



Hvordan kommer brugen af hjemmebehandling op i gear?

Tre case-eksempler på vellykket implementering

Hvordan kommer brugen af hjemmebehandling op i gear?
Tre case-eksempler på vellykket implementering

Udarbejdet af specialkonsulent Christine Enevoldsen Flink, konsulent Freja Ekstrøm Nilou,
faglig leder Annika Porsborg Nielsen.

Enhedschef Marlene Würzler

© Center for Patientinddragelse, Region Hovedstaden, 2025

ISBN: 978-87-94383-14-1

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt mod
tydelig kildeangivelse.

Rapporten kan findes på www.regionh.dk/patientinddragelse

Henvendelser vedrørende undersøgelsen til: Specialkonsulent Christine Enevoldsen Flink

Center for Patientinddragelse
Borgervænget 3, 1. sal
2100 København Ø
Telefon: 38649966
E-mail: CPI@regionh.dk

Tak til Patienter og klinikere fra de tre afdelinger for deltagelse i interview og tak til
undersøgelsens følgegruppe.

INDHOLD

1	Introduktion til undersøgelsen	5
2	Undersøgelhedsdesign, metode og læsevejledning	8
	Casestudier baseret på kvalitative interview	9
	Læsevejledning: Sådan kan undersøgelsens resultater bruges	11
Del 1 TRE CASES: HJEMMEMONITORERING, HJEMMEKEMOTERAPI OG VIDEOKONSULTATIONER		12
3	Hjemmemonitorering i Constant Care	13
	Kort om indsatsen	14
	Klinikkens fordele ved hjemmemonitorering i Constant Care	15
	Patienternes oplevelser med hjemmemonitorering i Constant Care	16
4	Hjemmekemoterapi	18
	Kort om indsatsen	19
	Klinikkens fordele ved hjemmekemoterapi	20
	Patienternes oplevelser med hjemmekemoterapi	21
5	Medicinsamtaler som videokonsultation	25
	Kort om indsatsen	26
	Klinikkens fordele ved at holde medicinsamtaler som videokonsultation	27
	Patienternes oplevelser med medicinsamtaler som videokonsultation	28
Del 2 INDSIGTER FRA TRE CASES		31
	7 indsigter om vellykket implementering af hjemmebehandling	32
	Indsigt #1: Når meningen med hjemmebehandling er tydelig for klinikerne, er de mere motiverede for at ændre arbejdsgange	33
	Indsigt #2: Frontløbere viser vejen for kollegerne og fjerner bump på vejen	37
	Indsigt #3: Hjemmebehandling er standardbehandlingen, og det er en undtagelse, når klinikerne fravælger det	41

Indsigt #4: Når behandlingen flyttes hjem, skal det tænkes ind i arbejdsopgaverne og organiseringen på hospitalet	45
Indsigt #5: Hjemmebehandlingen giver sygeplejersker og læger nye roller, som kræver justeringer og tilvænning	50
Indsigt #6: Hjemmebehandling bliver "måden vi arbejder på", når ledelsen går forrest i indsatsen	53
Indsigt #7: Hjemmebehandlingen kræver samarbejde med parter udenfor den enkelte afdeling	56
Del 3 FEM ANBEFALINGER TIL IMPLEMENTERING OG UDBREDELSE AF MERE HJEMMEBEHANDLING	58

1

Introduktion til undersøgelsen

Baggrund

Udviklingen i sundhedsvæsenet vil i de kommende år blive påvirket af et dobbelt demografisk pres, hvor der bliver flere ældre og mere behandlingskrævende patienter, samtidig med at der ikke er nok ansatte i sundhedsvæsenet. Denne udvikling skaber behov for nye løsninger¹, som kan spare eller frigive ressourcer i sundhedsvæsenet.

Mere hjemmebehandling bliver set som en mulig vej til at sikre borgerne større nærhed og fleksibilitet i behandlingen². Samtidig bliver hjemmebehandling set som et redskab til at omstille eller minimere brugen af ressourcer i sundhedsvæsenet fx ved at omlægge til mere behovsstyrede patientforløb eller reducere indlæggelser.

På tværs af Region Hovedstadens hospitaler er der igangsat en lang række indsatser inden for hjemmebehandling. Status på området er, at mange indsatser pilottestes og evt. sættes i gang lokalt, mens der endnu ikke ses mange eksempler, hvor indsatserne er rullet ud til et stort antal patienter og er systematisk integreret i arbejds gange.

Barriererne for en bredere implementering af hjemmebehandling er ofte organisatoriske, strukturelle og kulturelle snarere end teknologiske. Dvs. at de tekniske løsninger er udviklet og tilgængelige, men afdelingerne mangler det organisatoriske set-up og de strukturelle rammer, der

understøtter implementering og skalering af løsningerne³. Derudover kan der være kulturelle barrierer overfor at implementere hjemmebehandling, fx at sundhedsprofessionelle oplever det som usikkert at sende patienter hjem til monitorering eller behandling i eget hjem⁴.

Center for Patientinddragelse (CPI) har derfor identificeret og undersøgt tre case-eksempler, hvor hospitalsafdelinger fra Region Hovedstaden er lykkedes med bæredygtig implementering og udbredelse af hjemmebehandlingsindsatser til større patientgrupper. Målet med at undersøge disse cases er at blive klogere på, hvad afdelingerne har gjort for at lykkes med implementeringen, så andre kan lade sig inspirere og lære af deres erfaringer.

De tre cases omhandler hjemmebehandling med udgangspunkt i en hospitalskontekst. Når behandlingen rykker hjem, kan det også have indflydelse på andre sektorer, fx primærsektoren. Denne rapport fokuserer på hospitalernes arbejde med at implementere hjemmebehandling.

¹ Robusthedskommissionens anbefalinger, september 2023.

² Alle skal med. Region Hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, juni 2021.

³ Robusthedskommissionens anbefalinger, september 2023.

⁴ Klinikerperspektiver på brug af digitale redskaber i hjemmemonitorering, Center for Patientinddragelse, 2022. Bedre brug af hjemmemonitorering - Erfaringer fra fem hjerteafdelinger i Region Hovedstaden, Center for Patientinddragelse 2022.

Undersøgelsens tre cases

- Hjemmekemoterapi, Afdeling for Blodsygdomme, Rigshospitalet
- Videokonsultationer ifm. medicinsamtaler og opfølgende samtaler, Psykoterapeutisk Klinik Frederiksberg, Psykiatrisk Center København, Region Hovedstadens Psykiatri
- Hjemmemonitorering - Constant Care, Gastromedicinsk Ambulatorium, Nordsjællands Hospital Frederikssund

Formål og undersøgelsesspørgsmål

Formålet med undersøgelsen er at bidrage med handlingsrettede og praksisnære anbefalinger, som kan understøtte Region Hovedstadens omstilling til mere hjemmebehandling.

Undersøgelsens hovedspørgsmål

- Hvordan har de tre udvalgte case-afdelinger implementeret hjemmebehandling?
- Hvilke centrale barrierer for implementering og udbredelse af hjemmebehandling oplever klinikere og ledere, og hvordan håndterer de disse barrierer på afdelingerne?
- Hvilke lokale løsninger har fremmet implementering og udbredelse af hjemmebehandling på afdelingerne?
- Hvordan oplever patienter og pårørende brugen af hjemmebehandling? Hvordan oplever de, at hjemmebehandling kan skabe værdi for dem?

Sådan bruger vi begrebet 'hjemmebehandling' i rapporten

I denne undersøgelse definerer vi hjemmebehandling bredt som al behandling, monitorering og opfølgning, der tidligere har krævet fremmøde på hospitalet og nu kan foregå i hjemmet.

Når vi omtaler de tre cases enkeltvist, bruger vi de specifikke betegnelser 'hjemmekemoterapi', 'hjemmemonitorering/Constant Care' og 'videokonsultation'. Af hensyn til læsevenligheden bruger vi 'hjemmebehandling', som en fælles betegnelse, når vi omtaler flere cases samtidig.

2

Undersøgelsesdesign, metode og læsevejledning

Casestudier baseret på kvalitative interview

Undersøgelsen afdækker implementering af hjemmebehandling med udgangspunkt i casestudier fra tre forskellige hospitalsafdelinger i Region Hovedstaden. Datamaterialet består af kvalitative interviews med klinikere, ledere og patienter, og undersøgelsen udforsker deres erfaringer med at implementere og anvende hjemmebehandling.

Udvælgelse af cases

De tre cases er udvalgt på baggrund af, at indsatserne er velimplementerede og har været anvendt til et stort antal patienter over en længere periode. De er desuden valgt, fordi de repræsenterer forskellige specialer, patientgrupper og typer af hospitalsydelser i hjemmet henholdsvis behandling i hjemmet, hjemmemonitorering og videokonsultationer.

Undersøgelsens følgegruppe har været med til at fastlægge kriterier for udvælgelsen af cases, og medlemmerne har desuden bidraget med forslag til relevante cases. Følgegruppen består af to repræsentanter fra hvert hospital i Region Hovedstaden inklusive Region Hovedstadens Akutberedskab og Region Hovedstadens Psykiatri. Derudover deltager repræsentanter fra Det Nære Sundhedsvæsen i Region Hovedstaden og fra Center for Patientinddragelse.

Kvalitative interview med klinikere, ledere og patienter

Der er i alt gennemført 33 interview på tværs af de tre cases med både ledere, klinikere og patienter. Interviewene er af 30-90 minutters varighed og er gennemført enten på afdelingerne, i patienternes hjem eller via telefon eller video.

Alle interview er video- og/eller lydoptaget. Efterfølgende er de enten transskriberet, eller der er skrevet fyldigt referat. Alle citater i rapporten er gengivet ordret. De interviewede patienter optræder med pseudonym. Figuren på side 10 giver et overblik over undersøgelsens datamateriale.

Interviewene er analyseret ved brug af metoden mønstergenkendelse. Det er en åben og eksplorativ metode til at identificere betydningsfulde mønstre på tværs af kvalitative data.

Datamateriale Gastromedicinsk Ambulatorium



6 klinikere

- 3 læger (herunder 1 ledende overlæge)
- 2 sygeplejersker
- 1 lægesekretær



5 patienter

- Alder: 29-80 år
- 3 kvinder og 2 mænd
- Har colitis ulcerosa eller Crohns sygdom
- Brugere af hjemmemonitorering (Constant Care)

Datamateriale Afdeling for Blodsygdomme



6 klinikere

- 3 læger (herunder 1 afsnitsleder og 1 som var ledende overlæge under implementeringen af hjemmekemoterapi)
- 2 sygeplejersker
- 1 klinisk sygeplejespecialist



5 patienter

- Alder: 29-70 år
- 3 kvinder og 2 mænd
- Har akut myeloid leukæmi
- Brugere af hjemmekemoterapi

Datamateriale Psykoterapeutisk Klinik



6 klinikere

- 5 læger (herunder 1 ledende overlæge)
- 1 afsnitsledende specialpsykolog



5 patienter

- Alder: 35-63 år
- 3 kvinder og 2 mænd
- Har depression, angst, ADHD, stress, personlighedsforstyrrelse
- Brugere af videokonsultationer

Læsevejledning: Sådan kan undersøgelsens resultater bruges

Resultaterne peger på vigtige indsatsområder og giver nye idéer til egen praksis

Rapportens resultater henvender sig til klinikere, der allerede arbejder med hjemmebehandling eller skal i gang med det, og til ledere eller medarbejdere på administrativt niveau.

Undersøgelsens indsigter og anbefalinger peger mod vigtige indsatsområder, når det gælder implementering og opskalering af hjemmebehandling. De sætter også fokus på, hvordan udviklingen mod mere hjemmebehandling på nogle områder er et skift i mindset for både patienter og klinikere. Samtidig giver de indblik i praktiske erfaringer og konkrete løsninger fra de tre case-afdelinger samt inspiration og idéer til, hvordan den kliniske hverdag med mere hjemmebehandling kan se ud på afdelingen.

Endelig giver undersøgelsen et indblik i den værdi, som både patienter og klinikere oplever ved at bruge hjemmebehandling. Det kan fx bruges som afsæt for en dialog om, hvorfor det kan være meningsfuldt at implementere hjemmebehandling, og ikke mindst hvilke udfordringer det er vigtigt at være opmærksom på undervejs.

Dyk ned i de tre cases

Læs om, hvad de tre hjemmebehandlingsindsatser går ud på, og få både patienternes og klinikernes perspektiver på værdien ved hjemmebehandling.

- Læs om **hjemmemonitorering i Constant Care** på side 13.
- Læs om **hjemmekemoterapi** på side 18.
- Læs om **medicinsamtaler som videokonsultation** på side 25.

Læs om de syv hovedindsigter

Figuren på side 32 giver et overblik over undersøgelsens syv centrale indsigter. Derefter dykker vi ned i hver enkelt indsigt og beskriver afdelingernes konkrete erfaringer, refleksioner og arbejdsgange i forhold til implementering af hjemmebehandling.

Bliv inspireret af de fem anbefalinger

Se undersøgelsens fem anbefalinger til vellykket implementering og udbredelse af hjemmebehandling på side 58. De overordnede anbefalinger er suppleret med en række konkrete greb og løsninger hentet fra den kliniske praksis i de tre cases.

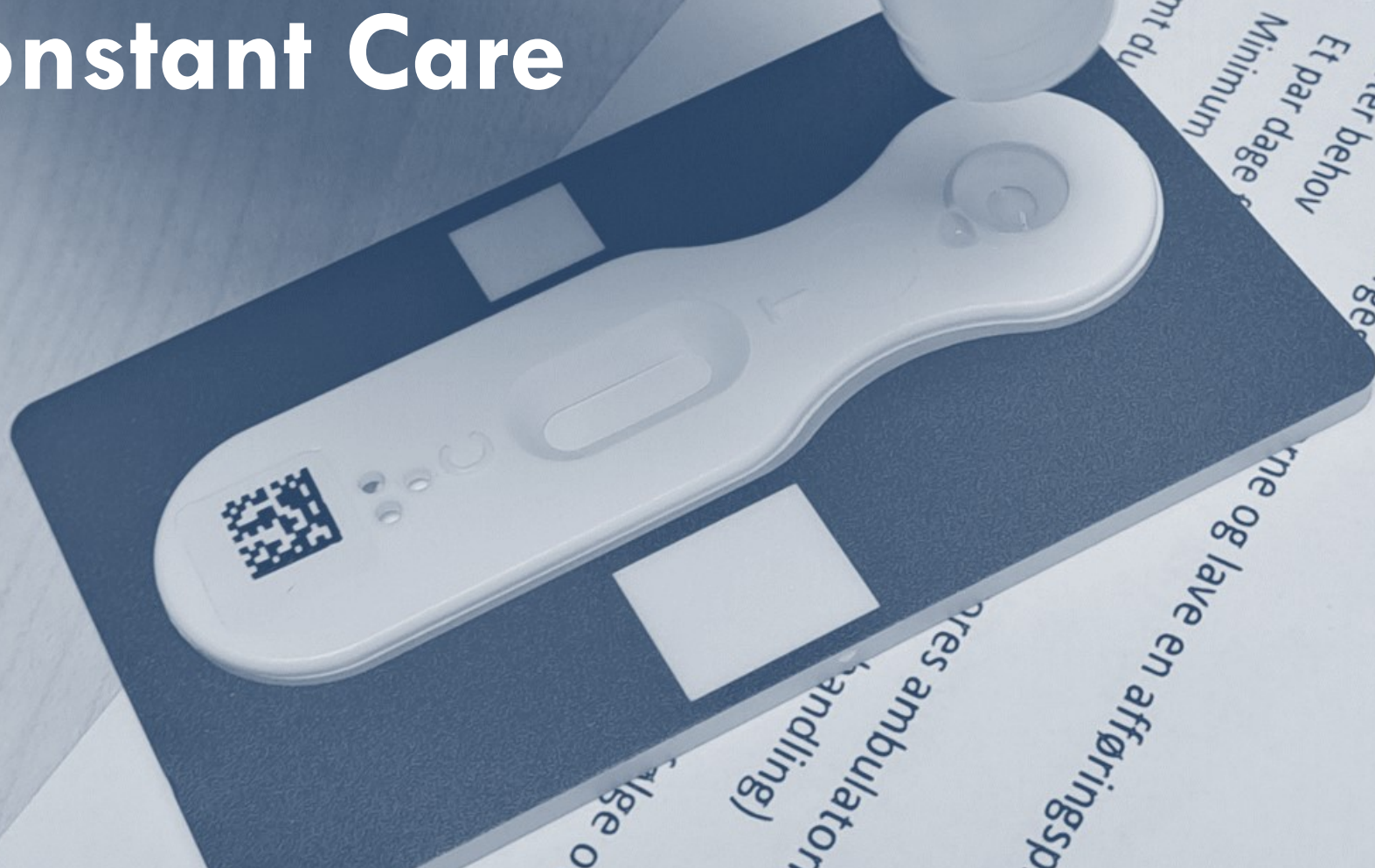
Del 1

Tre cases:

**Hjemmemonitorering,
hjemmekemoterapi og
videokonsultationer**

3

Hjemmemonitorering i Constant Care



Kort om indsatsen

Hurtigere behandling med data fra patienterne

Constant Care er et system til hjemmemonitorering af patienter med colitis ulcerosa eller Crohns sygdom. Begge er kroniske, inflammatoriske tarmsygdomme⁵.

