppeinterviews i maj 2014. I hvert interview indgik de forskellige faggrupper, som er involveret i screening, henvisning, koordinering og gennemførelse af Følge-op-ordningen: praktiserende læge, hjemme-sygeplejerske, sygehussygeplejerske, sygehuslæge og sygehussekretær. Interviewdeltagere blev rekrutteret via Følge-op-ordningens organisering.

Materiale

Der blev gennemført fem fokusgruppeinterviews med udgangspunkt i regionens samarbejds-klynger vedrørende Følge-op-ordningen; Holbæk-klyngen, Slagelse-klyngen, Køge-klyngen, Næstved-klyngen og Nykøbing Falster-klyngen. Af praktiske årsager var det ikke muligt at gennemføre fokusgruppeinterview i Roskilde-klyngen. Ved interviewene deltog, ud over fagpersoner, moderator, projektleder og studentermedhjælp. Alle 5 interviews blev fuldt transskriberet og analyseret efterfølgende. Interviewene varede 2 timer og blev gennemført med udgangspunkt i semistruktureret inter-

viewguide (bilag 1). Interviewene blev indledt med en case-beskrivelse (bilag 2).

Deltagernes faglige og organisatoriske udgangspunkt fremgår af bilag 3. De medvirkende fagpersoner har forskellige funktioner inden for deres felt. En 'sygehussygeplejerske' kan eksempelvis godt have en ledende funktion som afdelingssygeplejerske, men alle de medvirkende fagpersoner er tæt på driften af ordningen.

Fortolkningsmæssigt udgangspunkt

Implementering forstås i denne rapport som den proces, der finder sted i sundhedsvæsenet for at overføre beslutningen om en bestemt 'intervention' (Følge-op-ordningen) til konkrete rutiner i sundhedspersonalets daglige arbejdsliv (4). Overordnet relaterer implementeringsprocessen sig til en række faktorer vedrørende ordningens kompleksitet samt indre og ydre omstændigheder (4).

Tema-analysen i denne rapport er baseret på Consolidated Framework for Implementation Research (4), som tager udgangspunkt i fem afgørende områder for implementering af komplekse interventioner: indre og ydre *omstændigheder*, *individene*, der skal udføre opgaverne, interventionens *indhold* samt *processen* omkring implementeringen. Analysen, som fremstilles i denne rapport, bygges op over disse områder. Tabellen nedenfor beskriver kort, hvad de 5 områder omfatter.

Ydre omstændigheder (<i>Outer Settings</i>)	Indre omstændigheder (<i>Inner Settings</i>)	Involverede fagpersoner (<i>Individuals Involved with Implementation</i>)	Interventionens karakteristika (<i>Characteristics of Intervention</i>)	Proces
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.	Individer, der bærer og viderefører kulturelle, organisatoriske, professionelle holdninger, værdier og normer, der influerer implementeringsprocessen.	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.	Succesfuld 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. 2009.

4 Temaanalyse

Nedenfor beskrives for hvert område af temaanalysen en sammenskrivning af de drøftelser og tendenser, som gik igen i fokusgruppeinterviews. Af hensyn til anonymiseringen og rapportens omfang indgår ikke i citater eller udsagn fra enkeltpersoner i denne afrapportering. Der vil efterfølgende blive arbejdet videre med interviewmaterialet og interviewudsagnene med henblik på generalisering af fundene og publicering af resultaterne i en peer-review artikel.

4.1 Ydre omstændigheder

Følge-op-ordningen er en lille del af et stort, offentligt sundhedssystem. Målgruppen for ordningen, svækkede, ældre patienter, fylder imidlertid en væsentlig del i sundhedsvæsenet. Interviewdeltagerne beskrev en lang række forhold i sundhedsvæsenet og blandt patienterne, der direkte eller indirekte har betydning for oplevelsen af Følge-op-ordningen.

Generelt vedrørende patienternes behov og ressourcer

Samlet afspejlede fokusgruppeinterviewene en fælles tværsektoriel og tværfaglig opfattelse af, at der eksisterer en række ydre omstændigheder for den ældre sårbare medicinske patient, som fordrer nye sundhedsfaglige tiltag. De svækkede, ældre patienter indgår i et samspil mellem primær- og sekundærsektoren. Så snart patienterne oplever alvorlig sygdom og funktionsnedsættelser, er der mange forskellige fagpersoner involveret.

