

# Forebyggelse af indlæggelser

Oversigtsnotat om metoder, koncepter, evalueringer og effekter

Sidsel Vinge · Martin Sandberg Buch · Jakob Kjellberg · Pia Kürstein Kjellberg ·  
Susanne Reindahl Rasmussen · Marie Brandhøj Wiuff

DSI

NOTAT · PROJEKT 3511 · DECEMBER 2011

**Dansk Sundhedsinstitut**

Dampfærgevej 27-29

Postboks 2595

2100 København Ø

Tlf. +45 35 29 84 00

Fax +45 35 29 84 99

[www.dsi.dk](http://www.dsi.dk) · [dsi@dsi.dk](mailto:dsi@dsi.dk)



**Dansk Sundhedsinstitut**

De seneste år er der kommet forøget fokus på at forebygge indlæggelser, særligt af ældre medicinske patienter. Dette både som følge af den øgede kommunale medfinansiering af indlæggelser, og sundhedsaftalernes krav om at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser som led i det tværsektorielle samarbejde.

Notatet sammenfatter eksisterende viden på området med det formål at give et overblik om metoder, effekter og muligheder.

Dette notat er udarbejdet til Region Sjælland som led i det lokale arbejde med at forbedre forebyggelsen af indlæggelser i samarbejde med primærsektoren.

NOTAT / PROJEKT 3511  
ISBN 978-87-7488-695-2 (elektronisk version)

**Kontaktperson: Sidsel Vinge, 35 29 84 28, [siv@dsi.dk](mailto:siv@dsi.dk)**

Dansk Sundhedsinstitut · Dampfærgevej 27-29 · Postboks 2595 · 2100 København Ø  
Tlf. +45 35 29 84 00 · Fax +45 35 29 84 99 · [www.dsi.dk](http://www.dsi.dk) · [dsi@dsi.dk](mailto:dsi@dsi.dk)

## Indhold

<b>Indledning</b> .....	<b>5</b>
1) Hvad er en uhensigtsmæssig indlæggelse? .....	5
2) Danske undersøgelser af uhensigtsmæssige indlæggelser og forebyggelse.....	5
3) Opfølgende hjemmebesøg og forebyggelse af genindlæggelser .....	5
4) Følge-hjem ordninger og forebyggelse af genindlæggelser .....	5
5) Hverdagsrehabilitering .....	5
6) Forebyggelse af indlæggelser .....	5
<b>1) Hvad er en uhensigtsmæssig indlæggelse? .....</b>	<b>6</b>
Socialt versus somatisk betingede indlæggelser .....	7
Substitution versus forebyggelse af indlæggelser .....	8
Økonomiske argumenter mod substitution .....	8
Sundhedsfaglige argumenter mod substitution .....	8
Forebyggelse af genindlæggelser og forebyggelse af indlæggelser .....	9
<b>2) Undersøgelse af forebyggelse af indlæggelser .....</b>	<b>10</b>
Hvor mange indlæggelser er uhensigtsmæssige? .....	10
Fællestræk i anbefalinger til forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser .....	11
<b>3) Opfølgende hjemmebesøg: Forebygger det genindlæggelser? .....</b>	<b>12</b>
Rødovreprojektet (1977) .....	12
Glostrupprojektet (2007).....	12
Vestklyngen (2011) .....	13
Andre (endnu upublicerede) evalueringer af opfølgende hjemmebesøg .....	14
Konklusion: Opfølgende hjemmebesøg og forebyggelse af genindlæggelser .....	15
<b>4) Følge-hjem ordninger: Forebygger det genindlæggelser? .....</b>	<b>16</b>
Gentofte modellen .....	16
Konklusion: Følge-hjem og opfølgende hjemmebesøg – forskelle og ligheder.....	17
<b>5) Hverdagsrehabilitering: Forebygger det indlæggelser? .....</b>	<b>18</b>
Konklusion: Hverdagsrehabilitering og forebyggelse af indlæggelser .....	19
<b>6) Forebyggelse af indlæggelser: Hvordan? .....</b>	<b>20</b>
Region Hovedstaden (Hillerød-projektet): Forebyggelse af indlæggelser .....	22
Akut handling i hjemmet: Udgående hospital eller kommunalt akutteam? .....	25
Skævinge-projektet og forebyggelse af indlæggelser .....	26
Konklusion: Forebyggelse af indlæggelser.....	27
<b>Sammenfatning</b> .....	<b>28</b>
<b>Bilag 1: Undersøgelser af uhensigtsmæssige indlæggelser og forebyggelse.....</b>	<b>29</b>
1. Hvidovre Hospital (1977): Indlæggelser af sociale årsager .....	29
2. Bispebjerg Hospital (1979): Akut hjemmepleje som alternativ til causa socialis-indlæggelser ..	30
3. Rødovre Kommune (1980-83): Et randomiseret kontrolleret interventionsstudie af effekten ved opfølgende og opfølgende arbejde.....	30
4. Roskilde Amtssygehus og Roskilde Kommune (1988): Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter indlæggelse .....	31
5. Frederiksborg Amt (1992): Akutte medicinske indlæggelser og genindlæggelser i .....	32
6. Rigshospitalet (1995): Indlæggelse af causa socialis-patienter .....	33