Løsningen er udviklet i Danmark og er startet op i år 2000. Med Constant Care monitorerer afdelingen både inflammationsgraden i patienternes tarm og deres oplevelse af symptomer. Det gør det bl.a. muligt hurtigere at iværksætte behandling og dermed forkorte perioder med opblussen af patienternes sygdom.

Siden 2015 har Gastromedicinsk Ambulatorium på Nordsjællands Hospital i Frederikssund tilbudt hjemmemonitorering med Constant Care til deres patienter. I første omgang til en mindre gruppe på 120 patienter og siden 2018 er løsningen udbredt til størstedelen af afdelingens patienter med de to diagnoser.

På nuværende tidspunkt har ca. 1850 af afdelingens patienter med colitis ulcerosa eller Crohns sygdom hjemmemonitorering i Constant Care.

Fakta om Constant Care

- Kriterierne for at få hjemmemonitorering med Constant Care er, at patienterne har enten colitis ulcerosa eller Crohns sygdom, har adgang til en smartphone, kan læse og skrive på dansk eller engelsk og er motiverede for at bruge løsningen.
- Patienterne tester deres afføring med et testkit i eget hjem og får efter ca. 15 minutter et resultat på inflammationsniveauet i tarmen ved at scanne prøven med en smartphone. Prøvesvaret ses også i Sundhedsplatformen i laboratorieskemaet som Calprotectin POCT-point of Care test.
- Patienterne svarer samtidig på en række spørgsmål om deres oplevelse af symptomer og velbefindende/livskvalitet via webappen/hjemmesiden Constant Care.
- Resultatet af afføringsprøven og patientens besvarelser bliver automatisk sendt til Sundhedsplatformen, til afdelingen og kan også ses af patienten.
- Patienternes scoring af symptomer og målingen af inflammationsgraden i tarmen giver et samlet billede af inflammationsbyrden i tarmen som enten rød (svær aktivitet), gul (mild til moderat aktivitet) eller grøn (remission i sygdom).
- Afdelingens sygeplejersker gennemgår dagligt patienternes testsvar. De kontakter derefter de patienter, hvor der er behov for det, og aftaler det videre forløb.

⁵ Beskrivelsen af Constant Care bygger både på interview med klinikere og følgende publikation: *Telemedicin til monitorering af inflammatoriske*

tarmsygdomme og colon irritabile. Rosager Hansen et al., Ugeskrift for læger 182, 2020.

Klinikkens fordele ved hjemmemonitorering i Constant Care



Klinikerne bruger data fra patienterne til at monitorere, hvordan behandlingen virker, og til at optimere behandlingen ud fra.



Afdelingen ser de relevante patienter, når de har brug for en konsultation eller kontakt, og der er færre faste kontroller.



Hurtige testsvar gør, at afdelingen hurtigere kan sætte behandling i gang og dermed forkorte opblussen af sygdommen for patienterne.



Patienternes data giver behandlerne bedre muligheder for at forberede sig inden en konsultation eller samtale i telefonen.



Så der bruger vi jo Constant Care til at monitorere med – virker det, vi gør? Og til at optimere med, så vi får nogle patienter, der har det så godt som overhovedet muligt på den behandling, vi giver.

- **Eva Lund Fjordside, ledende overlæge
Constant Care**



Jeg kan være forberedt, inden jeg ringer til patienten og siger; jeg kan se, du har lavet det her, du har det ikke særlig godt. Jeg er i dialog med dem og siger, skal vi ikke gøre sådan her? Så kan jeg allerede have tænkt nogle tanker, frem for at det skal være nu og her. Det, synes jeg, er et megafedt redskab.

- **Charlotte Teglgård Peters-Lehm, specialsygeplejerske
Constant Care**



Fra systemets side, så er det også billigere, fordi vi ikke behøver se dem så tit, fordi deres sygdomsbyrde bliver reduceret (...). Så derfor bliver det billigere, og patienterne behøver ikke at komme så meget hos os, men har stadigvæk trygheden i, at de har kontakt med os.

- **Mette Bennedsen, overlæge
Constant Care**

Patienternes oplevelser med hjemmemonitorering i Constant Care

De interviewede patienter oplever, at det er værdifuldt for dem at anvende hjemmemonitorering, og de synes overordnet set, at testkittet og web-appen er let at bruge. De følgende afsnit giver et indblik i de fordele ved hjemmemonitoreringen, de interviewede patienter beskriver.

Lettere og mere fleksibelt at teste derhjemme

Patienterne oplever på forskellig vis, at hjemmemonitoreringen i Constant Care bidrager til større frihed og fleksibilitet i deres sygdomsforløb. Det handler fx om, at patienterne sparer tid ved at kunne teste derhjemme, når de har brug for det, i stedet for at skulle hente testkit på hospitalet eller apoteket og derefter aflevere testen eller sende den med posten. Samtidig får klinikerne testsvaret med det samme og kan hurtigere tilpasse eller sætte behandlingen i gang:

” Det er det, at jeg med det samme kan aflæse det, så jeg kan se, hvordan inflammationen er. Og for mit vedkommende er den jo steget næsten hele tiden, og så kan jeg jo hurtigere komme i gang med noget behandling. End hvis det skulle sendes ind og jeg skulle vente på svar og sygehuset skulle have svaret osv.

- Ingrid, 80 år

For en af patienterne betyder hjemmetestene, at hun ikke behøver at skulle afsted på sygehuset, når hun føler sig dårligt tilpas, men i stedet kan teste sig derhjemme. En anden beskriver, hvordan livet med en kronisk

sygdom generelt er forbundet med mange aftaler og opgaver relateret til sygdommen, som både kræver tid, og som skal huskes på. Hun fortæller, at når hun kan spare tid ved at tage en test derhjemme, så gør det en positiv forskel.

Større tryghed når afdelingen følger med

Patienterne fortæller, at hjemmemonitoreringen bidrager til en større tryghed i livet med sygdommen. De føler sig mindre alene, når de ved, at klinikerne via deres testsvar kan følge med i, hvordan sygdommen udvikler sig. Samtidig giver det ro at vide, at hvis de har det dårligt og tester sig derhjemme, så reagerer afdelingen ved at kontakte dem og følge op på, hvordan de har det, og hvad der skal ske ift. sygdommen:

” Så hvis den nu havde været rød eller i høje tal som mange af mine røde har været, så ringer de. (...) Det er enormt sikkert og trygt, fordi så er du ikke alene om det. Så føler jeg, at jeg bliver holdt i hånden og hjulpet på vej.

- Betina, 57 år

For patienterne er det også værdifuldt, at de via hjemmemonitoreringen kan få direkte kontakt til afdelingen, som kender deres forløb, i stedet for at skulle kontakte egen læge eller 1813, som ikke kender patientens sygdom på samme måde. Det at have en kontaktsygeplejerske, der er særligt inde i ens forløb, fremhæves også som værdifuldt for patienterne:

” Hvis jeg får det dårligt, lad os sige jeg har det dårligt nu, og telefonen er lukket, så kan jeg gå ind og udfylde de der skemaer, og så bliver jeg ringet op om eftermiddagen eller morgenen efter, fordi de kan se: 'hey, vi kan

se, du har udfyldt de her skemaer, hvor det måske ser ud som om, det ikke går så godt’.

– Søren, 29 år

Hjemmemonitoreringen giver bedre indblik i sygdommen og mulighed for selv at tage større del i forløbet

For patienterne er hjemmemonitoreringen en kilde til mere viden om deres egen sygdom. Hvis patienterne fx oplever uro i kroppen eller ubehag, kan de tage en afføringsprøve, og se om deres symptomer skyldes sygdommen eller ej. Den afklaring er med til at mindske bekymringerne og kan samtidig give dem en oplevelse af at blive klogere på sygdommen:

” Jeg synes, det var spændende. Fordi så kunne jeg selv være med til at se, hvordan jeg egentlig har det. Det kan jeg jo se med det samme, jeg har taget det billede, så kommer det frem, hvordan tallene står. Man får faktisk et svar med det samme. Og det er jeg rigtig glad for.

– Bodil, 71 år

At patienterne selv kan teste derhjemme, er også med til at give dem en oplevelse af selv at være en større del af behandlingen. Når patienterne har adgang til testkit og kan tage testen selv derhjemme, undgår de at være afhængige af hjælp fra andre ved fx at skulle bede om en afføringsprøve på hospitalet eller vente på svar fra hospitalet. På den måde fylder sygdommen lidt mindre i hverdagen end den ellers ville, og den aktive rolle bidrager positivt i patientens liv med sygdommen:

” Jo mere ansvar jeg også selv har, jo nemmere føler jeg også, det er. Jeg kan godt lide, at

når nu det er noget, jeg skal leve med, at jeg så også på en måde er involveret i mit eget forløb. Og jeg føler mig involveret i mit eget forløb ved, at det er mig, der laver analysen på min afføringsprøve og ikke en laborant, der står et andet sted og laver den. Det tror jeg gør en forskel for mig.

– Søren, 29 år

Når klinikerne har testsvarene, skal patienterne forklare mindre

Patienterne oplever, at de ikke skal forklare lige så meget om, hvordan de har det, når klinikerne har forberedt sig på baggrund af deres testresultater og spørgeskemasvar forud for samtaler. Klinikerne kan også gå ind og se resultaterne, hvis patienten ringer ind til afdelingen:

” Hospitalet kan jo gå ind og kigge, hvordan jeg har det. Jeg behøver ikke selv gå ind og sige: og så og så og så og så, fordi de har jo fået svar, jeg har jo selv givet dem svar på de spørgsmål, der er inde i det skema. Og så kan man så tale lidt om det. Det er jo det, jeg synes, er rigtig godt.

– Bodil, 71 år

En af patienterne fortæller, at når klinikerne på forhånd har set på patientens oplysninger og målinger, så frigiver det tid til at tale om det, der vigtigt for patienten fx medicin eller bekymringer relateret til sygdommen.

4

Hjemmekemoterapi



Kort om indsatsen

Efterspørgsel fra patienterne og færre sengepladser satte skub i hjemmebehandlingen

Hjemmekemoterapi er målrettet patienter med akut myeloid leukæmi, som tidligere var indlagt i flere måneder under behandlingsforløbet. På Afdeling for Blodsygdomme på Rigshospitalet oplevede de en efterspørgsel fra patienterne på at være mere hjemme under behandlingen. Samtidig blev afdelingen pålagt at lukke sengepladser, og de var derfor nødsaget til at reducere antallet af indlagte patienter.

Idéen opstod i 2003, og siden da har afdelingen udviklet indsatsen med hjemmekemoterapi gradvist over årene. Afdelingen har løbende udbredt hjemmebehandlingen til et større antal patienter og til flere patientgrupper, fx patienter med myelomatose og patienter der knoglemarvstransplanteres. Undervejs er indsatsen flyttet fra sengeafsnittet til en dedikeret enhed i form af et daghospital placeret i ambulatoriet, da sengeafsnittets indretning ikke matchede behovene i hjemmebehandlingen.

I dag er hjemmekemoterapi og ambulante håndtering af behandlingen blevet standard i afdelingen. Næsten alle patienter med de relevante diagnoser får hjemmekemoterapi. Afdelingen har, siden behandlingen blev implementeret, gennemført mere end 500 forløb med hjemmekemoterapi.

Fakta om hjemmekemoterapi

- Patienter med akut myeloid leukæmi får kemoterapi i eget hjem i stedet for under indlæggelse.
- Patienterne får kemoterapien gennem en infusionspumpe, som de kan bære med sig rundt i en lille rygsæk.
- Nogle patienter starter behandlingsforløbet op i daghospitalet, mens andre er for dårlige og modtager den første del af behandlingen under indlæggelse.
- Behandlingen gives i flere omgange. Efter hver behandling er der perioder med påvirket immunforsvar, hvor patienterne også er ambulante.
- Patienterne møder op i daghospitalet 3-5 gange ugentligt til blodprøver og blodtransfusioner.
- Hvis patienterne ønsker det, kan de gradvist læres op i fx at til- og afkoble pumpen for at mindske antallet af besøg på hospitalet.

Klinikkens fordele ved hjemmekemoterapi



Færre indlæggelser og indlæggelsesdage, så afdelingen har kunnet nedbringe antallet af sengepladser og flytte personale til ambulatoriet.



Når patienterne selv kan varetage en større del af behandlingen, kan de mindske antallet af konsultationer på hospitalet.



Mindre risiko for hospitalserhvervede infektioner blandt patienterne, som kræver ekstra behandling. Patienterne har samtidig færre bivirkninger eller lettere ved at håndtere dem, når de er hjemme under behandlingen.



Klinikerne bliver motiverede af, at patienterne oplever større livskvalitet under behandlingen, når den foregår hjemme.

”

Fordelen for os er, at de har færre besøg herinde (...) Både pladsmæssigt og ressourcemæssigt, ift. at kunne have sygeplejersker til alle de behandlinger, så er det jo en fordel, at vi kun ser dem herinde halvdelen af de gange, de ellers ville have kommet.

– **Connie Nexø, sygeplejerske Hjemmekemoterapi**

”

Det har været virkelig energigivende, gode projekter, fordi du får det til at lykkes, læge, sygeplejerske og sekretær sammen og får lavet noget, som er så oplagt godt for patienterne, at man bliver helt høj af at lykkes med det.

– **Lars Kjeldsen, overlæge Hjemmekemoterapi**

Patienternes oplevelser med hjemmekemoterapi

Hjemmekemoterapi gør det muligt at fastholde dele af hverdagslivet

For mange af patienterne ændrer sygdommen deres hverdag og livssituation meget pludseligt. De beskriver på forskellig vis, hvordan de på få dage går fra ikke at ane, at de er syge til at opstarte behandling for en livstruende sygdom.

Behovet for at bevare noget normalitet i den nye sygdomsprægede tilværelse er derfor fremtrædende i patienternes fortællinger. De beskriver, at hjemmebehandlingen giver dem en frihed til at fastholde aspekter af hverdagen, som ikke på samme måde ville være muligt, hvis de var indlagte.

Selvom patienterne ikke kan fortsætte deres liv helt som de plejer, gør det en stor forskel fortsat at kunne følge lidt med i hverdagsrytmen derhjemme og ikke være fuldstændig afskåret fra familien:

” Jeg kan ikke aflevere min dreng i vuggestuen, men jeg kan dog gå med hen og sige god dag til ham, og det samme med min datter. Og få sagt de der ting på daglig basis, som man lider afsavn på, hvis man ligger helt afkoblet på en hospitalsstue.