Følgende forhold blev især fremhævet som udfordringer for den ældre og for sundhedsvæsenet: De ældres behov versus accelererede patientforløb i sekundærsektor, korte indlæggelser, kompleks medicinering hos den ældre, manglende information fra sygehus til kommune, høj grad af genindlæggelser, manglende kendskab hos sygehuspersonale i forhold til

hvordan den ældre fungerer, når vedkommende først er hjemme.

At patienterne skranter hurtigt efter en udskrivelse, og at det ender med genindlæggelse, blev også beskrevet som sammenhængende med manglende kommunikation eller videregivelse af oplysninger, der opleves i primærsektoren. Der fremgik lidt forskellige holdninger til, hvordan oplysningerne bedst overleveres og omsættes, idet nogle fremhæver, at den elektroniske kommunikation er tilstrækkelig, mens andre fremhæver fordelene ved den direkte dialog, men det er gennemgående, at plejeforløbsplan og udskrivningsrapport spiller en rolle. De skal være opdateret med de nødvendige oplysninger og helst kun sendes én gang.

Politikker og ydre forhold, der påvirker implementeringen

Det trækkes frem på tværs af alle interviewgrupperne, at sygehusafdelingernes prioritering er meget styret af, hvad de bliver kvalitetsmålt på. Da afdelingerne ikke kvalitetsmåles på screening til Følge-op, er det ikke som sådan en af de mest prioriterede opgaver på sygehuset. Desuden spiller specialisering af sygehusvæsenet og accelererede indlæggelsesforløb meget ind i interviewgruppernes beskrivelser af patienternes behov. Det opleves, at der skubbes mere 'tunge' pleje- og behandlingsopgaver over i primærsektoren.

Hvilken betydning det har, at ordningen er forankret i Region Sjællands centraladministration, blev primært drøftet af interviewgruppen fra Holbæk-klyngen. Holbæk-klyngen har tidligere arbejdet med opfølgende hjemmebesøg som en del af et lokalt initieret projekt. Der fremgik stor bevidsthed hos interviewpersonerne om, at ordningen ikke længere kun er lokal, men en del af en regional strategi for arbejdet med de svækkede, ældre patienter. Det er dog forskelligt, hvorvidt dette tillægges betydning for implementeringen af interviewdeltagerne.

4.2 Indre omstændigheder

Følge-op-ordningen implementeres i sundhedsvæsenet på tværs af sundhedsvæsenets organisatoriske enheder (sygehuse, kommunale omsorgsenheder og almen praksis). De indre omstændigheder, så vidt angår Følge-op-ordningen, går altså også på tværs af sektorer og organisationer. Som det fremgår nedenfor, beskrives især kommunikationen på tværs af de forskellige enheder som afgørende for behandlingen generelt og for Følge-op-ordningen specifikt.

Den tværfaglige og tværsektorielle kommunikation omkring de ældre patienter fremhæves som noget helt afgørende for den samlede kvalitet af den behandling og pleje, som patienten tilbydes. Interviewdeltagerne fremhævede en del problematiske områder i forhold til kommunikationen på tværs. Problematikker, som på den ene side komplicerer, og på den anden side (for nogle) understreger vigtigheden af Følge-op-ordningen.

Det er ikke altid, der bliver videregivet de nødvendige informationer i forbindelse med en indlæggelse. Interviewdeltagerne fremhævede både den information, der går fra kommunen til sygehuset og omvendt. Sygehus, kommune og almen praksis anvender det fælles kommunikationssystem MedCom, der blandt andet omfatter nogle elektroniske rapporter, der skal udfyldes, når man som modtager af kommunale omsorgsydelser indlægges på sygehuset. Interviewpersonerne omtalte ofte, at disse rapporter ikke rummer de nødvendige oplysninger. Specifikt blev nævnt mangler i forbindelse med de elektroniske oplysninger, der overføres fra kommune til sygehus ved indlæggelsen (*advi*) samt fra sygehuset til kommunen i løbet af indlæggelsen (*plejeforløbsplan*).

Det blev nævnt af det kommunale personale i flere af klyngerne, at henvisningen til Følge-op-ordningen, som skal fremgå af udskrivningsrapporten, ikke er tydelig nok; at Følge-op-ordningen bliver kaldt noget forskelligt, og man som visitator skal lede efter henvisningen, fordi man modtager den samme rapport flere gange.