7. Sygehuset Øresund (1995): Uhensigtsmæssige indlæggelser på medicinsk afdeling .....	34
8. Silkeborg Centralsygehus (1994): Hvorfor akut medicinsk indlæggelse? Er der et alternativ?... 35	
9. Silkeborg Centralsygehus (1994-95): Indlæggelse af gamle af sociale årsager .....	36
10. Gentofte Amtssygehus (2000): Analyse af akutte medicinske indlæggelser .....	37
11. Amager Hospital og Slagelse Centralsygehus (2003): Uhensigtsmæssige indlæggelser på medicinske afdelinger .....	38
12. Den gode medicinske afdeling (2005): "Tværsnitsundersøgelse (TVU4)" .....	38
13. Glostrup Hospital og 7 kommuner (2007): Opfølgende hjemmebesøg v. hjemmesygepleje og almen praksis .....	40
14. Gentofte Hospital og 3 kommuner (2006): Følge hjem-ordning efter hospitalsindlæggelse ...	41
15. Skagen (2006): Udgående tværsektorielt GERO-team .....	43
16. Frederiksberg Hospital (2004-): Udgående sygeplejerske fra Akut medicinsk modtageafsnit (AMA).....	44
17. Kommunalt akutteam: Helsingør Kommune (1997-) .....	45
18. Udgående Akutafdeling: Kolding Kommune (2008-2009).....	47
19. Kommunale sengepladser og akutstuer .....	48
<b>Bilag 2: Litteratur og referencer .....</b>	<b>51</b>

## Indledning

Dette notat beskriver metoder og modeller til forebyggelse af indlæggelser på baggrund af den eksisterende viden på området med det formål at formidle et overblik over feltet. Notatet indeholder fem afsnit om følgende temaer:

### 1) Hvad er en uhensigtsmæssig indlæggelse?

Indledningsvist defineres de forskellige typer af uhensigtsmæssige indlæggelser. Desuden diskuteres gråzonen mellem somatiske og socialt betingede indlæggelser og til sidst forholdet mellem forebyggelse og substitution af indlæggelser – to forskellige måder at undgå indlæggelser på. Formålet er at præcisere diskussionen om forebyggelse af indlæggelser.

### 2) Danske undersøgelser af uhensigtsmæssige indlæggelser og forebyggelse

Der har været mange projekter og initiativer om uhensigtsmæssige indlæggelser – både for at undersøge problemstillingen og for at forebygge. Kun få har ført til systematisk evaluering og dokumentation. Derfor er der begrænset viden om, hvilke interventioner der virker. DSI har udvalgt **19 eksempler fra 1977 til i dag** om uhensigtsmæssige indlæggelser og forebyggelse – de fleste systematisk evalueret. I bilag 1 findes en mere detaljeret gennemgang af disse.

### 3) Opfølgende hjemmebesøg og forebyggelse af genindlæggelser

Der har været en stor interesse for opfølgende hjemmebesøg til ældre efter indlæggelse, der udspringer af et forsøg i **Rødovre Kommune**. Et studie fra **Glostrup** viste god effekt af en lignende ordning, og siden har konceptet spredt sig. Afsnittet viser resultaterne fra Rødovre og Glostrup samt fem kommuner i **Vestjylland** og **foreløbige resultater fra andre kommuner**.