– **Nikolaj, 38 år**

Nogle af patienterne beskriver, at de har fået det bedre af at være i hjemlige omgivelser. Særligt fremhæver de fordelene ved at kunne sove i egen seng, have sit eget tøj på, bevæge sig frit rundt og selv kunne vælge, hvad de vil spise. Selvom der er visse begrænsninger for, hvad

patienternes energi rækker til, og hvor de må opholde sig af hensyn til deres svækkede immunforsvar, gør det stadigvæk en stor forskel at have mere frihed:

” Man bliver bare så meget hurtigere rask. Jeg kan gå en tur ude i min have. Jeg ved godt, at jeg ikke må lave havearbejde, men jeg kan da gå ud og nyde solen. Og det er jo noget andet end at ligge i en hospitalsseng.

– **Carina, 68 år**

Muligheden for at se venner og familie, og i en vis udstrækning kunne være med til nogle af de større og mindre begivenheder, der finder sted under sygdomsforløbet, har også en stor værdi for patienterne:

” Det er helt klart mest friheden ved det at kunne deltage i de sociale ting, der sker omkring mig. Også at kunne lave noget, imens man modtager behandling i stedet for at ... Det kan føles meget sådan sygdomspræget at sidde (...) i en blød stol inde på Rigshospitalet i 4 timer hver dag.

– **Maja, 29 år**

Den større grad af fleksibilitet, som følger med hjemmebehandlingen, kræver dog samtidig, at patienterne balancerer ønsket om at deltage i sociale sammenhænge med, hvad der er hensigtsmæssigt for deres helbred.

De pårørende er en vigtig praktisk og mental støtte

Ifølge patienterne spiller deres pårørende en vigtig rolle for dem, når de får behandling hjemme. Samtidig med at skulle lande i at have fået en kræftdiagnose skal patienterne overskue en masse information om medicin, behandlingsudstyr og aftaler på hospitalet.

Flere af dem beskriver, hvordan deres pårørende hjælper dem med at huske medicin og står for mange praktiske ting i hjemmet, som kan være svære at overskue, når behandlingen i perioder dræner patienterne for energi:

” Du skal både lave mad, du skal sørge for dine piller, og ... Det ville jeg ikke føle mig tryk ved, hvis jeg var alene. For man bliver jo træt af den der kemo. Man får den der træthedsfølelse, og man orker det næsten ikke ind imellem. Så der har jeg sgu haft en stor hjælp, en meget stor hjælp.

– Peter, 70 år

Dét, at de pårørende hjælper med praktiske opgaver, er ikke kun vigtigt for patienterne, men også for de pårørende selv. Ifølge patienterne har det en betydning for de pårørende, at de føler sig mere involveret i behandlingen, når den foregår hjemme:

” Altså, de første uger, hvor jeg var mere inde på hospitalet, end jeg egentlig var hjemme, der følte hun [hans kone] sig jo helt afkoblet.

– Nikolaj, 38 år



Den telefoniske kontakt til afdelingen er essentiel for patienternes tryghed

For patienterne er det helt afgørende, at de altid kan få fat på sygeplejerskerne på afdelingen. Selvom de får en grundig oplæring på hospitalet, har de alle gjort brug af muligheden for telefonisk kontakt undervejs i behandlingen. De ringer fx til afdelingen, hvis de begynder at få feber, eller fordi de er i tvivl om noget med behandlingen og har brug for hjælp til udstyret.

Det betyder meget for patienterne, at personalet har understreget, at de ikke skal tøve med at ringe selv med de mindste bekymringer:

” Jeg oplevede, at det gav mig den der ro, at der faktisk var nogen i den anden ende, som godt ville tage sig af mig, hvis jeg selv blev i tvivl. Og det er jo ikke anderledes end at hive i snoren, når man ligger i en seng.

– Carina, 68 år

Den åbne linje til afdelingen forsikrer patienterne om, at de ikke er overladt til sig selv, og at klinikerne ikke har glemte dem, bare fordi de får behandlingen derhjemme. Flere af dem fremhæver også værdien i at lære klinikerne at kende og vide, hvem der sidder i den anden ende af røret, når man ringer ind:

” Jeg kender alle sygeplejerskerne efterhånden og fornavn på alle lægerne. Så jeg følte mig egentlig ret tryk i, at det skulle jeg nok klare. Og skulle der være noget, jamen så vidste jeg, hvor jeg kunne ringe til og egentlig få hurtig hjælp.

– Nikolaj, 38 år

Patienterne har forskellige ønsker til ansvar og involvering i hjemmebehandlingen

Selvom alle patienterne får hjemmebehandling, er der forskel på, hvor mange opgaver de har ønsket selv at stå for i forbindelse med behandlingen. Alle får pumpen med hjem og modtager kemoterapi hjemme, men nogle patienter har lært selv at koble pumpen af og på venekateteret, så de ikke er afhængige af at skulle ind på hospitalet for at få det gjort. Det er også en mulighed at lære selv at tage egne blodprøver, hvilket igen er med til at mindske antallet af besøg på hospitalet.

Disse muligheder giver nogle patienter stor værdi og bidrager til en følelse af medansvar og handlerum i en situation, hvor meget er vendt op og ned i tilværelsen. For andre føles det grænseoverskridende selv at skulle tage prøver og håndtere kateteret. En af patienterne fortæller, at hun ikke stoler på, at hun selv kan klare det og hellere vil tage ind på hospitalet for at få det gjort:

” De spurgte mig om, om jeg ville tage blodprøver selv og skifte pumpen (...), og det har jeg bare takket helt nej til (...). Det har jeg bare ikke lyst til. Jeg er verdens mest klodsede person, så det kommer til at gå galt på en eller anden måde.

– Lene, 33 år

Muligheden for at skalere op og ned i hvor mange opgaver i behandlingen, patienterne selv skal stå for, giver på den måde plads til flere forskellige behov og ønsker hos patienterne i relation til hjemmebehandlingen.

At have behandlingsudstyret i hjemmet påvirker patienterne på godt og ondt

Generelt udtrykker patienterne, at de hjemlige rammer har en positiv indflydelse på deres tilstand. Samtidig er det svært at undgå, at det medicinske udstyr også påvirker livet i hjemmet. Patienterne har forskellige oplevelser af, hvad det betyder, at udstyret flytter ud af hospitalet og ind i den hjemlige kontekst.

Maja fortæller, at hun skulle vænne sig til ikke selv at have kontrol over, at hendes sygdom blev mere synlig for andre mennesker, når hun havde kemopumpen med sig rundt:

” I en relativt stor del af mit sygdomsforløb har det været frustrerende ikke selv at kunne bestemme, om omverdenen skulle se, om jeg var syg eller ej (...) Jeg tænkte meget over, når jeg går med tasken med det her ledningsværk, så ser jeg syg ud. Men nu er jeg markant mere ligeglad. Jeg er jo også meget syg, så det gør ikke noget, at folk kan se det.

– Maja, 29 år

Børn og børnebørns reaktioner på udstyret fylder også for patienterne. En af patienterne har fx været bekymret for, om udstyret gør hendes børn utrygge, fordi de bliver mere konfronteret med, at deres mor er syg:

” Jeg tror også, når man så har små børn, og man tager sygdommen med hjem på en måde, hvor de ligesom kan se, 'okay, nu er mor rigtig syg' eller sådan (...) Altså, at der kommer noget fysisk med hjem.

– Lene, 33 år

Modsat mener en anden patient, at det ikke er muligt at skærme sine børnebørn fuldstændig fra sygdommen. I stedet har han forsøgt at afmystificere udstyret ved at tale med børnebørnene om pumpen og give den en hyggelig rolle:

” Jeg har lært mine børnebørn, at vi kalder [pumpen] for min hund. Så fik vi døbt den. De skal jo lære lidt om alt det der.

– Peter, 70 år

5

Medicinsamtaler som videokonsultation



Kort om indsatsen

En samtale der egner sig til at foregå virtuelt

På Psykoterapeutisk Klinik, Psykiatrisk Center København, har lægerne afholdt medicinsamtaler som videokonsultationer siden 2020.

Brugen af videokonsultationer startede under coronanedlukningen, hvor klinikken ikke havde mulighed for at afholde konsultationer og terapi med fysisk fremmøde. De var derfor tvunget til at omlægge alle forløb til at foregå virtuelt. Før coronanedlukningen var enkelte af afdelingens læger allerede i gang med at udforske mulighederne for at bruge videokonsultationer til dele af patientforløbene. Nedlukningen fremskyndede processen og accelererede klinikernes erfaring med de virtuelle konsultationer.

Efter restriktionerne ophørte, vurderede afdelingen, at medicinsamtalen – modsat fx gruppeterapiforløbene – fortsat skulle foregå som videokonsultation, da den type samtale havde vist sig at være velegnet til det virtuelle format. Medicinsamtalen er oplagt at udføre som videokonsultation, blandt andet fordi en stor del af samtalen består i at planlægge og udveksle relativt konkrete oplysninger om den medicinske behandling. Lægen spørger ind til patientens symptomer og forventninger til den medicinske behandling. Samtalen indeholder også psykoedukation om medicinsk behandling, hvor lægen og patienten taler om effekt og bivirkninger ved medicinen.

Fakta om medicinsamtaler som videokonsultation

- Målgruppen er patienter med bl.a. depression, OCD, panikangst, generaliseret angst og social fobi.
- Patienterne får tilsendt et link i e-boks, som sender dem direkte ind i videokonsultationen med lægen via app'en MinSP.
- Inden første medicinsamtale kommer patienten ind til en fysisk konsultation, hvor en behandler laver den indledende vurdering af patienten og tager de nødvendige målinger af vitale værdier.
- Den første medicinsamtale er altid virtuel. De efterfølgende medicinsamtaler kan læge og patient sammen aftale, om de vil afholde fysisk eller som videokonsultation. Det afhænger både af lægens vurdering og patientens ønsker.

Klinikkens fordele ved at holde medicinsamtaler som videokonsultation



Afdelingen oplever færre udeblivelser og afbud fra patienterne, hvilket gør ambulatoriedriften mere effektiv.



Fordi der er færre afbud, kan afdelingen bedre afholde medicinsamtaler i rette tid, hvilket gør det muligt for patienten at overholde behandlingsplanen og starte terapi som planlagt.



Klinikerne får et andet indblik i patientens situation og hverdagsliv, når de via videokonsultationen ser dem i deres hjemlige omgivelser.



Klinikerne oplever større fleksibilitet i deres arbejdsliv ved bl.a. at kunne arbejde hjemme i et vist omfang.



Der bliver ikke så mange bump, og vi har ikke så mange aflysninger og (...) vi kan få forløbene til at køre. Fx skal vi ikke trappe op og så vente 6 uger, for at vi kan se patienten igen, for at trappe op igen.

– **Jane Jægergaard, læge**

Medicinsamtaler som videokonsultation



Ja, jeg har nogen, hvor tingene sejler derhjemme, (...) andre gange er de urolige og er altid i gang, mens de taler. Hvis de var på afdelingen, så ville de nok gøre deres bedste for at sidde ned. Så de er ikke så spontane, som de er på video. (...) Så der er nogle informationer, jeg kan tage derfra.

– **Barbara Felix, overlæge**

Medicinsamtaler som videokonsultation

Patienternes oplevelser med medicinsamtaler som videokonsultation

Videokonsultationer er nemme at bruge teknisk - men kan være krævende mentalt

Overordnet set oplever patienterne, at det er nemt at tilgå og bruge videokonsultationer. De fleste beskriver, at de skulle downloade app'en MinSP og derefter følge et link, der førte dem direkte ind i videokonsultationen:

” Det var noget af det nemmeste. Altså, det var at trykke på en knap.

- Ditte, 63 år

Patienterne nævner dog også, at de ser sig selv som teknisk kyndige, og at det måske vil være anderledes for patienter, der føler sig mindre trygge ved teknologi og digitale løsninger.

Flere fremhæver, at det fungerer godt med venteværelse-funktionen, hvor man kan logge på før tid og sikre, at teknikken fungerer, imens man bliver klar til samtalen. Venteværelset giver samtidig associationer til at sidde fysisk i klinikken og vente på, at det bliver ens tur:

” Der stod også, der kunne være lidt ventetid, og så tænkte jeg, 'det er jo ligesom, hvis du sidder i et almindeligt venteværelse og venter'. Der kom bare et billede, der var ligesom et venteværelse med blomster og stole og borde og sådan noget. Det var nu meget hyggeligt.

- Ditte, 63 år

Men selvom patienterne giver udtryk for, at det tekniske setup er simpelt og fungerer relativt gnidningsfrit, er der stadig nogle, der oplever, at det kræver noget mentalt overskud at skulle have samtalen via en skærm.

Særligt for en af patienterne fremkalder det at skulle åbne computeren og sidde i en online konsultation nogle svære følelser. Det handler både om, at det er forstyrrende at skulle se på sit eget billede under samtalen, fordi det vækker en usikkerhed og en selvbevidsthed, men også at hun netop har forsøgt at undgå at bruge computer af hensyn til sin stresssygdom:

” Jeg har haft den der stress, så jeg har faktisk virkelig bare svært ved at åbne min computer. Jeg ved ikke hvorfor, men jeg har modstand mod det (...) Når først man er inde i SP og logger på, så er det ret simpelt, men jeg syntes lige pludselig, alle de der ting først, det var bare bvd. (...) 'Kan jeg ikke bare få lov til at cykle over til dig?'

- Mona, 49 år

Ifølge patienterne betyder det meget at være blevet informeret om, hvordan og hvorfor medicinsamtalen skal foregå virtuelt for at føle sig inddraget i processen og have mulighed for at efterspørge en fysisk konsultation, hvis de ønsker det.

Videokonsultationer giver fleksibilitet, men patienterne har stadig behov for at sidde et trygt og privat sted

Når medicinsamtalerne er virtuelle, slipper patienterne for noget af den logistik og transport, det kræver at skulle møde op fysisk på klinikken på Frederiksberg. For nogle af dem er det en fordel, som gør det mere

overskueligt og tilgængeligt at deltage i medicinsamtalen:

” Det gør en stor forskel, at man ikke skal op og ud ad døren. Altså, der er mange ting, der gør det lettere, når du sidder hjemme hos dig selv. Og det ville jeg også synes, selvom jeg ikke havde angst; så ville jeg stadigvæk tænke, det er nemmere, end hvis jeg skulle ned og finde en bus og komme derover osv.

– **Ditte, 63 år**

Det betyder også, at det kan være lettere at få medicinsamtalerne passet ind i en hverdag med arbejde og andre forpligtelser, når det fx er en mulighed at tage samtalen inde på arbejdspladsen i stedet for at tage fri:

” Jeg synes, der er noget rart i, at man ikke behøver hive en halv side ud af sin kalender, man kan på en eller anden måde bare være på arbejde og så lige få det fikset.

– **Nanna, 39 år**

Videosamtalerne giver patienterne mulighed for frit at vælge, hvor de ønsker at sidde under samtalen med lægen. Flere nævner dog, at de ikke har lyst til at sidde hvor som helst, fordi samtalen indebærer private og sårbare emner. De foretrækker at sidde et sted, hvor de er helt sikre på ikke at blive forstyrret, og hvor der ikke er nogen, der kan høre samtalen. Flere af patienterne vælger at sidde hjemme og har ikke lyst til at have samtalen inde på deres arbejdsplads, selvom det ville give en fleksibilitet:

” Det har nok noget at gøre med, at (...) der er ikke nogen, der kan høre, hvad jeg siger her[hjemme]. Man kan selvfølgelig sætte sig

ind i et lokale på arbejdet, men så er det sådan, hvorfor er man forsvundet i så lang tid? Så på den måde synes jeg, det er mere trygt og rart at sidde derhjemme stille og roligt; at der ikke sker en hel masse rundt omkring én.

– **Thomas, 51 år**

Hvis deres pårørende er hjemme, sætter patienterne sig ofte ind i et andet rum eller planlægger sig ud af det for at undgå, at familiemedlemmer sidder i baggrunden og overhører samtalen med lægen:

” Hvis jeg ikke er hjemme, så er jeg oppe hos min mor, og der tager jeg aldrig [videokonsultationen]. Fordi det skal hun jo ikke ind i, og det ville være svært for mig at finde en plads. Så jeg vil altid planlægge uden om det (...) Der skal være ro omkring mig, og jeg skal vide, at jeg ligesom sidder i fred.