Det er besværligt, at IT-systemerne ikke taler sammen, og det kan give anledning til misforståelse og dobbelt arbejde, at man ikke kan se, hvad der er foretaget med patienten i den øvrige del af systemet. Dette fremhæves især af fagpersonalet i primærsektoren.

Det var helt konsistent imellem interviewgrupperne, at sygehusenes sygeplejersker efterlyser feedback på, hvordan det går med de patienter, de henviser til Følge-op-ordningen. Modtager de intenderede besøg, og giver det mening, at sygehuset lægger arbejde i at screene dem? Flere efterlyser også case-beskrivelser, der kan virke motiverende for sygehuspersonalet – eksempler på, at det virker.

Det blev beskrevet af interviewdeltagerne, at sundhedsvæsenet uundgåeligt udvikler sig mod et specialiseret sygehusvæsen med kortere indlæggelsesforløb for patienterne og nye opgaver i primærsektoren til følge. Herunder at praktiserende læger og hjemmesygeplejen i højere grad skal varetage og koordinere komplicerede behandlingsforløb.

På tværs af interviewgrupperne nævnes det, at det ledelsesmæssige fokus i den kommunale hjemmepleje og på sygehuset har betydning for implementeringen af ordningen – forhold, som at ordningen nævnes af ledelsen og fremhæves som en prioriteret opgave. Lige så gennemgående nævnes det dog, at ledelsen (i kommune og på sygehus) ikke har fokus på Følge-op-ordningen.

I forhold til de praktiserende læger tales den personlige holdning mere frem end blandt de øvrige faggrupper. Det fremhæves også, at der er stor forskel fra læge til læge, om man ønsker at indgå i Følge-op-ordningen, og at dette generelt er sammenfaldende med, hvilket samarbejde der er mellem hjemmesygeplejen i kommunen og den enkelte læge.

4.3 Involverede fagpersoner

Som beskrevet i afsnittet oven for, går implementeringen og udførelsen af Følge-op-ordningen på tværs af sektorer og organisering

i sundhedsvæsenet. Ligeledes er flere forskellige faggrupper involveret i ordningen. Hvordan fagpersonerne forholder sig til ordningen kan være påvirket af holdninger, kulturer og værdier og normer for professionen og på det lokale arbejdssted.

Der er overordnet enighed om, at det er vigtigt at komme hurtigt ud i hjemmet hos de fleste af de skrøbelige, ældre patienter. Langt hen ad vejen opfattes dette som hjemmesygeplejens opgave. Hjemmesygeplejen kan varetage en del problemstillinger selv, og hjemmesygeplejen kan etablere et samarbejde med den praktiserende læge, selv om der ikke er visiteret til Følge-op-ordning. Omvendt er det primært interviewdeltagerens oplevelse, at Følge-op-besøg, hvor både hjemmesygeplejen og praktiserende læge er til stede, øger kvaliteten. I fællesskab når lægen og sygeplejersken 'hele vejen rundt' om patienten. Præcis hvilken betydning Følge-op-ordningen tillægges i forhold til den enkelte patient og i forhold til samarbejdet mellem hjemmesygeplejen og almen praksis, er forskelligt på tværs af interviewgrupperne.

Stort set alle interviewdeltagerne tilkendegav, at Følge-op-ordningen, når den fungerer, kan forebygge nogle genindlæggelser, primært fordi man kommer tættere på patientens problemer, og tiltagene koordineres bedre. Desuden kan besøgene give den tryghed, der skal til hos patienten. Omvendt fremgik også blandt nogle af interviewdeltagerne en opfattelse af, at det, der foregår ved besøgene, er 'dobbelt-arbejde', fordi sygeplejersken allerede har været i hjemmet og gennemgået medicinen og vurderet patientens behov. Denne holdning gjorde sig primært gældende i Næstved- og Nykøbing Falsterklyngen, og det er især hjemmesygeplejerskerne, der fremhævede dette. I Nykøbing Falsterklyngen var der imidlertid ikke helt overensstemmelse mellem deltagerens holdning. Især sygehuslægen fremhævede, at den praktiserende læge bringer en anden faglighed med ud til borgeren, og det er dette, der gør forskellen. Ved begge de nævnte grupper var den praktiserende læge fraværende ved interviewet.

I forhold til de praktiserende læger tales den personlige holdning mere frem end blandt de øvrige faggrupper. Det fremhæves også, at der er stor forskel fra læge til læge, om man ønsker at indgå i Følge-op-ordningen, og at dette generelt er sammenfaldende med, hvilket samarbejde der er mellem hjemmesygeplejen i kommunen og den enkelte læge. Praktiserende lægers holdning til ordningen har indflydelse på, hvorvidt ordningen fungerer. Det blev på forskellig måde tilkendegivet, at den enkelte lægepraksis' ønske om at samarbejde om ordningen er nøglen til at få det til at fungere.

Interviewdeltagerne beskrev desuden forskelle på, hvordan faggrupperne motiveres til at påtage sig nye arbejdsprocedurer. Projekttiltag, hvor man antager en undersøgende og måske videnskabelig tilgang, synes at virke motiverende på sygehuset (*sygehuslæge*), hvorimod de skiftende projekter virker uoverskuelige og direkte demotiverende i primærsektoren (*praktiserende læge og hjemmesygeplejerske*).

4.4 Interventionens karakteristika

Fagpersonerne udtrykte en grundlæggende positiv indstilling til og opfattelse af Følge-op-ordningen. Fagpersonerne italesatte en række mulige udfald af en velfungerende ordning jf. afsnittet om ydre omstændigheder: helhedsorienteret holistisk patienttilgang, øget kvalitet i samarbejdet, tryghed hos patienten og pårørende, bedre koordinering mellem sygeplejerske, læge og patient, øget funktionsniveau for patienten, forebyggelse af genindlæggelser og mulighed for, at sygehuset lettere kan give slip på patienten, da kommunen og den praktiserende læge formaliseret tager over.

Interviewdeltagerne beskriver imidlertid også de forhold, som er med til at komplicere Følge-op-ordningen, som værende betydningsfulde for implementeringen. De procedurer, som skal udføres i relation til ordningen, er dagligt i skarp konkurrence med alle de øvrige arbejdsopgaver, som ligger i den enkelte enhed. Besværgelige og komplicerede arbejdsgange er derfor med til at sænke implementeringen.

Det var gennemgående interviewdeltagernes holdning, at der ikke er ressourcer i sundhedsvæsenet til at tilbyde Følge-op til alle ældre, medicinske patienter. Ordningen må derfor rettes mod de ældre patienter, der har det største behov. Hvorvidt patienten har behov for den grundige opfølgning, kan afhænge af, hvilken behandling patienten modtager på sygehuset. Korte indlæggelsesforløb og patienter, der tilses af akutafdelingen uden indlæggelse, øger behovet for opfølgning. Følgende forhold blev kædet sammen med risiko for genindlæggelse: korte indlæggelser, eventuelt patienter, der 'vendes i døren' på akutafdelingen, medicinændringer, hvor den fulde effekt først opleves, når patienten er i eget hjem, patienter, der ikke har jævnlig kontakt til læge og hjemmepleje, manglende forståelse og overblik over sin egen sygdom og behandling.

Hvorvidt ordningen fungerer, herunder om de rette patienter henvises, og om de henviste patienter modtager Følge-op-besøg, afhænger af, om alle sektorer varetager deres del af processen. Flere af interviewgrupperne fremhæver, at der er for få henvisninger til ordningen, og at pilen i denne sammenhæng peger på sygehuset og de enkelte afdelingers held med at huske ordningen i dagligdagen.

I flere af interviewgrupperne blev det beskrevet, at henvisningen fra sygehuset til kommunen kan gå galt. For eksempel fordi henvisningen skal registreres flere steder (journal, udskrivningsrapport, epikrise), og fordi personalet glemmer eller ikke kender procedurerne godt nok. En anden problematik, som fremhæves, er, at sygehuspersonalet er usikre på, om Følge-op-besøget faktisk effektueres. Dette sænker motivationen for screeningsarbejdet og er problematisk i kommunikationen med patienterne.

I primærsektoren er det en udfordring, at lægens og hjemmesygeplejens daglige planlægning ikke passer sammen. De praktiserende læger har fyldte kalendere flere uger ud i fremtiden og vil helst varetage Følge-op-besøgene sidst på eftermiddagen eller om aftenen. Dette opleves ikke som en mulighed for hjemmesy-

geplejen, da aftenvagterne ikke har tid. I en enkelt kommune er det dog muligt at planlægge besøgene sammen med aftenvagterne (det vil sige om eftermiddagen og om aftenen), men det fremhæves af den praktiserende læge, at det er problematisk, da det ikke er patientens faste sygeplejekontakt der møder op til hjemmebesøget, og der dermed går informationer tabt mellem aften- og dagvagterne.