– **Mona, 49 år**

Det kræver en åben og tydelig dialog at skabe en tryk relation via videokonsultation

Patienterne har forskellige oplevelser af, om det fremmer eller udfordrer den trykke samtale, at den foregår virtuelt. For nogle patienter er det rart at kunne sidde hjemme, særligt hvis samtalen vækker svære følelser:

” Der er den her tryk, der er lidt større ved at snakke fra eget hjem. Ja, hvis vi kommer ind på nogle tunge ting eller et eller andet, hvor jeg bliver utrolig ked af det, så er det også rart ikke at skulle ud igennem et

venteværelse og reception med andre mennesker.

– **Mads, 35 år**

Omvendt oplever andre, at det kan være en udfordring at blive ked af det under samtalen, når det foregår på video. Det handler fx om, at lægen ikke kan udvise den samme medfølelse gennem små omsorgshandlinger, som hvis begge parter sad i samme rum:

” Altså, der mangler lidt noget nærvær på en eller anden måde. (...) Hvis man nu bliver berørt, så er der ikke nogen, der lige rækker én en serviet, så man lige kan tørre øjnene. Så skal man selv lige rejse sig op og gå hen og hente en serviet. På den måde mangler der lidt den personlige del af det.

– **Nanna, 39 år**

Afkodningen af små signaler, ansigtsudtryk og intonation kan ifølge nogle af patienterne være sværere, når samtalen er på video. Derfor kræver det en mere verbal og tydelig kommunikation mellem patient og behandler. En af patienterne fortæller, at det har taget længere tid at opbygge tillid til lægen, når det foregår virtuelt, men at det forandrede sig radikalt efter en snak, hvor patienten åbnede op for sine oplevelser og ønsker til samtalen:

” Det har taget mig længere tid at opbygge den tillidsrelation [over video], tror jeg faktisk. Jeg var nødt til på et tidspunkt at skrive til hende, 'jeg har manglende tillid'. (...) Og så var hun bare megasød og opmærksom næste gang. Så forsvandt det faktisk fuldstændig. Der skete et skred i behandlingen, hvor det

ligesom faldt fuldstændig til ro med de videomøder dér.

– **Mona, 49 år**

Den åbne og direkte dialog under samtalerne er på den måde en vigtig præmis for at skabe den nødvendige tillid, når de nonverbale signaler og handlinger er sværere at udføre og aflæse under en videokonsultation.

Del 2

Implementering af
hjemmebehandling:
Indsigter fra tre cases

7 indsigter om vellykket implementering af hjemmebehandling



INDSIGTER

Oversigten til venstre viser syv centrale indsigter på tværs af undersøgelsens tre cases. De er udviklet på baggrund af klinikernes erfaringer på de tre case-afdelinger.

Indsigterne er formuleret som overordnede temaer og bliver uddybet med en række underpointer. Nogle underpointer knytter sig til alle tre cases, mens andre primært knytter sig til to af dem.

Indsigterne bliver beskrevet i dybden i de følgende afsnit.

Indsigt #1: Når meningen med hjemmebehandling er tydelig for klinikerne, er de mere motiverede for at ændre arbejdsgange

Oplevelsen af, at en indsats er meningsfuld, er en afgørende drivkraft, når afdelingerne skal implementere de nye arbejdsgange, som følger med hjemmebehandlingen. Omvendt kan det være en barriere for at lykkes med implementeringen, hvis det er uklart for klinikerne, hvorfor de skal tilbyde hjemmebehandling til deres patienter, og hvad gevinsten er ved det⁶.

I det følgende beskriver vi, hvad der skaber meningsfuldhed for klinikerne i de tre cases, og hvordan afdelingerne arbejder med at sikre og understøtte klinikernes motivation.

Klare fordele for både patienterne og klinikken styrker meningsfuldheden

I alle tre cases har klinikerne let ved at sætte ord på, hvad formålet og fordelene ved hjemmebehandlingen er. Særligt fremhæver de betydningen af, at hjemmebehandlingen gør en positiv forskel for patienterne.

På Afdeling for Blodsygdomme valgte de i den indledende fase af implementeringen at undersøge patienternes oplevelser med hjemmekemoterapi gennem kvalitative interviews. Formidlingen af patienternes positive

fortællinger om behandlingen var motiverende for klinikerne, der stod midt i en proces, som flere oplevede som en stor transformation.

På afdelingen erfarede de, at patienternes stemmer og ønsker var en central faktor for motivationen under implementeringen:

” Det gjorde en kæmpe forskel, at det kom så meget ud af patientbehovet. Det var øjeblikkeligt meningsfuldt for patienterne og for de personalegrupper, som skulle være en del af det. Og det tror jeg, er en megamagtfuld driver.

– **Anne Abela, klinisk sygeplejespecialist**
Hjemmekemoterapi

Allerede før afdelingen implementerede hjemmekemoterapi, oplevede de, at patienterne selv efterspurgte, om de kunne være mere hjemme under deres behandling. Patienternes behov har på den måde været tydelige for personalet fra begyndelsen.

På Gastromedicinsk Ambulatorium er det også de tydelige forbedringer for patienterne, de peger på, som det primære formål og drivkraften bag implementeringen:

⁶ Bedre brug af hjemmemonitorering - Erfaringer fra fem hjerteafdelinger i Region Hovedstaden, Center for Patientinddragelse 2022.

” [Formålet] var at optimere patientbehandlingen og forkorte tiden fra, at patienterne får en opblussen til, at vi faktisk får dem sat i behandling.

– **Eva Lund Fjordside, ledende overlæge
Constant Care**

Når både patienter og klinikerne hurtigere kan reagere på symptomerne og starte behandling, kan de undgå, at tilstanden udvikler sig yderligere. For klinikerne er det på den måde tydeligt, at hjemmemonitoreringen gør en forskel for patienterne:

” Jo hurtigere, du går i gang med medicin, jo nemmere er det jo at få [inflammationen] ned, og jo mildere medicin skal de have (...). Så derfor har det en stor betydning. Patienterne har også selv mulighed for at reagere og starte op. Så det er jo så også en kæmpe del af det her, at vi får oplært patienterne i at kende deres sygdom og lægge mærke til deres symptomer.

– **Charlotte Teglgård Peters-Lehm,
specialsygeplejerske
Constant Care**

De væsentlige patientfordele er med til at tydeliggøre meningen med hjemmemonitoreringen for klinikerne og er dermed en drivkraft for implementeringen.

På Psykoterapeutisk Klinik er det ifølge klinikerne særligt fleksibiliteten ved videosamtalerne, der er den største fordel for både patienterne og klinikken. Når patienterne ikke skal møde frem fysisk, oplever klinikken færre afbud og udeblivelser fra medicinsamtalerne. Med færre afbud bruger klinikerne også mindre tid på at finde nye tider til

patienterne, og de får tilmed en fleksibilitet i deres hverdag med mulighed for at arbejde hjemmefra:

” Personalet kan jo se fordelene i det, både for dem selv og for patienterne og for klinikken. Det er jo altid det, der skaber motivation. Når man selv kan se mening i det (...). De får flere gennemførte samtaler, og de kan bedre rykke rundt på tider, fordi de skal ikke komme herind fysisk. Så på den måde bliver det hurtigt en ting, vi ikke behøver nudge så meget, fordi det bliver selvopfyldende.

– **Sebastian Swane, ledende overlæge
Medicinsamtaler som videokonsultation**

I alle tre cases er der altså tydelige fordele og forbedringer for både patienter og klinikerne, som er med til at drive implementeringen frem.

Hjemmebehandlingsindsatsen er vokset ud af lokale behov og udfordringer på afdelingerne

De tre hjemmebehandlingsindsatser er startet op på forskellig vis, men fælles for dem er, at de er igangsat på afdelingernes eget initiativ og som en løsning på lokale problemstillinger og behov.

Ønsket om at omlægge kemoterapi til hjemmebehandling på Afdeling for Blodsygdomme udsprang af et behov hos patienterne. Tidligere var de indlagt i lange perioder ad gangen, og patienterne ønskede at være mere hjemme og være mindre isoleret fra deres øvrige liv. Det var med til at sætte tanker i gang hos klinikerne:

” Patienterne brokkede sig over, at de skulle ligge og glo herinde (...) de kunne have gået på arbejde, eller hvad de nu kunne, eller være hjemme ved deres børn. Så det var jo også patienter, der sagde til mig, 'det kan da ikke være rigtigt'. Så det var ligesom det, der startede den der proces.

– **Jette Gørlev, overlæge**
Hjemmekemoterapi

På Gastromedicinsk Ambulatorium oplevede de forskellige udfordringer af praktisk karakter, som var med til at forlænge perioden fra sygdommens opblussen til opstart af behandling. Det handlede bl.a. om, at patienterne skulle sende afføringsprøverne med posten til afdelingen, som nogle gange nåede at blive for gamle, inden de blev analyseret. Derudover kunne det tage tid, når patienterne både skulle kontakte afdelingen og få en tid og møde op til en fysisk konsultation. Der var derfor et behov for at optimere den proces og gøre det nemmere for både patienter og klinikere at undersøge og handle på patienternes symptomer.

Implementeringen af hjemmebehandlingsindsatserne blev i nogle tilfælde samtidig fremskyndet af ydre vilkår og omstændigheder. På Psykoterapeutisk Klinik var nogle af lægerne fx allerede begyndt at afprøve og udforske brugen af videokonsultationer, da coronaepidemien medførte, at alt pludselig skulle omlægges til at foregå virtuelt. Afdelingens erfaringer blev på den måde accelereret, og da restriktionerne igen blev lempet, vurderede afdelingen på den baggrund, hvilke patientkontakter de ville fortsætte med at afholde virtuelt. Således var afdelingen selv med til at beslutte, hvordan videokonsultationer kunne anvendes meningsfuldt i forhold til netop deres patienters forløb:

” Man skal holde sig for øje, hvad det er, man gerne vil bruge [videokonsultation] til. Altså, man kan ikke bruge det til terapi. Det kan vi ikke. Men vi kan bruge det til lægesamtalerne, det giver mening. Det skal man selvfølgelig have sig for øje: hvad skal formålet med det være, og hvad vil vi gerne opnå?

– **Jane Jærgaard, læge**
Medicinsamtale som videokonsultation

På Afdeling for Blodsygdomme blev de pålagt besparelser og var tvunget til at skære ned i antallet af senge på afdelingen. I den forbindelse viste hjemmekemoterapi sig at være en meningsfuld måde at spare indlæggelser på, som også var for patienternes bedste:

” Efterhånden kan alle godt se, at det jo er bedre at være hjemme, end det er at være herinde. (...) Det var et mareridt at finde pladser til vores patienter, som havde et behov for at blive indlagt, og det sled på os alle sammen, så vi var godt klar over, at vi var nødt til at gøre noget. Så jeg tror at nøden hjalp os i den situation til at være mere modige, og jeg ved ikke hvordan det havde været, hvis ikke vi havde haft den ekstreme sengepladsmangel.

– **Jette Gørlev, overlæge**
Hjemmekemoterapi

Meningsfuldheden er altså en vigtig drivkraft i implementeringen – og hjemmebehandlingen bliver især meningsfuld, når den tilbyder en løsning på lokale udfordringer eller ændrede vilkår på afdelingerne. Når formålet og fordelene er tydelige at se og mærke, er det med til at motivere klinikerne til at ændre praksis og implementere nye arbejdsgange.

Indsigt #2: Frontløbere viser vejen for kollegerne og fjerner bump på vejen

I alle tre cases har udvalgte klinikere gået forrest i overgangen til mere hjemmebehandling. Disse frontløbere fungerer bl.a. som praktiske vejledere for kollegerne og lærer dem op i de nye teknologier og arbejdsgange. Samtidig er de vigtige for at fastholde fokus på de nye måder at arbejde på, så man undgår at falde tilbage i gamle rutiner.

Frontløberne i de tre cases er både læger, sygeplejersker og ledere, der brænder for at implementere og udbrede hjemmebehandlingsindsatserne. Afdelingerne har anvendt frontløbere i gennemgående roller ofte bakket op af prioriterede ressourcer. Det er afgørende for implementeringsindsatsen, at der er afsat dedikerede midler til opgaven. En anden nylig undersøgelse fra CPI peger også på, at implementeringen af hjemmebehandling kan blive sårbar, hvis der ikke følger tid og ressourcer med til de nye opgaver⁷.

De følgende afsnit giver et indblik i, hvordan de tre case-afdelinger har brugt frontløbere i implementeringen.

Frontløberne vejleder og lærer kolleger op i hjemmebehandlingen

I de tre cases er det til at starte med frontløberne, der har tilegnet sig kompetencer inden for hjemmebehandling, og som har ansvar for at lære kolleger op, så kompetencerne bliver bredt længere ud i afdelingen. Det sker typisk vha. undervisning og

sidemandsoplæring, hvor frontløberen står ved siden af og hjælper kollegerne med at blive fortrolige med de nye måder at arbejde på. Fx har de på Afdeling for Blodsygdomme brugt ambassadørudbredelse, hvor erfarne sygeplejersker blev lært op i hjemmekemoterapi og derefter fik til opgave at lære flere kolleger op i det. Udvalgte sygeplejersker har derudover en nøglerolle ift. at udarbejde vejledninger og arbejdsskemaer, der tydeligt forklarer på den ene side, hvilke arbejdsopgaver sygeplejersken har i hjemmebehandlingen og på den anden side, hvad patienten skal være opmærksom på derhjemme. Dem kan de øvrige kolleger støtte sig til, når de skal blive fortrolige med at varetage hjemmebehandlingen:

” De får at vide, når de starter, og de får kemokursus, at hvis de støder på en behandling, der skal gives på CADD-pumpe, så skal de starte med at finde CADD-mappen, hvor der er arbejdsskema til alle de behandlinger, der ligesom kræver det. Og så sørger jeg for, at de bliver opdateret, og at der er fyldt op med arbejdsskemaer.

– **Connie Nexø, sygeplejerske**
Hjemmekemoterapi

På Psykoterapeutisk Klinik har afdelingens SP-ansvarlige overlæge som den første prøvet videoteknologien af og fået erfaringer med det. Hun er på den måde gået forrest i implementeringen af videosamtalerne, har undervist kolleger i hvordan man afholder samtalerne, og har lavet

⁷ Bedre brug af hjemmemonitorering – Erfaringer fra fem hjerteafdelinger i Region Hovedstaden, Center for Patientinddragelse 2022

let tilgængelige vejledninger med både tekst og illustrationer:

” En af vores styrkesider er, at vi har en overlæge, som er enormt IT-stærk og også enormt SP-mæssigt stærk. Og det er faktisk hende, der tog teten under Corona.

– **Shamaiela Anwar, afsnitsledende specialpsykiolog**
Medicinsamtaler som videokonsultation

Afdelingen har også brugt deres ugentlige lægemøder til at drøfte udfordringer ved videokonsultationerne med hinanden, og her har lægerne også kunnet få hjælp af den SP-ansvarlige overlæge.

Frontløberne fastholder fokus på hjemmebehandlingen

Frontløberne spiller også en vigtig rolle i at fastholde fokus på de nye rutiner og arbejdsgange fx ved kontinuerligt at minde deres kolleger om, at hjemmebehandling er en relevant mulighed, når patienter skal startes op i behandling, for at få flere patienter med.

” Hvis du har en sygeplejerske og en læge, som virkelig vil det her, så kan du også godt få følgeskab. En fra hver faggruppe, der hele tiden foreslår, 'vi kunne også gøre det her som hjemmebehandling'. (...) Det er sådan, det starter. Der skal være én, der hele tiden italesætter det og siger, 'jamen, det var faktisk en patient, vi kunne sende hjem i stedet for'.

– **Mette Borg Clausen, overlæge**
Hjemmekemoterapi

De er også med til at minde om, hvorfor det er vigtigt at arbejde med hjemmebehandling, når der opstår utryghed eller modstand blandt kollegerne, der skal til at arbejde på nye måder.