Det blev fremhævet på tværs af interviewgrupperne, at de mange nye tiltag og projekter omkring ældre patienter gør det forvirrende og sværere at implementere Følge-op-ordningen. Dette blev især betonet af praktiserende læger og i klynger, hvor man også har konkrete projekter, såsom Tele-hjem, Følge-hjem og geriatrisk team (sidstnævnte beskrives dog ikke som et projekt).

I forhold til de dagligdags rammer for ordningen nævner interviewdeltagerne en række forhold, der komplicerer gennemførelsen, som beskrives oven for. Som det blev omtalt af interviewdeltagerne, hører det med til ordningens design, at hver organisatorisk enhed (kommuner, sygehusafdelinger og i nogen grad også almen praksis) har ansvar for at planlægge detaljerne i de interne arbejdsprocedurer. Eksempelvis at sekretærer på medicinsk afdeling i Holbæk har ansvaret for at gøre screeningskemaer klar til sygehuspersonalet. Denne interne planlægning synes at have stor betydning for ordningens samlede kvalitet.

Det blev foreslået på tværs af interviewgrupperne, at det vil være en fordel, at henvisningen til Følge-op-ordningen ligger i primærsektoren. Det er hjemmesygeplejersker og praktiserende læger, der har indtryk af, hvordan patienterne fungerer i hjemmet og dermed, hvor skrøbelige de er. Flere af grupperne fremhævede også, at den mest hensigtsmæssige procedure vil være, at en hjemmesygeplejerske kommer i hjemmet meget kort efter udskrivelsen, og dér tager stilling til, om der er behov for en praktiserende læge.

I det omfang, at screeningens skal varetages af sygehuset, fremhævede sygehuspersonalet (sygeplejersker og læger), at henvisningen med fordel kan baseres på et fagligt skøn frem for screeningskemaer. Skemaerne gør arbejdet tungt og omstændeligt. En detalje, som også blev nævnt, er det problematiske i at huske betegnelsen 'Følge-op-ordning'. Dette ligger for tæt op ad andre lignende betegnelser som for eksempel 'Følge-hjem'.

4.5 Proces

En stor del af interviewpersonerne angav at være langt væk fra den overordnede planlægningsproces. Omvendt fremgik det af de forskellige interviews, at der er behov for at varetage planlægningsprocessen lokalt (også). Alle grupperne ser et behov for lokale nøglepersoner, der kan fungere som tovholdere for ordningen og huske kollegerne på ordningen, hvis man glemmer det i travlheden. Nøglepersoner skal helst være så tæt på den enkelte organisation, afdeling og faggruppe som muligt.

De forskellige grupper (både på tværs af klyngerne, faggrupperne og sektorerne) er enige om, at det er en fordel af mødes på tværs af sektorerne og drøfte ordningen. Det vil både gavne forståelsen for hinanden, tilpasning og udførelse af opgaven samt motivationen for at udføre opgaven.

Et andet fællestræk for interviewgrupperne er, at man ikke kendte eller mærkede meget til den centrale administration af opgaven. Herunder opgørelse af antal patienter med mere. Der er dog forskel på, hvilken betydning man tillagde denne funktion. Flere deltagere efterlyste også at få større indsigt i den løbende monitorering og evaluering af ordningen.

4.6 Konklusion

Samlet viste undersøgelsen, at klinikere og fagpersoner, som arbejder med opfølgende hjemmebesøg i Region Sjælland langt overvejende oplever Følge-op-ordningen, som et meningsfuldt og vigtigt bidrag til at imødekomme de udfordringer, som sundhedsvæsenet i dag står overfor i forhold den sårbare ældre medi-

cinske patient. Temaanalysen afdækkede en række forhold med betydning for implementering, og konkrete forslag til områder, der kan arbejdes videre med på tværs af sygehuse, kommuner og praktiserende læger for at opnå fuldt implementering, og der med fuld udbytte af ordningen. Fokusgruppeinterviewene udpeger især ydre omstændigheder så som ledelsesmæssig fokus og prioritering af indsatser i forhold til de sårbare ældre og indre omstændigheder omkring kommunikationen og koordinering på tværs af sektorer som barriere for implementering af ordningen.

På side 7 findes en samlet opsummering af de identificerede områder, der kan arbejdes videre med i forhold til fuld implementering af Følge-op ordningen i region Sjælland til gavn for de sårbare ældre medicinske patienter, som er i høj risiko for genindlæggelse.