Frontløberne hjælper, når kollegerne har problemer

I undersøgelsen ser vi, at frontløberne fungerer som en slags problemknusere, der hjælper med de lavpraktiske udfordringer, som kolleger kan have i forbindelse med overgangen til mere hjemmebehandling. Fx når sygeplejerskerne står med patienter, der har tekniske problemer med hjemmemonitorering, de ikke selv kan løse, eller hvis en læge har udfordringer med teknikken til videokonsultationer. Her træder frontløberne til med sparring og vejledning, eller overtager opgaven og går videre med at finde en løsning på problemerne, så kollegerne ikke mister modet i forhold til hjemmebehandlingen.

” Og så har jeg været tålmodig og bare taget imod sedler: jeg skal nok tage den, jeg skal nok tage den, og så ringer jeg patienterne op, hvis der er problemer. Jeg er bagstopper, og så ved de, de kan komme til mig, og så prøver jeg at løse det.

– **Charlotte Teglggaard Peters-Lehm, specialsygeplejerske**
Constant Care

Både læger og sygeplejersker i front for implementeringen

I casene om hjemmekemoterapi og hjemmemonitorering har både læger og sygeplejersker stået i spidsen for implementeringsindsatsen. At implementeringen ikke er båret af en enkelt faggruppe, men er tværfagligt funderet, er en særlig styrke i arbejdet med at udvikle og forankre hjemmebehandlingen i afdelingerne.

” For det første var indsatsen tværfagligt forankret, og det var ret vigtigt fra starten. Så selvom Katrine [projektsygeplejersken] var den med projektleder-kasketten på, så var det forankret i en veldefineret gruppe af læger og sygeplejersker inkl. ledelsesrepræsentanter.

– Anne Abela, klinisk sygeplejespecialist
Hjemmekemoterapi

Det, at både læger og sygeplejersker har nøgleroller i implementeringen, er fx vigtigt, når afdelingen skal planlægge, hvordan en kemoterapibehandling kan omlægges til at foregå som hjemmebehandling. Det skyldes bl.a., at læger og sygeplejersker har hvert sit blik på, hvordan patientforløbet med hjemmebehandling bedst skrues sammen, og hvad der kan fungere for hver af de to faggrupper. Det tværfaglige samarbejde er også vigtigt, når der i starten kan opstå usikkerhed om den nye praksis:

” Og så tror jeg, det er rigtig vigtigt i starten også, at det er et tæt, tværfagligt samarbejde, sådan så de tvivl, man kunne have som sygeplejerske, selvom det måske er os, der udfører den praktiske del omkring det, at man altid har noget tværfaglig sparring omkring, er vi helt sikre, eller jeg bliver i tvivl

om det her, og hvad tænker du? Vi er meget tværfaglige.

– Sara Schapiro Rytter, sygeplejerske
Hjemmekemoterapi

Den tværfaglige repræsentation er ligeledes essentiel på Gastromedicinsk Ambulatorium. Her har lægernes involvering været helt afgørende for at sætte initiativet i gang, og de spiller fortsat en aktiv rolle i at udvikle og udbrede hjemmemonitoreringen. Samtidig var udvalgte sygeplejersker involverede i opstarten af hjemmemonitoreringen, og afdelingen har fortsat to sygeplejersker som nøglepersoner for indsatsen i dag.

Frontløbernes arbejde kræver ressourcer – og en bevidsthed om, at det tager tid

I flere af casene har der været afsat dedikeret tid til arbejdet med at udvikle og implementere hjemmebehandlingen, fx ved at afdelingen har frikøbt personale til opgaven som frontløbere i en periode.

Selv om frontløberne særligt spiller en rolle i opstarten af hjemmebehandlingsindsatsen, så er det en vigtig pointe, at de også er betydningsfulde senere i implementeringsprocessen, hvor afdelingen har fået flere patienter i hjemmebehandling, men hvor der stadig er behov for, at udvalgte medarbejdere har et særligt fokus på indsatsen. Gastromedicinsk Ambulatorium har fx på nuværende tidspunkt – hvor hjemmemonitorering har været i drift i afdelingen i 6 år – to sygeplejersker, som er nøglepersoner i arbejdet med hjemmemonitoreringen. Nøglepersonen har en såkaldt ”nøgledag” i afdelingen hver 3. uge. Her varetager nøglepersonen en række opgaver specifikt knyttet til hjemmemonitoreringen, fx udarbejdelse af vejledninger eller genoprettelse af patienter, som har skiftet telefon.

Samlet set viser undersøgelsen, at dedikerede klinikere som går forrest i implementeringen og hjælper kollegerne med overgangen til nye rutiner er afgørende for at lykkes med implementeringen af mere hjemmebehandling. Det er samtidig væsentligt, at både læger og sygeplejersker er frontløbere i implementeringen, og at de får den tid og de ressourcer, der skal til for at lykkes med opgaven.

Indsigt #3: Hjemmebehandling er standardbehandlingen, og det er en undtagelse, når klinikerne fravælger det

Noget af det, der karakteriserer alle tre cases er, at de er lykkedes med at gøre hjemmebehandlingen til standarden, og dermed er de lykkedes med at udbrede den til et stort antal patienter. Det vil sige, at hjemmebehandlingen ikke er en indsats, der kun bliver tilbudt til en udvalgt skare af patienter, men tværtimod som udgangspunkt tilbydes til alle.

Udrulningen af indsatsen i større skala er foregået gennem en gradvis udbredelse, hvor afdelingerne har anvendt forskellige tiltag og greb for at få det til at lykkes.

Opskalering af indsatsen er et fokus fra starten af

For alle tre cases gælder det, at de på mere eller mindre systematisk vis er startet med at afprøve indsatsen på en lille patientgruppe. På den baggrund har afdelingerne opnået erfaring, der kunne bidrage til den videre udbredelse til flere patienter, og flere af afdelingens klinikerne har opnået kompetencer til at kunne varetage hjemmebehandlingen.

Selvom den indledende afprøvning på en mindre gruppe patienter er et vigtigt første skridt, ved vi fra tidligere undersøgelser, at det kan være en udfordring at bevæge sig videre til en større udbredelse og forankring i

afdelingen⁸. De tre case-afdelinger har dog tidligt i processen haft fokus på at få indsatserne udbredt til et større antal patienter.

På Afdeling for Blodsygdomme begyndte de fx allerede at lægge en plan for opskalering og forberede de næste skridt i implementeringen, imens de gjorde sig de første erfaringer:

” Det er et vigtigt greb, at man virkelig tager det seriøst, når man skal lave nogle gennemgribende forandringer; at man forbereder det godt og starter i det små og så eskalerer det.

– Lars Kjeldsen, overlæge
Hjemmekemoterapi

Klinikerne fremhæver betydningen af ikke at vente for længe med at begynde at inkludere et bredere udsnit af patienter for undgå at sidde fast i den indledende fase:

” En af de vigtigste ting er (...) i virkeligheden, så tidligt som man overhovedet kan (...) at vende den om til at sige: (...) Det er noget, vi gør med alle, og så skal vi tværtimod kigge på, hvornår gør vi det *ikke*? Det er noget, der gør, at det her bliver langtidsholdbart.

– Anne Abela, klinisk sygeplejespecialist
Hjemmekemoterapi

Afdelingen har på den måde oplevet en gevinst ved at planlægge den videre implementering tidligt i processen

⁸ Bedre brug af hjemmemonitorering – Erfaringer fra fem hjerteafdelinger i Region Hovedstaden, Center for Patientinddragelse 2022

og ændre fokus fra afprøvning til udbredelse, hvor hjemmebehandling tilbydes til alle patienter med enkelte undtagelser.

På Gastromedicinsk Ambulatorium afprøvede de også hjemmemonitoreringen på en mindre gruppe på 120 patienter i den indledende fase for at få erfaringer, de kunne bygge videre på i opskaleringen. Særligt de digitale aspekter af indsatsen var afgørende at få prøvet af og udviklet på for at gøre det så gnidningsfrit som muligt, både når patienterne indsender målinger og besvarer spørgeskemaer, og når klinikerne gennemgår dem. Et afgørende fokus i processen med at udvide antallet af patienter var samtidig at udvikle systematiske og effektive arbejdsange:

” Det blev jo gradvist større og større, og så skulle det pludselig ændres fra at være en lille håndholdt og meget personlig kontakt til, at det skulle være rationelt at inkludere patienterne (...). Det rationelle kom til at betyde mere, fordi volumen blev så meget større.

– **Mette Bennedsen, overlæge
Constant Care**

Erfaringen fra afdelingen er altså, at sammen med opskaleringen af indsatsen følger et behov for at arbejde aktivt med at sætte procedurerne i system og oplære flere klinikere i at kunne varetage indsatsen.

Klare kriterier for udvælgelse af patienter gør opskaleringen lettere

I processen med at gøre hjemmebehandling til standardbehandlingen på afdelingerne, har et vigtigt greb været at anvende klare udvælgelseskriterier med en lav barre for inklusion.

Indstillingen på de tre afdelinger har været, at alle patienter som udgangspunkt kan få hjemmebehandling, men at der kan være enkelte undtagelser. Arbejdet med at beslutte, hvornår en patient ikke er egnet, har fx indebåret drøftelser af, hvilke krav det stiller til patienterne at varetage hjemmebehandling, og om der er nogle forhold, der forhindrer dem i at få det tilbudt.

På Afdeling for Blodsygdomme har afdelingen løbende gennemgået og revideret kriterierne i takt med, at de har fået mere erfaring. På den måde anvender afdelingen kun de allermest nødvendige kriterier og får sorteret ud i dem, der bygger på nogle indledende bekymringer og antagelser:

” Hvis vi kan [tilbyde hjemmekemoterapi] til denne her lille, unikke gruppe patienter med de her karakteristika, kan vi så også [til] denne her gruppe? Og hvad med denne her gruppe? (...) Kriterierne er blevet løsere, fordi nu tør vi godt.

– **Anne Abela, klinisk sygeplejespecialist
Hjemmekemoterapi**

Til at starte med havde afdelingen fx et krav om, at der skulle være en voksen pårørende til stede om natten hjemme hos patienten, hvilket udelukkede mange patienter, der bor alene. Undervejs fandt de ud af, at det ikke var nødvendigt og fjernede derfor kriteriet igen. Ud over at det har betydning for udbredelsen at reducere inklusionskravene til de allermest nødvendige, har de på afdelingen også haft fokus på, at det kan skabe ulighed, hvis de udelukker nogle patientgrupper fra at få hjemmebehandling.

På Gastromedicinsk Ambulatorium er de grundlæggende kriterier for udvælgelse af patienter til hjemmemonitorering forholdsvis enkle og nøgterne.

Kriterierne er, at patienterne skal have en bestemt diagnose, adgang til en smartphone, kunne læse/skrive på dansk eller engelsk og være motiverede. Fokus er på at inkludere så mange som muligt:

” Ønsket er, at hovedparten – alle dem som ikke har en god grund til ikke at være med – skal være med.

– **Mette Bennedsen, overlæge
Constant Care**

På Psykoterapeutisk Klinik er det ligeledes et kriterie, at patienterne skal have en computer eller smartphone til rådighed for at kunne deltage i videokonsultationer. Derudover vurderer lægerne altid, om der er nogle særlige udfordringer hos patienten, som kræver, at de ser patienten fysisk til medicinsamtalerne. Det kan fx handle om, at patienten har et stort vægttab eller er svær at få en god kontakt med.

På tværs af de tre cases er klare kriterier for udvælgelse – med en lav barre for inklusion – et effektivt skridt på vejen til at få så mange relevante patienter med som muligt, særligt fordi det bliver lettere for personalet at foretage vurderingen.

Systematiske arbejdsgange sikrer, at hjemmebehandlingsindsatserne bliver integreret og udbredt

Afdelingerne gør også brug af andre tiltag for at sikre, at hjemmebehandling bliver implementeret i større skala og integreret i klinikernes faste praksis. Nogle af de greb, der går igen, handler om at lægge patienternes introduktion til hjemmebehandlingen ind som en del af klinikernes obligatoriske og faste arbejdsgange.

På Psykoterapeutisk Klinik har de bl.a. besluttet, at den første medicinsamtale altid foregår på video. Per automatik får patienterne en elektronisk indkaldelse med link til videokonsultationen. Klinikerne har erfaret, at når det bliver lagt ind som en fast praksis på den måde, får både klinikere og patienter prøvet det af, og de fleste får mod på at fortsætte, selvom de måske var skeptiske i første omgang:

” Det med at implementere det som standard, og at den første samtale bliver [på video]. Det giver den gode erfaring, og man bliver mindre utryg. Jeg tror, det gjorde det nemmere for os at implementere.

– **Barbara Felix, overlæge
Videokonsultationer**

Efter den første medicinsamtale på video er det mere fleksibelt, om de vælger at fortsætte virtuelt, eller om de kombinerer videokonsultation med fysiske medicinsamtaler afhængigt af den enkelte patients behov og klinikerens vurdering.

Ud fra en lignende tankegang har de på Gastromedicinsk Ambulatorium lagt introduktionen til hjemmemonitorering ind som et fast punkt ved patienternes tredje konsultation. På den måde sikrer de, at alle egnede patienter systematisk får tilbudt hjemmemonitorering. Deres erfaring er samtidig, at det er mest meningsfuldt at vente til tredje konsultation, da patienterne har mere overskud til at tage den ekstra information ind på det tidspunkt.

Et andet greb, der går igen på tværs af de tre cases, er løbende at påminde personalet om, at hjemmebehandling er standarden på afdelingen. På Gastromedicinsk Ambulatorium har de hjemmemonitorering på som et fast punkt på

dagsordenen på deres ugentlige IBD-konference, og på samme måde har de andre afdelinger afsat tid på faste møder til at fremhæve vigtigheden af hjemmebehandling og afklare eventuelle spørgsmål.

Alle nytilkomne klinikere bliver desuden introduceret til hjemmebehandlingen og oplært i, hvordan de opstarter patienter i behandlingen. På den måde bliver det også udbredt til flere klinikere og masseret ind i kulturen på afdelingen:

” Nye læger, som kommer til, bliver introduceret til [videokonsultation] med det samme, så det er bare en del af klinikken; sådan gør vi her. Og så bliver der sjældent stillet spørgsmål, fordi man finder hurtigt ud af, at når de andre kan lide det og ser fordele ved det, så smitter det jo også af. Så kulturen er bare indkørt nu.

– **Sebastian Swane, ledende overlæge**
Medicinsamtaler som videokonsultation

For at gøre hjemmebehandling til standardbehandlingen kræver det altså et fokus på udbredelse af indsatsen helt fra starten, enkle inklusionskriterier samt systematisk integration af hjemmebehandling i eksisterende arbejdsgange.

Indsigt #4: Når behandlingen flyttes hjem, skal det tænkes ind i arbejdsopgaverne og organiseringen på hospitalet

Afdelingerne i de udvalgte cases har i høj grad forholdt sig til, at når deres patienter får behandling derhjemme, eller tester hjemme og sender data ind til afdelingen, så har det også betydning for, hvordan klinikerne bør organisere sig og samarbejde inde på afdelingen.

Hjemmebehandlingen er altså ikke bare et *add-on*, der skal passes ind i de eksisterende arbejdsgange, men i højere grad en anledning til at gentænke fx *hvor* patienterne organisatorisk hører til på hospitalet, og hvordan opgaverne er fordelt mellem læger og sygeplejersker.

De følgende afsnit giver eksempler på, hvordan hver afdeling helt konkret har tilpasset sig for at arbejde optimalt med hjemmebehandlingen. I casen om videokonsultationer er der i mindre grad tale om større omlægninger af arbejdsgange og nye opgaver. Dette afsnit fokuserer derfor på hjemmemonitorering og hjemmekemoterapi.