Referencer

1. Aftale om Følge-op-ordning til sårbare ældre patienter - Der udskrives fra medicinske sam geriatriske afdelinger, samt ortopædkirurgisk afdeling Køge. Region Sjælland, 2012.
2. Fælles udmøntningsplan for den nationale handleplan for den ældre medicinske patient. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Danske Regioner, KL, Sundhedsstyrelsen og NSI, 2012.
3. Retningslinjer for afholdelse af opfølgende hjemmebesøg, Følge-op-ordning i Region Sjælland. Region Sjælland, 2012.
4. 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* 2009;4.
5. Hendriksen C, Vass M. Usikker effekt af opfølgende hjemmebesøg til ældre medicinske patienter efter hospitalsindlæggelse. *Ugeskrift for Læger* 2014;176:2-5.
6. Jakobsen HN, Rytter L, Rønholt F, et al. Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse - en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, 2007.

Bilag

Bilag 1: Semistruktureret interviewguide

Bilag 2: Case-beskrivelse (anvendt ved fokusgruppeinterview)

Bilag 3: Deltagernes faglige og organisatoriske tilknytning

Bilag 1:

Spørgeguide: Implementering af Følge-op-ordning i Region Sjælland

- 1: Præsentation af interviewere + medlytter/Inge
- 2: Præsentation af undersøgelsen/interviews formål v. Sara
- 3: Hvordan gør vi det? Ved Sara (obs. Brug af termen 'patient', optage, anonymisering)
- 4: Deltagere præsenterer sig selv; navn, stilling, tilknytning til ordningen (hvad er jeres viden/erfaringer omkring ordningen?)
- 5: Case-præsentation, der beskriver ét eller flere emner (deltagere får udleveret papir og læser selv)

Hovedspørgsmål	Understøttende spørgsmål
<i>Opfølgning på casen...</i>	
Er casen genkendelig fra jeres dagligdag? Hvorfor/hvorfor ikke? Kunne Ingrid være et typisk billede på målgruppen? Hvorfor/hvorfor ikke? Med udgangspunkt i casen – tror I følge-op-besøget har en positiv betydning for patienten/Ingrid? Hvorfor/hvorfor ikke?	Tror I genindlæggelsen i casen kunne være forebygget? Hvorfor/hvorfor ikke?
<i>Oplevelse af ordningen generelt</i>	
Hvad er generelt jeres oplevelse af Følge-op-ordningen? Hvem får udbytte af Følge-op-ordningen? Hvad er det vigtigste ved Følge-op-ordningen?	Hvilken betydning tror I Følge-op-ordningen har for patienterne? Hvilken betydning tror I Følge-op-ordningen har for jeres faglige arbejde? Hvis man tager udgangspunkt i casen: tror I, at denne patient havde gavn af det opfølgende hjemmebesøg? Hvorfor/hvorfor ikke?
<i>Ordningens arbejdsprocesser</i>	
Hvordan synes I, Følge-op-ordningen fungerer i dagligdagen?	Screening, henvisning, koordinering af besøg samt afholdelse af 1., 2. og 3. besøg? Hvad fungerer godt? Hvad fungerer dårligt? Hvad kunne gøre det bedre?
Hvordan forbereder henholdsvis den praktiserende læge og hjemmesygeplejersken/primærsygeplejersken sig til besøget?	Hvilken information finder I forud for besøget? Hvor finder I denne information?
Hvilke aktiviteter foregår typisk ved besøgene?	Evt.: Hvad TROR I, der sker? Hvad gør lægen ved besøget? Hvad gør sygeplejersken ved besøget?
Er Følge-op-ordningen godt nok tilpasset hverdagen i jeres organisation? Hvorfor / hvorfor ikke?	Er der fx nogle ting, der laver om på jeres vanter arbejdsdag? Hvad? Hvordan?