Hjemmemonitorering i Constant Care Webstuegang sikrer, at der bliver fulgt op på data fra patienterne

På Gastromedicinsk Ambulatorium går sygeplejerskerne dagligt det, de kalder for webstuegang. Det er en arbejdsgang, hvor sygeplejerskerne håndterer de patienter, der har testet sig hjemme, og gennemgår deres testsvar og spørgeskemabesvarelser og derefter ringer patienten op og aftaler det videre forløb. På den måde har afdelingen altså en fast struktur for, at patienternes testresultater bliver set og håndteret. Og

det er ikke en opgave, der ligger hos en enkelt sygeplejerske. I takt med at flere patienter er kommet med i hjemmemonitoreringen, er flere sygeplejersker blevet involveret:

” Efterhånden som der kom flere og flere patienter med (...), det gør jo også, at der er flere og flere, man skal håndtere på dagsbasis, og derfor har jeg fået flere og flere sygeplejersker med. Og nu er det så en stor del af gruppen, der kan gå stuegang.

- **Charlotte Teglgård Peters-Lehm,**
specialsygeplejerske
Constant Care

Afdelingens sygeplejersker fordeler patienterne ud fra, hvem deres kontaktsygeplejerske er. Det er endnu et greb, der understøtter, at arbejdet med at monitorere og følge op på patienternes målinger bliver fordelt på en større gruppe sygeplejersker i stedet for at tilfalde enkelte sygeplejersker. At opgaven er fordelt bredt i sygeplejerskegruppen, gør samtidig arbejdet mindre sårbart, så indsatsen fx ikke går i stå, når der er ferie.

Behov for fast spørgetid hos lægerne, når sygeplejerskerne håndterer patienter, der tester hjemme

Når det er sygeplejerskerne, der på daglig basis går webstuegang blandt patienter med hjemmemonitorering, er der behov for at understøtte, at sygeplejerskerne kan drøfte de mere komplicerede tilfælde med en læge:

” Det er vigtigt, at man har adgang til en læge. Altså, at man har nogen, som ved, at det er deres opgave i dag at hjælpe, hvis der er nogle ting, der skal gøres, når man når dertil,

hvor man tænker, nu kan jeg ikke gøre mere selv, nu skal vi have en læge indover.

- **Lotte Wittrup Sørensen, sygeplejerske
Constant Care**

Derfor har afdelingen indført en fast spørgetid hos en erfaren læge en halv time hver dag, så sygeplejerskerne ved, hvilken læge de kan gå til med spørgsmål.

Sygeplejerskerne har fået nye beføjelser til at sætte behandling i gang

På Gastromedicinsk Ambulatorium har sygeplejerskerne fået delegeret behandlings- og ordinationsret. Det gør en forskel for sygeplejerskernes arbejde med hjemmemonitoreringspatienterne, fordi de med de ændrede beføjelser selv kan sætte basisbehandling i gang eller justere behandlingen, uden at patienten først skal forbi en læge:

” Ledelsen har været inde og give os særlige rettigheder til at køre op og ned i den medicin. Kun til den specifikke medicin. Og det letter jo arbejdsgangen.

- **Charlotte Teglgard Peters-Lehm,
specialisygeplejerske
Constant Care**

Hjemmekemoterapi

Fra sengeafdeling til daghospital og ambulatorie

Da hjemmekemoterapi blev startet op, var patienter, som fik hjemmekemoterapi, tilknyttet afdelingens sengeafsnit. Det skyldtes bl.a., at patienterne skulle kunne kontakte afdelingen hele døgnet, og derfor var det i sengeafsnittet, patienterne fik monteret pumpen, og derfra de blev sendt hjem. Afdelingen erfarede dog hurtigt, at det var u hensigtsmæssigt at have patienter,

der mere mindede om ambulante patienter, tilknyttet et sengeafsnit. Det var både udfordrende for sygeplejerskerne at finde tiden til at hjælpe hjemmekemoterapipatienterne, og samtidig manglede patienterne et fysisk sted at opholde sig i afdelingen, når de fx skulle ind og have skiftet pumpe, fordi de som hjemmebehandlingspatienter ikke havde en seng på afdelingen:

” Det var jo fjollet, at man skulle have de her ekstra patienter i sengeafdelingen, når nu de ikke skulle have en seng. Så gav det jo egentlig bare ekstra, fordi hvis man så havde fuldt belagt i sengene, og så kom der to oveni, der skulle have pumpebehandling. Det gav faktisk for meget arbejdspress på sengeafdelingen.

- **Connie Nexø, sygeplejerske
Hjemmekemoterapi**

Det blev samtidig også tydeligt, at patienterne havde andre forventninger til kontakten med hospitalet, nu hvor de var hjemme med behandlingen:

” Vi oplevede, at når man kommer og skal have skiftet kemopumpe, så har man vænnet sig til at være hjemme, og så gider man faktisk ikke bruge særlig lang tid på hospitalet. Så man gider ikke komme ind for så at sidde og vente en time på, at der er nogen, der har tid til at se én. Så hvis du har sagt, jeg skal komme kl. 10, så vil jeg faktisk også gerne ses kl. 10.

- **Anne Abela, klinisk sygeplejespecialist
Hjemmekemoterapi**

Det tilsammen førte til, at afdelingen besluttede, at patienter med hjemmekemoterapi ikke længere skulle

være tilknyttet sengeafsnittet, men i stedet skulle gå i et daghospital. Daghospitalet er en dedikeret enhed med højt specialiseret personale, og dette setup er mere velegnet til at håndtere og understøtte patienter med hjemmekemoterapi.

Hjemmebehandling giver anledning til at gennemgå hele patientforløbet

På Afdeling for Blodsygdomme har de gjort et stort arbejde med at kortlægge patientforløb og arbejdsgange i forbindelse med deres implementering af hjemmekemoterapi.

” Nogle gange, tror jeg, vi har en tendens til at tænke, at hvis bare vi lige gør det her, så kører det. Men vi skal i virkeligheden turde kigge på hele patientforløbet eller hele arbejdsgangen (...) Og så kan det godt være, der er masser af ting, vi siger, det rører vi ikke ved (...). Men at vi har kigget det hele igennem og fået puslespilsbrikkerne til at passe, frem for at vi forsøger at mase en firkantet klods ned i et hul, gør, at det er nemmere at forankre bagefter.

**- Anne Abela, klinisk sygeplejespecialist
Hjemmekemoterapi**

Klinikerne fortæller, at det i høj grad handler om at forholde sig undrende og spørgende til den praksis, der eksisterer for bedre at kunne se mulighederne for, hvor hjemmebehandling kan skabe forbedringer for patienterne. Fx at undersøge om praksis ift. en given medicin bunder i konkret viden om medicinen, eller om arbejdsgangene i virkeligheden godt kunne være anderledes, og afdelingen dermed kunne skabe bedre muligheder for at sende patienterne hjem.

” Den måde vi gjorde det dengang, det var at følge patientens forløb. Vi satte os ned og beskrev; patienten kommer ind til den her behandling, der sker dét, der sker dét. Vi laver hele det her forløb. Og så satte vi os ned og undrede os over hver eneste ting simpelthen. Kunne man gøre det her smartere? Hvis der så var noget, vi undrede os over, så gik vi i dybden for at finde ud af, hvad er data?

**- Jette Gørløv, overlæge
Hjemmekemoterapi**

Afdelingen har også udviklet en række arbejdsskemaer, der helt konkret beskriver, hvad sygeplejersken skal gøre, og hvad patienten skal gøre som del af en given behandling med hjemmekemoterapi. Det er et redskab, der både illustrerer forløbet for patienten, men også hjælper sygeplejerskerne med at huske alt det, de skal gøre i forbindelse med hjemmekemoterapien.

Når de fleste patienter behandles hjemme, er det de meget komplekse patienter, der er tilbage på sengeafsnittet

Selv om langt størstedelen af afdelingens patienter får kemoterapien i eget hjem, så er der stadig patienter, der er indlagte. Afdelingen har erfaret, at de patienter, der nu er indlagte, er mere komplekse og har et større plejebestov, end de indlagte tidligere havde:

” De patienter, der er tilbage i sengene, de er virkelig syge. Og det er et problem, hvis du så ikke ændrer normeringen pr. seng, fordi så er det bare tungt at være i sengeafsnittene.

**- Lars Kjeldsen, overlæge
Hjemmekemoterapi**

Den øgede kompleksitet er noget, det ifølge afdelingen er vigtigt at håndtere bl.a. for at undgå, at det bliver svært at rekruttere sygeplejersker til sengeafsnittet. En klinisk sygeplejespecialist fortæller, at det har været vigtigt for afdelingen at tale om og håndtere den øgede kompleksitet blandt de indlagte som en del af implementeringen:

” Jeg tror, det er vigtigt, at man tør adressere den øgede kompleksitet, der kommer hos de indlagte patienter i takt med, at vi sender de mindre komplekse eller mere selvadministrerende patienter hjem. Så det at arbejde i makkerpar var en måde, hvorpå vi ligesom adresserede den øgede kompleksitet.

- **Anne Abela, klinisk sygeplejespecialist**
Hjemmekemoterapi

Samme teknologi hjemme og på hospitalet giver synergi

Et greb, der har understøttet implementeringen af hjemmekemoterapi er, at afdelingen anvender pumpebehandling både når patienterne er hjemme, og når de er indlagt i sengeafsnittet. Det giver en hurtigere fortrolighed med teknologien og gør det nemmere at håndtere for sygeplejerskerne, at de ikke skal forholde sig til to forskellige teknologier alt afhængigt af om patienten er hjemme eller indlagt:

” Vi besluttede også samtidig, at nu bliver den her behandling givet på pumpe, og det er ligegyldigt hvad. For man skal ikke give den på to måder, for så bliver man forvirret som sygeplejerske, hvis man ikke giver den behandling særligt tit, over at ved den ene patient, er den på pumpe derhjemme og ved den anden patient er det på dråbetæller og

dropstativ i afdelingen. Det duede ikke. Så det blev besluttet, at alle skulle køre det på pumpe.

- **Connie Nexø, sygeplejerske**
Hjemmekemoterapi

Samtidig har den fælles brug af pumperne også den vigtige fordel, at de sygeplejersker på sengeafsnittet, der besvarer patienternes opkald om aftenen og natten, har erfaring med teknologien, så de kan hjælpe patienterne, når daghospitalet er lukket.

” Vi fandt ud af, at det er meget vigtigt, at man også bruger de her pumper i sengeafsnittene, fordi daghospitalet, som er der, hvor [hjemmekemoterapi] primært håndteres, de er jo ikke åbne om aftenen. Så nytter det ikke noget, hvis patienterne har nogle problemer med pumperne, at dem, de ringer til på sengeafsnittet aften og nat, ikke aner noget som helst om det.

- **Lars Kjeldsen, overlæge**
Hjemmekemoterapi

Opgaver relateret til hjemmebehandling skal legitimeres og prioriteres inde på hospitalet

Både i casen med hjemmemonitorering og hjemmekemoterapi medfører hjemmebehandlingen nogle nye opgaver, som har en anden karakter end de klassiske sygeplejeopgaver. Afdelingerne har derfor på forskellig vis arbejdet med, hvordan de kan sikre, at de nye opgaver opnår samme grad af legitimitet og prioritet. Særligt kan det være en udfordring, at de opgaver der relaterer sig til patienter, der er fysisk til

stede på afdelingen, umiddelbart bliver prioriteret højere end de opgaver, der relaterer sig til patienter, der ikke er fysisk til stede.

I forbindelse med hjemmekemoterapi har det bl.a. haft en betydning på sengeafsnittet, hvor de tager imod opkald fra patienterne, når daghospitalet er lukket i aften- og nattetimerne. Her har de skullet finde en balance i at prioritere telefonopkald fra patienter, der er hjemme, lige så højt som når patienterne trækker i klokkesnoren på en stue:

” Den ene sygeplejeopgave er lige så vigtig som den anden. Så stue 7 skal selvfølgelig svares, når vedkommende ringer på klokken, men det skal telefonen også, fordi det er Jens, der er hjemme med sin hjemmekemo (...). Men den del er et stykke kulturarbejde, som tager lidt tid at ændre mindsettet i.

– **Anne Abela, klinisk sygeplejespecialist**
Hjemmekemoterapi

For at lykkes med det, er det vigtigt at synliggøre opgaverne, der knytter sig til hjemmebehandlingen. Det kan blandt andet handle om at anvende nogle markører, der viser, at man er i gang med at tage sig af en patient, selvom patienten ikke er fysisk til stede. Her bliver fx dét at sidde med en fysisk mappe med patientinstruktioner et vigtigt signal til kollegaerne om, at man er i gang med at hjælpe en patient, som er derhjemme, og at man derfor ikke kan træde til på en stue.

På Gastromedicinsk Ambulatorium kalder de gennemgangen af patienternes målinger for ”webstuegang”, hvilket giver associationer til mere klassiske kliniske opgaver. En sådan navngivning af opgaver knyttet til hjemmebehandlingen kan være et effektivt greb til at synliggøre og fremhæve håndteringen

af patienternes hjemmemonitorering, så det ikke bliver en nedprioriteret eller overset opgave, men i stedet bliver en integreret del af en afdelings øvrige opgaver.

Afdelingerne i denne undersøgelse har altså på forskellig vis tilpasset de eksisterende arbejds gange og opgaver til en hverdag, hvor flere og flere patienter får behandling eller tester sig selv hjemme. Det har sat sit tydelige præg på både den måde afdelingerne nu er organiseret på, hvilke opgaver klinikerne varetager, og hvordan faggrupperne samarbejder.

Indsigt #5: Hjemmebehandlingen giver sygeplejersker og læger nye roller, som kræver justeringer og tilvænning

Hjemmebehandling indebærer visse ændringer i klinikernes roller og tilgang til patienterne.

Forandringerne kræver i nogle tilfælde tilvænning og skaber bekymringer, som er vigtige for afdelingerne at tage hånd om i overgangen til mere hjemmebehandling.

I det følgende gennemgår vi, hvordan der både er overlap og indbyrdes forskelle på, hvordan forandringerne udspiller sig på tværs af de tre cases.

Klinikerne overgiver mere ansvar til patienterne, og det kan skabe usikkerhed

Med hjemmebehandling går klinikerne fra at have det primære ansvar for håndteringen af behandling og målinger til i højere grad at oplære og støtte patienterne i selv at kunne varetage det. Denne forskydning af opgaver er også beskrevet andre steder, hvor fokus i højere grad er på, hvad det kræver af personaleressourcer og tid at lære patienterne op⁹. Klinikerne i de cases, vi undersøger, lægger vægt på, at overdragelsen af mere ansvar kræver en tillid til, at patienten kan klare det selv, en tro på at teknologien fungerer og en vished om, at patienten vil kontakte afdelingen, hvis de har brug for hjælp derhjemme:

” Nogle sygeplejersker var lidt mistroiske overfor, ‘kan vi nu stole på, at den her pumpe går i gang til tiden? Kan vi stole på, at det virker?’. De synes, at det var meget grænseoverskridende at skulle sende patienterne hjem.

**Connie Nexø, sygeplejerske
Hjemmekemoterapi**

Klinikerne som arbejder med hjemmekemoterapi fortæller, at det har været en tilvænningsproces, hvor de arbejder på at ”turde give slip” på patienterne og ikke have patienterne lige så meget ”under luppen”.

I forbindelse med hjemmemonitorering beskriver klinikerne det i nogle tilfælde som udfordrende, at de ikke altid kan sikre, at patienterne følger deres instruktion fuldstændig. Indførelsen af hjemmemonitorering betyder, at de reducerer antallet af patienternes faste kontroller, så de går fra at komme én gang om året til én gang hvert tredje år, medmindre der opstår et behov for at lægge en kontrol ind i mellemtiden. Den ændring er klinikerne trygge ved så længe, at patienterne følger planen og udfører deres målinger. Men det kan skabe usikkerhed hos klinikerne, når patienterne ikke måler, som de har aftalt, og der derfor går længere tid imellem, at klinikerne får indblik i patienternes situation:

” Man skal gøre op med sig selv; hvad er konsekvenserne ved, at de ikke lever op til det, der er aftalt, og hvor meget Big Brother

⁹ Når behandlingen rykker hjem – En undersøgelse af fagprofessionelles og patienters erfaringer med subkutan hjemmebehandling, VIVE og forfatterne, 2024

skal man være? (...) Hvad gør jeg, når patienterne – efter de er grundigt informerede – ikke lever op til det, som vores fælles aftale var?

– **Mette Bennedsen, overlæge
Constant Care**

For at tage hånd om bekymringerne og finde sig til rette i at overgive mere ansvar til patienten tager klinikerne løbende drøftelser sammen i afdelingen. I den forbindelse har ledelsen en vigtig rolle i at identificere, hvad udfordringerne handler om og finde måder at støtte klinikerne på i processen. På Afdeling for Blodsygdomme håndterede ledelsen bekymringerne omkring patientsikkerheden ved bl.a. at indsamle data, der viste personalet, at det er lige så sikkert at behandle patienterne i eget hjem som på hospitalet.

En vigtig del af løsningen var for begge afdelinger også at sikre, at patienterne altid kan kontakte afdelingen, hvis der skulle opstå tvivl og understrege over for patienterne, at de aldrig skal tøve med at ringe.

Hjemmebehandling kræver, at man er kliniker på nye måder

Det er ikke kun bekymringer omkring patientsikkerheden, der påvirker klinikerne i deres arbejde med hjemmebehandling. På visse områder oplever de også at skulle være sygeplejersker eller læger på nye måder, når patientkontakten og deres opgaver ændrer sig.

Særligt i casen med hjemmekemoterapi oplever klinikerne forandringen i kraft af, at de har mindre tid sammen med patienterne. Før, hvor patienterne var indlagt i længere perioder, kunne klinikerne fx gå mere til og fra stuen og informere patienterne om deres behandling og lære dem gradvist at kende:

” På en sengeafdeling er man vant til, at man har patienten hele dagen og kan lave de ting man skal. Når man har de her pumpebehandlinger, skal man nå al den information, og det man vil, på kort tid og få dem sendt afsted igen.

– **Connie Nexø, sygeplejerske
Hjemmekemoterapi**

Når patienten skal have behandlingen med hjem, bliver altså både formidlingen af information og arbejdet med at skabe en tryk relation mere koncentreret, fordi klinikerne har kortere tid sammen med patienterne.

Meget af kontakten til patienterne foregår telefonisk, og sygeplejerskerne skal derfor finde nye måder at udføre deres faglighed på, når patienten ikke er fysisk til stede. I forbindelse med hjemmekemoterapi har de i personalegruppen haft behov for at tage løbende drøftelser om, hvordan man yder god sygepleje over telefonen:

” Der er noget i det der med at forstå sig selv som fagperson på distancen. Vi har arbejdet meget med den sygepleje, man yder, når patienten ringer over telefonen (...). Os, der var en del af transformationen, skulle arbejde med os selv.

– **Anne Abela, klinisk sygeplejespecialist
Hjemmekemoterapi**

Den telefoniske og mere komprimerede kontakt til patienterne betyder ifølge sygeplejerskerne ikke, at sygeplejefagligheden bliver af lavere kvalitet, men det kræver en anden opmærksomhed og kommunikation:

” Jeg synes ikke, at sygeplejen bliver dårligere af den grund, men det er klart, man skal lige spidse ører en gang imellem og være sikker på, hvad er det nu for nogle usagte og sagte ting, som patienten siger, (...) og der er jo mange flere ting, de håndterer alene derhjemme. Så vi prøver at klæde dem på med alternativerne, 'hvis nu det her opstår', og 'hvis nu det her', og det kan nogle gange være meget information.

– **Sara Schapiro Rytter, sygeplejerske**
Hjemmekemoterapi

Selvom lægerne på Psykoterapeutisk Klinik ikke i samme grad oplever forandringer i deres rolle i forbindelse med videokonsultationer, kan der stadig opstå situationer, hvor lægerne ikke har mulighed for at handle og vise omsorg over for patienten på samme måde, som hvis de sad i samme fysiske rum:

” Patientens reaktion kan jo være lidt sværere at forholde sig til, når man er på video. Altså, hvis jeg har en patient, der sidder midt i en samtale her hos mig og bliver vanvittig ked af det, jamen så sadler jeg om, og så finder jeg nogle lommeørklæder, og så gør vi noget andet eller åbner vinduet eller et eller andet. Og det kan være lidt sværere på videoen og ligesom forholde sig til, hvis de reagerer på et eller andet. Der har man ikke så mange valgmuligheder andet end at tale.

– **Jane Jægergaard, læge**
Medicinsamtale som videokonsultation

Klinikerne oplever altså på forskellig vis at skulle bruge alternative greb til at støtte patienten og lytte på en

anden måde, når de afholder medicinsamtalerne på video.

Overordnet set peger erfaringerne på tværs af casene således på, at implementeringen af hjemmebehandling kan have indflydelse på klinikernes roller og kontakt til patienterne. For at identificere og tage hånd om de bekymringer og nye situationer, der kan opstå, fremhæver afdelingerne særligt, at det har været vigtigt med løbende drøftelser og erfaringsudveksling mellem kollegaer.

Indsigt #6: Hjemmebehandling bliver ”måden vi arbejder på”, når ledelsen går forrest i indsatsen

Ledelsesopgaven i implementeringen af hjemmebehandling handler i høj grad om at motivere og gå forrest i arbejdet med at ændre arbejdsgange og involvere personalet i processen. Samtidig peger de interviewede ledere på, at det også er væsentligt for at lykkes, at lederne *nudger* på den lidt hårdere måde ved at beslutte, at hjemmebehandling er ”noget vi skal”.

Lederne er også frontløbere for mere hjemmebehandling

Både klinikere og ledere fortæller, at ledelsen også er vigtige frontløbere i implementeringen ved kontinuerligt at motivere til at arbejde med hjemmebehandling. Det gør de fx ved tydeligt at tale om, at hjemmebehandling er en positiv forandring og italesætte, hvorfor det giver mening at arbejde med det.

” Og så hjælper det jo på motivationen, hvis man er *alignet*. Hvis personalet kan se, at lederne også bakker op, så hjælper det. Så er det *dér*, det går hen og bliver kultur.

– **Shamaiela Anwar, afsnitsledende specialpsykolog**
Medicinsamtaler som videokonsultation

Når ledelsen selv er involveret i at implementere hjemmebehandlingen, fremmer det også implementeringsprocessen. På Afdeling for Blodsygdomme har der fx været ledelsesrepræsentanter i det tværfaglige team, der startede hjemmekemoterapien op.

” Jeg tror, det er vigtigt at være opmærksom på forskellen mellem opbakning, altså (...) ”det har du carte blanche til” [og så til]: ”ikke bare har jeg din ryg, men jeg sidder med til møderne”. Vi adresserer nogle af tingene head-on, og vi signalerer ud i organisationen, at det her, det er et strategisk vigtigt område. Det er noget, vi vil.

– **Anne Abela, klinisk sygeplejespecialist**
Hjemmekemoterapi

Ledelsesinvolveringen er bl.a. vigtig, fordi de nye måder at arbejde på med hjemmebehandlingen kan føles som et radikalt skifte for klinikerne – fx kan der opstå bekymring for, om den nye behandling er sikker nok. Her har ledelsen et særligt ansvar for at stå på mål for hjemmebehandlingen og for den proces, det er at få den implementeret.

” Det perfekte er det godes værste fjende. Altså, hvis det hele skal være fejlfrit, og du ikke tør løbe nogen risiko, jamen så er der rigtig mange ting, patienterne går glip af, fordi du ikke tør. (...) Det er da okay, hvis det bliver 80% bedre, så skidt med, at der er nogle tilfælde, hvor det ikke er perfekt. Så må vi jo bare sadle om og gøre det anderledes. Det er jo mere sådan en tankegang: hvad kan man acceptere? Også som kliniker i forhold til, hvor forsigtig er man? Det er der meget stor forskel på. Det kan man nok ikke helt lave om på, men det er jo en kultur, man kan prøve at tilskynde.

Lars Kjeldsen, overlæge
Hjemmekemoterapi

Ledelsen satser på hjemmebehandlingen og gør det til noget "vi skal"

Samtidig med at motivation og transparens om beslutningerne er væsentlige drivkræfter i implementeringen, så viser undersøgelsen, at det også er vigtigt, at ledelsen gennemfører ændringer, der gør det umuligt at fortsætte, som man plejer, og derfor bliver kastet ud i at arbejde mere med hjemmebehandling. Fx kan ledelsen beslutte at omlægge en specifik behandling til hjemmebehandling, at gøre hjemmebehandling til standardbehandlingen eller på andre måder sørge for, at det ikke er muligt for klinikerne at vælge et alternativ til hjemmebehandlingen:

” Der er ikke nogen, der kan få lov til at gøre det på en anden måde, fordi det er sådan, vi gør det. Altså, rent ledelsesmæssigt er det jo også noget med at nudge måske lidt på den hårde måde og sige; jamen du kan ikke indlægge patienten. Vi har ikke senge til det. Det er sådan her vi gør. Og det virker.

- **Lars Kjeldsen, overlæge**
Hjemmekemoterapi

Ledelsens klare beslutning om at implementere i større skala og et "konstant venligt pres" er altså også en nødvendig drivkraft i at få bredt hjemmebehandlingen mere systematisk ud.

Ledelsen afsætter de nødvendige ressourcer og giver nye beføjelser

En vigtig del af ledelsesrollen i overgangen til mere hjemmebehandling er at afsætte de nødvendige ressourcer til, at det kan lykkes. Det gør lederne fx ved at prioritere, at sygeplejerskerne går webstuegang som del af deres daglige arbejdsopgaver, ved at beslutte at flytte sygeplejersker fra sengeafsnit til ambulatorie eller

ved at sørge for, at klinikerne har det rette udstyr og lokaler til at kunne gennemføre videosamtaler.

I starten kan det tage længere tid at planlægge omlægning af et patientforløb til hjemmebehandling, end når man med tiden får mere erfaring med det. Og det skal der afsættes ressourcer til:

” Og så skal man have lidt tid af sin ledelse til det. Fordi jeg har gjort det så lang tid, så tager det mig ikke lang tid at få en plan lavet om til noget ambulans og få beskrevet det. Det kan [sygeplejersken] og jeg gøre relativt hurtigt. (...) Men når man starter, så skal man have tid til det. Så hvis ikke man kan få tiden af sin afdeling, så kommer det ikke til at lykkes.

- **Jette Gørløv, overlæge**
Hjemmekemoterapi

Ledelsen har desuden en vigtig opgave i at give klinikerne de nødvendige beføjelser til at løse arbejdsopgaverne i forbindelse med hjemmebehandlingen:

” Med vores basispatienter, dér kan sygeplejerskerne faktisk køre rigtig meget selv. Men lederteamet skal have givet dem den delegerede behandlingsret.

- **Eva Lund Fjordside, ledende overlæge**
Constant Care

Endelig er det også vigtigt, at ledelsen leder opad, til ledelsen over dem selv. Det gør de blandt andet ved at signalere, at arbejdet med implementering af hjemmebehandling er noget, man som afdeling prioriterer og skaber tid og rum til ved at filtrere andre

arbejdsopgaver ud. Eller ved fx at bede den øvre ledelse om ressourcer til det nødvendige udstyr til hjemmebehandlingen.

Samlet set giver casene indblik i en ledelsesopgave, der kræver, at lederen inspirerer og motiverer for at drive implementeringen af hjemmebehandling frem. Samtidig tager lederen de beslutninger, der understøtter, at hjemmebehandling ikke blot er et *add-on*, man kan vælge til og fra, men en ny måde at arbejde på for hele afdelingen.

Indsigt #7: Hjemmebehandlingen kræver samarbejde med parter udenfor den enkelte afdeling

De udvalgte cases sætter fokus på, at når man vil implementere hjemmebehandling, er det ikke nødvendigvis kun internt i egen afdeling, det er nødvendigt at ændre arbejdsgange og samarbejds mønstre. Også nye samarbejdsrelationer fx til apotek og IT-leverandører bliver vigtige for at lykkes med implementeringen.

På Afdeling for Blodsygdomme har de fx haft den udfordring undervejs, at når patienterne skal have kemoterapibehandlingen med hjem, så stiller det andre krav til hospitalets apotek. Apoteket skal nu putte flere doser kemoterapi i samme pose, så patienten ikke skal komme ind på hospitalet og få skiftet pose for at få en ny dosis behandling. At involvere apoteket endnu tidligere i opstarten ville ifølge afdelingen have gjort en positiv forskel:

” Der blev lavet et kæmpe forarbejde i forhold til holdbarheder, og hvor meget der kunne produceres ad gangen, for det fordrede en anden arbejds gang hos nogen af vores samarbejdspartnere også. (...) Vi nåede jo heldigvis til enighed, men set i bakspejlet ville jeg ønske, de havde siddet med om bordet tidligere.

- **Anne Abela, klinisk sygeplejespecialist**
Hjemmekemoterapi

Et andet eksempel fra Afdeling for Blodsygdomme er et ændret samarbejde med blodbanken. Her var der behov

for, at patienterne kunne møde op og få taget blodprøve i blodbanken i stedet for at få prøverne taget på afdelingen, nu de ikke længere er indlagte, men i stedet er hjemme i en del af behandlingsforløbet.

I casen om hjemmemonitorering har samarbejdet med laboratoriet omkring håndtering af prøvesvar også været vigtigt. Her har de i samarbejde med laboratoriet fundet en løsning på at få resultatet af patienternes afføringsprøve direkte ind i Sundhedsplatformen, og det har gjort en stor forskel for afdelingen.

” Så har der jo været forskellige fremskridt. Et af dem var, da vi, i øvrigt som det første sted i landet, fik en poc-test direkte ind i journalen. Og det var i samarbejde med klinisk-kemisk afdeling. Det var en stor sejr, fordi så (...) er det ikke bare noget, hvor vi skal slå op på et andet system for at finde det, men vi kan simpelthen se det direkte i journalen.

- **Mette Bennedsen, overlæge**
Constant Care

Klinikerne understreger vigtigheden af, at patienternes resultater fra afføringsprøve og spørgeskemaer gerne skal være så let tilgængelige for klinikerne som muligt. Hvis data er svære at finde i systemet, eller klinikerne skal logge ind flere steder, er der risiko for, at det kun er frontløberne, der får det gjort.

Afdelingen har derfor lagt en stor indsats i at gøre data tilgængelige for klinikerne. Det har bl.a. krævet et samarbejde med afdelingens sekretærer, som har en opgave med at indføre patienternes spørgeskemabesvarelser i journalen i Sundhedsplatformen. Det forenkler arbejdsgangene for klinikerne, som så lettere kan tilgå patienternes data.

” Inden jeg så mig om, så var makroen lavet, og så kørte det bare. (...) Det er en måde at gøre det nemmere for folk, at det står lige, når du åbner patienten op [i systemet].

**- Pia Munkholm, professor dr. med.
Constant Care**

Afdelingen samarbejder desuden med en ekstern IT-konsulent, der både hjælper klinikerne og patienterne, når de har problemer med systemet. Afdelingens erfaringer understreger betydningen af, at den rette IT-infrastruktur og support er til stede for at lykkes med hjemmemonitoreringen. Særligt når det er afdelingen selv, der udvikler den digitale løsning.

Afdelingernes erfaringer viser tydeligt, at arbejdet med hjemmebehandling forgrener sig ud over den enkelte afdeling og på tværs af faggrupper, når der skal tænkes i nye arbejdsgange og ny organisering. Også koordinering med andre sektorer, fx til den kommunale hjemmepleje, kan i stigende grad blive nødvendig. Det understreger betydningen af at tage eksterne samarbejdspartnere, fx IT, med tidligt i processen, så deres perspektiver kan inddrages fra start, og samarbejdet kan blive så smidigt som muligt.

Del 3

**Fem anbefalinger til
implementering og
udbredelse af mere
hjemmebehandling**

Anbefalinger til bedre implementering og opskalering af hjemmebehandling

I dette afsnit beskriver vi fem overordnede anbefalinger til bedre implementering og udbredelse af hjemmebehandling. Anbefalingerne er udviklet af CPI på baggrund af undersøgelsens indsigter fra de tre case-afdelinger.