Der er nogle, der mener, arbejdsgangene omkring Følge-op-ordningen er komplicerede; hvordan oplever I dette?	Kan I komme i tanke om ændringer i arbejdsgangene, der vil gøre det lettere for jer? Hvad er sværest ved Følge-op-ordningen?
<i>Tværfaglige samarbejde</i>	
Hvordan fungerer det tværfaglige samarbejde omkring de forskellige dele af Følge-op-ordningen? Henvisningen? Koordineringen? Udførelsen af Følge-op-besøgene?	Hvilke faggrupper skal samarbejde omkring de forskellige opgaver? Henvisningen? Koordineringen? Udførelsen af følge-op-besøgene? Hvad fungerer godt i forhold til det tværfaglige samarbejde? Hvad fungerer mindre godt i forhold til det tværfaglige samarbejde?
<i>Udvælgelse af patienter til ordningen</i>	
Der har tidligere været en del fokus på, om det er 'de rigtige' patienter, der bliver henvist til Følge-op-ordningen; hvordan oplever I dette? Hvem er 'de rigtige' patienter? Hvem er 'de forkerte' patienter?	Hvordan bliver patienterne udvalgt til ordningen? Bliver der henvist for mange eller for få patienter, eller er det et meget passende antal? Ser man nyudskrevne patienter i jeres dagligdag, som ifølge jeres overbevisning burde være henvist til Følge-op-ordningen? Hvorfor tror I ikke, de er blevet det? Hvad kan spænde ben for en korrekt henvisning af patienter til Følge-op-ordningen? Hvad kan sikre den rigtige henvisning?
<i>Forebyggelse af genindlæggelse</i>	
Følge-op-ordningen blev bl.a. iværksat med henblik på at forebygge genindlæggelser blandt ældre, tror I, at den gør det?	
Mener I, at det er vigtigt at forebygge genindlæggelser blandt ældre?	Hvorfor/hvorfor ikke? Er genindlæggelse et parameter på god kvalitet i behandlingen? Findes der andre parametre på god behandling og sammenhæng i behandling på tværs af sygehus, kommune og almen praksis?
Hvad skal der til for at forebygge genindlæggelse blandt ældre?	Hvorfor bliver ældre i målgruppen typisk genindlagt? Hvad kan forhindre genindlæggelse? HVEM kan forhindre genindlæggelse: Sygehus? Kommune? Praktiserende læge? Andet?
<i>Forudsætningerne for ordningen</i>	
Hvordan blev/bliver opgaverne omkring Følge-op-ordningen formidlet i jeres organisation? Hvilken rolle spiller ledelsen på sygehuse og i hjemmepleje i varetagelsen af Følge-op-ordningen? Hvordan informeres om ordningen til almen praksis – og er dette tilstrækkeligt?	Hvem formidler opgaver? Hvordan?

Føler I jer tilstrækkeligt klædt på til opgaven?	Føler I jer velinformede omkring, hvad der forventes at ske ved planlægningen og afholdelsen af besøgene? Ved besøgene: ved I altid, hvad I skal tage fat på, når I kommer ud hos borgeren? Er der behov for mere eller anden oplæring i de arbejdsopgaver I varetager vedr. Følge-op?
<i>Ledelse og design af ordningen</i>	
Hvad kender I til den indledende planlægning af Følge-op-ordningen? Hvis relevant: hvad har været godt/dårligt ved planlægningsprocessen?	Kan I pege på forhold i planlægningen, som har haft betydning for, hvordan ordningen er blevet modtaget blandt fagpersonalet?
Region Sjælland står for en del administration af ordningen (projektlederfunktion, datagennemgang, klyngemøde-afholdelse m.m.): Hvilken betydning tror I, at regionens administration/ledelse af ordningen har for driften af ordningen?	Er den regionale administration vigtig for driften af Følge-op-ordningen nu og i fremtiden? Tror I, at der er elementer i administrationen, som enten er særligt vigtige eller uden betydning for driften? Kunne det evt. organiseres på andre måder?
Det er nationalt og regionalt besluttet at indføre Følge-op-ordningen. Tror I, det har betydning for, hvordan ordningen opleves lokalt?	
<i>Følge-op-ordningen som en del af indsatsen for svækkede, ældre patienter</i>	
Hvilken (hvis nogen) betydning har Følge-op-ordningen for det fremtidige arbejde med svækkede, ældre patienter? Hvis I frit kunne vælge på alle hylder, hvad mener I så, der skulle til for at forebygge genindlæggelser og behandlingsfejl blandt svækkede, ældre patienter?	Hvad argumenterer for den fortsatte drift af Følge-op-ordningen? Hvad argumenterer IKKE for den fortsatte drift af Følge-op-ordningen?