Hver anbefaling udstikker en overordnet retning, som udfoldes igennem en række mere detaljerede underpunkter. Til underpunkterne er der desuden knyttet eksempler fra de tre case-afdelinger, som giver inspiration til konkrete måder at omsætte anbefalingen på i praksis.

Målet med anbefalingerne er at understøtte en robust og bæredygtig implementering og opskalering af hjemmebehandlingsindsatser. Anbefalingerne er målrettet aktører, som er involverede i at planlægge og implementere og/eller udbyde hjemmebehandling, fx kommuner, regioner, almen praksis, hospitalsledelser, afdelingsledelser og sundhedsprofessionelle.

De fem anbefalinger er udviklet med input fra undersøgelsens følgegruppe, som består af repræsentanter fra alle Region Hovedstadens hospitaler.

5 anbefalinger

Anbefaling #1: Udpeg frontløbere og alloker tid til at de kan spille en central rolle i implementeringen



Anbefaling #2: Tydeliggør fordelene ved hjemmebehandling for at gøre det meningsfuldt for personalet at ændre arbejdsgange



Anbefaling #3: Gør hjemmebehandling til standardbehandlingen og tilpas arbejdsgangene, så det er nemt at opskalere indsatsen



Anbefaling #4: Undersøg hvad det betyder for arbejdsgangene på hospitalet, at patienterne får behandlingen derhjemme



Anbefaling #5: Støt klinikerne i at falde til i deres nye roller og gør det trygt for dem at overlevere ansvar til patienterne

Anbefaling #1: Udpeg frontløbere og alloker tid til at de kan spille en central rolle i implementeringen

Vellykket implementering af mere hjemmebehandling kræver, at dedikerede ledere og klinikere på tværs af faggrupper går forrest i arbejdet og viser vejen for deres kolleger. Det er desuden afgørende, at de nødvendige ressourcer allokeres til at understøtte de nye rutiner og opgaver, der følger med, når hospitalsydelse flytter hjem til patienten. Også efter opstartsfasen når indsatsen er blevet udbredt til flere patienter.

- **Udpeg frontløbere på tværs af faggrupper og ledelse til at stå i spidsen for implementering og udbredelse af hjemmebehandlingsindsatsen. Det sikrer, at de nye arbejds gange er tilpasset forskellige faggrupper og giver en bredere opbakning til forandringerne.**

Eksempel fra praksis: Afdeling for Blodsygdomme sammensatte en tværfaglig gruppe med læger, sygeplejersker og ledelsesrepræsentanter, som havde et særligt ansvar for implementeringen og for at synliggøre indsatsen og motivere deres kolleger.

- **Giv frontløberne dedikeret tid til arbejdet med hjemmebehandling – både i opstartsfasen og i den daglige drift er det væsentligt, at klinikerne har tid til de nye arbejdsopgaver.**

Eksempel fra praksis: I Gastromedicinsk Ambulatorium har nøglepersonen en dag hver 3. uge

dedikeret til særlige opgaver relateret til hjemmemonitoreringen.

- **Brug ambassadører og sidemandsoplæring til at oplære flere klinikere i at håndtere hjemmebehandling.**

Eksempel fra praksis: I Afdeling for Blodsygdomme blev en gruppe erfarne sygeplejersker oplært i hjemmekemoterapi og fik ansvar for at oplære deres kolleger.

- **Brug frontløberne til at lave vejledninger og hjælpe kollegerne med at løse tekniske problemer.**

Eksempel fra praksis: SP-nøglepersonen i Psykoterapeutisk Klinik har udarbejdet enkle vejledninger til videokonsultation og hjælper kolleger med tekniske udfordringer.

Anbefaling #2: Tydeliggør fordelene ved hjemmebehandling for at gøre det meningsfuldt for personalet at ændre arbejds gange

Når det er tydeligt for klinikerne, hvad formålet og fordelene ved hjemmebehandlingsindsatserne er, bliver de mere motiverede for at omlægge rutiner og arbejds gange. Særligt skaber det mening og motivation, når hjemmebehandlingen løser konkrete lokale

udfordringer for både patienter og klinikere – og ikke blot er en afprøvning af nye teknologier. Det er derfor essentielt at sikre, at formålet og fordelene ved hjemmebehandling er tydelige for klinikerne.

- **Dokumentér patienternes oplevelser med hjemmebehandlingen tidligt i implementeringen. Det synliggør fordelene ved hjemmebehandlingen for klinikerne og giver input til udvikling af indsatsen.**

Eksempel fra praksis: Afdeling for Blodsygdomme interviewede patienter i den indledende fase af implementeringen for at give klinikerne indblik i patienternes positive erfaringer med hjemmekemoterapi. De tydelige patientfordele var en stærk drivkraft for implementeringen, fordi det bidrog positivt til klinikernes oplevelse af, at indsatsen var meningsfuld.

- **Tydeliggør som ledelse hvorfor I skal tilbyde patienterne hjemmebehandling, hvilke fordele hjemmebehandlingen har for klinikken, samt hvilke konkrete faglige problemstillinger hjemmebehandlingen skal bidrage til at løse.**

Anbefaling #3: Gør hjemmebehandling til standardbehandlingen og tilpas arbejdsgangene, så det er nemt at opskalere indsatsen

For at sikre, at hjemmebehandlingsindsatser er bæredygtige og bliver udbredt til et større antal patienter, er det vigtigt at planlægge opskaleringen tidligt i processen. Samtidig skal det være nemt for klinikerne at tilbyde patienter hjemmebehandling og vurdere, om der er nogle forhold, der forhindrer dem i at få det.

- **Afprøv hjemmebehandlingen på en udvalgt, mindre patientgruppe til at starte med, men læg en plan for opskalering tidligt i forløbet for hurtigst muligt at udbrede indsatsen til flere.**

Eksempel fra praksis: Afdeling for Blodsygdomme gik tidligt i processen fra at tilbyde hjemmekemoterapi til en mindre udvalgt patientgruppe til at give det til alle deres patienter med få undtagelser.

- **Formulér få, klare kriterier så klinikerne let kan vurdere, om en patient skal undtages fra hjemmebehandling. Vurdér hvilke kriterier, der rent faktisk er nødvendige, og hvilke der beror på antagelser.**

Eksempel fra praksis: På Gastromedicinsk Ambulatorium anvender de få faste, objektive kriterier, som gør det let at screene patienterne. Alle patienter med en bestemt diagnose får tilbudt

hjemmemonitorering, hvis de kan læse/skrive på engelsk eller dansk, har en smartphone og er motiverede.

Eksempel fra praksis: Afdeling for Blodsygdomme havde først et kriterie om, at patienten ikke måtte være alene om natten. Det gik de senere væk fra, da de fandt ud af, at det ikke var et nødvendigt krav – hvilke muliggjorde udbredelse til en større patientgruppe.

- **Udvid løbende antallet af klinikere, der kan varetage hjemmebehandlingen, så klinikerkapaciteten følges ad med udbredelsen til flere patienter. Undgå at hjemmebehandling bliver noget, som kun nogle få klinikere er trykke ved.**

Eksempel fra praksis: På Afdeling for Blodsygdomme blev en gruppe erfarne sygeplejersker oplært i hjemmekemoterapi og fik ansvar for hver især at oplære flere kolleger.

- **Tilpas arbejdsgangene, så hjemmebehandlingen bliver en del af klinikernes faste praksis.**

Eksempel fra praksis: På Psykoterapeutisk Klinik foregår første medicinsamtale som standard via video, uden at klinikerne skal foretage en vurdering eller træffe et valg.

Eksempel fra praksis: På Gastromedicinsk Ambulatorium bliver patienterne introduceret til hjemmemonitorering som et fast punkt ved tredje konsultation.

- **Gør det muligt, at patienterne kan få hjemmebehandlingen i "flere niveauer" afhængigt af deres behov. Dette gør det muligt at udbrede indsatsen til et større antal patienter.**

Eksempel fra praksis: På Afdeling for Blodsygdomme kan patienterne selv være med til at bestemme, hvor mange og hvor komplekse opgaver de har lyst til at varetage i forbindelse med deres hjemmekemoterapi. Dette gør det muligt at tilpasse behandlingen til patienternes forskellige kompetencer og behov.

Eksempel fra praksis: På Psykoterapeutisk Klinik er det muligt at omlægge nogle af videokonsultationerne til fysisk fremmøde, hvis patienten ønsker det, eller behandleren vurderer, at det er nødvendigt.

- **Inddrag de relevante samarbejdspartnere allerede tidligt i implementeringen.**

Eksempel fra praksis: I Gastromedicinsk Ambulatorium og Afdeling for Blodsygdomme er samarbejdet med apotek, laboratorie og IT-support afgørende for at lykkes optimalt med de nye arbejdsgange.

Anbefaling #4: Undersøg hvad det betyder for arbejdsgangene på hospitalet, at patienterne får behandlingen derhjemme

Når en afdeling vælger at flytte behandling hjem til patienten, har det ofte en indvirkning på eksisterende

arbejdsgange og opgaver inde på afdelingen. Derfor er det nødvendigt, at man som afdeling eller hospital forholder sig til, hvordan arbejdet i klinikken skal tilpasses den nye situation, når patienterne fx modtager behandling derhjemme, tester sig derhjemme eller møder sine behandlere via video.

➤ **Gennemgå hele patientforløbet som del af implementeringen af hjemmebehandling.**

Eksempel fra praksis: Afdeling for Blodsygdomme kortlagde hele patientforløbet og kiggede på, hvilke arbejdsgange der blev påvirket af omlægningen til hjemmekemoterapi og fik nye idéer til, hvordan indsatsen kunne udvikles og optimeres.

➤ **Vurdér hvor på hospitalet patienterne skal være tilknyttet, når de får behandlingen hjemme.**

Eksempel fra praksis: Patienterne i Afdeling for Blodsygdomme er nu tilknyttet daghospitalet, som er en dedikeret enhed med specialistkompetencer, i stedet for sengeafsnittet, hvor de tidligere hørte til, fordi behandlingen nu foregår ambulant.

➤ **Sørg for at personalet kan besvare telefonopkald fra patienter, som bliver behandlet eller tester hjemme.**

Eksempel fra praksis: Gastromedicinsk Ambulatorium har et callcenter på afdelingen, som patienter med hjemmemonitorering kan ringe til.

Eksempel fra praksis: På Afdeling for Blodsygdomme ringer patienter med hjemmekemoterapi direkte til deres sygeplejersker i daghospitalet. I aften- og nattetimerne ringer patienterne til sengeafsnittet.

➤ **Skab legitimitet omkring de nye arbejdsopgaver som er forbundet med hjemmebehandling - fx ved at synliggøre dem på afdelingen.**

Eksempel fra praksis: Afdeling for Blodsygdomme har arbejdet med at ligestille prioriteringen af kontakt til patienter, der er på sengeafsnittet og patienter, der får hjemmekemoterapi. Det betyder, at det er en lige så vigtig sygeplejerskeopgave at tale i telefon med patienter, der er hjemme, som at reagere på en klokke, der ringer på en stue. Fx kan det at sidde med en fysisk mappe med patientinstruktioner være et signal til kollegaer om, at sygeplejersken er i gang med at hjælpe en patient, som er derhjemme, og derfor ikke kan træde til på en stue.

Eksempel fra praksis: I Gastromedicinsk Ambulatorium har håndteringen af patienternes hjemmemonitoreringsdata fået navnet "webstuegang", hvilket er med til at understrege betydningen af opgaven og synliggøre den.

➤ **Skab større synergi ved at bruge samme teknologi i patientens hjem og på afdelingen.**

Eksempel fra praksis: På Afdeling for Blodsygdomme bruger sengeafsnittet samme kemopumper, som patienterne bruger derhjemme. Det gør bl.a., at sengeafsnittet kan hjælpe patienter, der ringer om aftenen og har brug for hjælp til pumpen.

➤ **Overvej om det kan styrke varetagelsen af hjemmebehandlingen, at opgaver og ansvar bliver fordelt anderledes mellem faggrupper.**

Eksempel fra praksis: Sygeplejerskerne i Gastromedicinsk Ambulatorium har fået nye beføjelser til at sætte behandling i gang, fordi det

primært er dem, der håndterer de patienter, der sender hjemmemonitoreringsdata ind.

Eksempel fra praksis: Gastromedicinsk Ambulatorium har indført fast tid hver dag, hvor sygeplejerskerne kan drøfte patienterne i hjemmemonitorering med lægerne.

- **Tag højde for at når de fleste patienter behandles hjemme, er det ofte de meget komplekse patienter, der er tilbage på sengeafsnittet.**

Eksempel fra praksis: Afdeling for Blodsygdomme italesatte de ændrede krav til klinikerne i sengeafsnittet og tog hånd om det bl.a. ved at arbejde mere i makkerpar end at være alene om patienterne.

- **Systematisér håndteringen af data fra patienternes hjemmebehandling, og gør det let for klinikerne at tilgå data i systemerne.**

Eksempel fra praksis: Sygeplejerskerne i Gastromedicinsk Ambulatorium går dagligt webstuegang, hvor de følger op på og hjælper de patienter, som har testet hjemme.

Eksempel fra praksis: I Gastromedicinsk Ambulatorium fordeler sygeplejerskerne de hjemmemonitoreringspatienter, der skal have hjælp, imellem sig, ud fra hvem der er patientens kontaktsygeplejerske.

Eksempel fra praksis: Gastromedicinsk Ambulatorium er lykkedes med at få resultatet af patientens afføringsprøve direkte ind i Sundhedsplatformen. Derudover taster sekretærerne patienternes spørgeskemasvar ind, så klinikerne let kan tilgå dem.

Anbefaling #5: Støt klinikerne i at falde til i deres nye roller og gør det trygt for dem at overlevere ansvar til patienterne

Implementeringen af hjemmebehandling indebærer nye måder at udføre sine opgaver på som kliniker. Det kan medføre et væsentligt skifte i klinikernes faglige selvforståelse - fra at være den, der behandler og plejer patienten til at være den, der i højere grad vejleder, når patienten selv tager mere ansvar for behandlingen. For at sikre at klinikerne føler sig trygge ved at sende patienterne hjem med behandlingen, er det afgørende at give plads til og imødekomme klinikernes eventuelle bekymringer og modstand.

- **Identificér hvad klinikernes eventuelle modstand består i og adressér den.**

Eksempel fra praksis: På Afdeling for Blodsygdomme var klinikerne bekymrede for at det ville få konsekvenser for patientsikkerheden, at patienterne fik behandling hjemme. Imens de afprøvede indsatsen, indsamlede ledelsen data for at vise, at det var lige så sikkert at behandle patienterne derhjemme.

- **Støt klinikerne i at overgive mere ansvar for behandlingen til patienterne og i at være mere vejledende end udførende.**

Eksempel fra praksis: Afdeling for Blodsygdomme har lavet strukturerede arbejdsgange og klare vejledninger, så den enkelte kliniker ikke selv skal

vurdere, om oplæringen og informationen til patienterne er tilstrækkelig.

Eksempel fra praksis: Afdeling for Blodsygdomme har udviklet og anvendt et spil, der præsenterer forskellige mulige scenarier relateret til hjemmebehandlingen, som klinikerne drøfter sammen og finder eventuelle løsninger på.

- **Afsæt tid på fx personalemøder til at dele bekymringer og hjælpe hinanden med at finde løsninger på mulige udfordringer.**

Eksempel fra praksis: På de ugentlige lægemøder på Psykoterapeutisk Klinik deler de udfordringer eller overvejelser med hinanden, og afdelingens frontløber kommer med svar på tekniske problemer i forbindelse med brug af videokonsultationer.

Eksempel fra praksis: Da hjemmekemoterapi overgik fra pilotprojekt til mere fast praksis, havde de på Afdeling for Blodsygdomme løbende haft drøftelser af udfordringer og potentialer ved hjemmekemoterapien bl.a. for at håndtere bekymringerne tidligt, inden de voksede sig store.