Afslutning

- Er der noget vigtigt omkring Følge-op-ordningen, som vi ikke har berørt ved dette interview?
- Spørgsmål

Bilag 2:

Case til fokusgruppeinterview

Case Ingrid

Ingrid på 82 år er enke og bor alene i en ældrebolig. Hun har diabetes, artrieflimmer og hypertension. Ingrid har gennem den senere tid følt sig tiltagende træt og usikker til bens. Hun indtager dagligt 7 forskellige, medicinske præparater samt vitamintilskud. Det kan af og til være svært for hende at få drukket tilstrækkeligt.

Medicinliste

Tablet Metformin 500 mg x 2

Tablet Marevan 2,5 mg x 1

Tablet Selo-zok 100 mg x 2

Tablet Digoxin 125 mikrogram x 1

Tablet Ramipril 5 mg x 1

Tablet Centyl m Kalium x 1

Tablet Simvastatin 40 mg x 1

Tablet Multivitamin

Kapsel Pikasol x 1

Ingrid modtager hjælp fra den kommunale hjemmepleje med rengøring ca. en time hver anden uge, desuden får hun ugentligt besøg fra sygeplejen, der hælder medicin op i doseringsæsker og måler blodsukker. Ca. en gang om måneden kontrolleres hun hos den praktiserende læge pga. den blodfortyndende medicin og for sin diabetes.

En dag, da Ingrid får besøg af sin datter, har hun det rigtig skidt. Hun er meget træt og er svær at kommunikere med. Ingrids datter ringer til den kommunale sygepleje, som kan komme inden for en time. Da sygeplejersken kommer, virker Ingrid meget konfus, og hun er meget svimmel. Datteren er meget utryg, og de beslutter at indlægge Ingrid via 112.

Ved modtagelsen på sygehuset finder man, at pulsen og blodtrykket er lavt. Der bliver givet væskedrop med det samme, hjerterytmen monitoreres, og medicinen for hjerterytmen og blodtrykket stabiliseres. Ingrid klarer op inden for det første døgn på sygehuset. Efter 3 dage udskrives hun med tilpasset medicin, og der henvises til Følge-op-ordning efter udskrivelsen.

Ingrids praktiserende læge og en hjemmesygeplejerske besøger Ingrid efter ca. 12 dage fra hendes udskrivning. Det har ikke været muligt at finde plads i lægens kalender inden for den tilsigtede uge. Ingrid er glad for besøget, da hun efter sin indlæggelse føler sig meget utryg og ør i hovedet samt tung i kroppen. Læge og sygeplejerske gennemgår hendes medicin og behandlingsplan. Lægen sponorerer den vanddrivende medicin, som Ingrid har taget gennem længere tid pga. forhøjet BT, og de beslutter, at sygeplejersken skal se til Ingrid igen efter et par dage og give tilbagemelding til lægen. En uge efter det opfølgende hjemmebesøg genindlægges Ingrid, efter at en hjemmehjælper havde fundet hende bevidstløs i hendes bolig. Ved indlæggelsen finder sygehuspersonalet, at Ingrid har en meget lav puls. Ingrid får væskedrop og reduceres i den medicinske hjertefrekvenskontrol. I de følgende 5 dage monitoreres Ingrid, og pulsen findes velreguleret, hvorefter hun udskrives med aftale om øgning i hjemmehjælpen.

Bilag 3:

Deltagernes faglige og organisatoriske tilknytning

Interview i klyngen:	Praktiserende læge	Hjemme-sygeplejerske	Visitor	Sygeplejerske fra sygehus	Læge fra sygehus	Sekretær fra sygehus
Holbæk	1 (Holbæk)	1 (Holbæk Kommune)	1 (Kalundborg Kommune)	1 (Medicinsk Afdeling)	1 (Medicinsk Afdeling)	1 (Medicinsk Afdeling)
Slagelse	1 (Slagelse)	1 (Slagelse Kommune)	1 (Slagelse Kommune)	1 (Geriatrisk Afdeling)	Ingen	1 (Endokrinologisk ambulatorium)
Næstved	Ingen	1 (Næstved Kommune)	1 (Næstved Kommune)	1 (Geriatrisk Afdeling)	1 (Geriatrisk Afdeling)	Ingen
Køge	1 (Greve)	1 (Køge Kommune)	Ingen	3 (Ortopædkirurgisk Afdeling)	Ingen	Ingen
Nykøbing Falster	Ingen	1 (Lolland Kommune)	1 (Lolland Kommune)	1 (Medicinsk Afdeling)	1 (Geriatrisk Afdeling)	1 (Medicinsk Afdeling)



Statens
Institut
for
Folkesundhed