### 4) Følge-hjem ordninger og forebyggelse af genindlæggelser

En anden model til forbedret sektorovergang og forebyggelse af genindlæggelser er følge-hjem ordninger, hvor udgående hospitalspersonale følger patienten hjem og/eller følger op på udskrivelsen. Afsnittet er primært baseret på et randomiseret effektstudie fra **Gentofte Hospital**.

### 5) Hverdagsrehabilitering

Et andet koncept, som har stor opmærksomhed, er hverdagsrehabilitering. Konceptet er baseret på tanken om *hjælp til selvhjælp*, men har ikke været implementeret og evalueret som samlet paradigme, før **Fredericia Kommune** startede projekt "Længst muligt i eget liv" i 2007. Siden har mange kommuner iværksat lignende tiltag. Mange har dog begrænset slægtskab med Fredericia-modellen, hvor der er dokumentation for resultaterne. Afsnittet præsenterer erfaringerne fra Fredericia og diskuterer konceptets potentiale i relation til forebyggelse af indlæggelser.

### 6) Forebyggelse af indlæggelser

Dette afsnit beskriver forskellige interventioner og undersøgelser om forebyggelige indlæggelser. Det er baseret på (1) en **interviewundersøgelse** blandt sundhedsfaglige i begge sektorer om forebyggelse af indlæggelser, (2) et projekt på **Hillerød Hospital og 5 kommuner** om forebyggelige indlæggelser og test af interventioner, (3) erfaringer fra **Frederiksberg Hospitals Udgående AMA og Helsingør og Kolding Kommuner** udgående Akutfunktioner samt (4) et ældre studie fra **Skævinge Kommune**, der viste stor effekt på sygehusforbrug.

## 1) Hvad er en uhensigtsmæssig indlæggelse?

Sundhedsaftalerne stiller krav om samarbejde om forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser. Begrebet "uhensigtsmæssige indlæggelser" dækker over en række forskellige problemstillinger. Derfor er det vigtigt at skelne mere præcist mellem typer af uhensigtsmæssige indlæggelser. En gennemgang af litteraturen på området peger på, at det drejer sig om indlæggelser,

- der kunne have været **forebygget**, hvis problemstillingen havde været **opsporet** tidligere, og der havde været **handlet** virkningsfuldt.
- der kun er nødvendige, fordi der **mangler kommunale alternativer til indlæggelse** i form af mere akut og intensiv hjælp i hjemme eller i andet kommunalt regi.
- der kun er nødvendige, fordi der **mangler regionale alternativer til indlæggelse** i form af fx (sub)akutte ambulante muligheder for udredning / behandling.
- der sker som følge af, at **henviser ikke er opmærksom på, at der findes relevante alternativer** uden for hospitalsregi, eller hvis de eksisterende tilbud er fuldt belagte.
- der sker som følge af **usikkerhed hos plejepersonalet** i primærsektoren eller som følge af **hensynet til pårørende**, eller fordi **indlæggende læge er usikker** på, om patienten kan håndteres forsvarligt i primærsektoren.
- hvor færdigbehandlede patienter forbliver indlagt i kortere eller længere tid, som følge af **ventetid på kommunale tilbud/plejehjem**.

For at nedbringe antallet af indlæggelser, er det derfor væsentligt at analysere "uhensigtsmæssigheden", idet løsningerne på de forskellige udfordringer er ganske forskellige.

For at kunne præcisere diskussionen skelnes i dette notat grundlæggende set mellem tre typer af uhensigtsmæssige indlæggelser: *forebyggelige, forkerte og forlængede indlæggelser*. Disse defineres kort, hvorefter de diskuteres efter tur:

1. **Forkerte indlæggelser:** Indlæggelser betinget af ikke-somatiske årsager, fx sociale og/eller plejemæssige årsager. Her er tale om *borgere uden et medicinsk begrundet behov for udredning eller behandling*. Litteraturen såvel som interviewstudier peger på, at forkerte indlæggelser betinget af ikke-somatiske indlæggelser generelt er på retur, men ikke udryddet. Imidlertid er grænsefladen mellem socialt og somatisk betingede indlæggelser ikke klokkeklar, men snarere en gråzone, som det beskrives i det følgende.
2. **Forlængede indlæggelser:** Indlæggelser som ikke længere er somatisk begrundede, fordi borgeren ikke kan udskrives. Der er både tale om *patienter, der venter* i længere tid på fx plejehjem, og patienter som venter ét eller ganske få døgn, fordi det ikke i praksis er muligt for hospitalet at udskrive, idet kommunen ikke kan modtage med så kort frist. Forlængede indlæggelser er derfor primært et spørgsmål om hhv. kommunal kapacitet og lokalt tværsektorielt samarbejde omkring udskrivelser. Dette tema behandles ikke yderligere i dette notat, da det ikke i snæver forstand handler om forebyggelse, om end det handler om at reducere antallet af indlæggelsesdøgn.
3. **Forebyggelige indlæggelser:** Indlæggelser som det er muligt at forebygge ved at ændre eller forbedre indsatsen i en eller begge sektorer. Langt hovedparten af studierne og interventionerne er målrettet mod *forebyggelige indlæggelser*, hvorfor dette er hovedtemaet i dette notat.

## Socialt versus somatisk betingede indlæggelser

Diagnosen *causa socialis* blev afskaffet som indlæggelsesdiagnose med den nye version af DRG (ICD-10) i 1994, men er ikke forsvundet fra det somatiske sundhedsvæsen i praksis. En gennemgang af samtlige indlagte på en medicinsk akutmodtagelse i oktober 2006 viste, at 5 ud af 129 faktisk havde "causa socialis" som indlæggelsesårsag. Andre patienter var indlagte af årsager som fx "faldende almentilstand", der ikke i sig selv er en indlæggelseskrævende diagnose, eller "fald i hjemmet" (uden obs. fraktur). Klinikerne i DSIs interviewundersøgelse (Vinge & Buch 2007) peger entydigt på, at socialt betingede indlæggelser er på retur.

Det er dog ifølge flere klinikere ikke muligt at trække en klar skillelinje mellem somatiske og socialt betingede indlæggelser. Et eksempel er diagnosen *dehydratio* (dehydrering), som stort set alle klinikerne nævnte i forbindelse med uhensigtsmæssige indlæggelser. En ledende overlæge udlægger gråzonen således:

*"I virkeligheden tror jeg, at mange af de patienter, der indlægges med dehydrering, slet ikke er det. Selvfølgelig får mange ældre mennesker væskemangel, og de drikker generelt for lidt, men det er ikke ensbetydende med, at de er dehydrerede i det omfang, man tror, når de kommer ind. Og om en dehydrering overhovedet er en årsag til, at man skal forblive indlagt, kan man godt stille spørgsmålstegn ved. Det bør ikke være en indlæggelsesdiagnose. Diagnosen er noget, man bruger til at lukke systemer op og sørge for, at patienten kan komme på hospitalet." (Ledende internmedicinsk overlæge, T. Gjørup (i Vinge & Buch 2007))*

Overlægen peger på, at nogle diagnoser fungerer som "nøgler, der kan lukke systemer op og sørge for, at patienten kommer på hospitalet". Denne udlægning berører gråzonen mellem somatiske og sociale indlæggelser, og det er væsentligt at være opmærksom på, hvordan den fungerer, hvis man ønsker at lave effektiv forebyggelse af indlæggelser. Dehydrering er langt fra det eneste eksempel, og andre klinikere nævner andre 'diagnoser'. Uspecificeret 'fald i hjemmet' er en anden 'diagnose', der nogle steder anvendes som indlæggelsesårsag på akutmedicinske afdelinger. Et fald, som synligt har forårsaget skader og sår eller mistanke om frakturer, håndteres i vidt omfang på skadestuerne. Der findes også andre muligheder for såkaldt "faldudredning", hvor man i sekundær- og/eller primærsektoren søger at afdække de bagvedliggende årsager til fald blandt ældre for derved at forebygge yderligere fald. Men 'fald i hjemmet' er ikke i sig selv og uden yderligere mistanker en akut medicinsk indlæggelsesdiagnose.

Således peger flere klinikere på, at *causa socialis* i varierende omfang har fundet andre lokale navne, der fungerer som nøgler, der kan lukke sygehusets døre op. Mange somatiske diagnoser kan indeholde store sociale elementer, og det vil som oftest variere lokalt, både mht. omfanget og mht. hvad navnene er lokalt. Denne dynamik er væsentlig i relation til forebyggelse af indlæggelser. Ønsker man at nedbringe indlæggelser pga. fx dehydrering, og gør man det med en ensidig somatisk forståelse af problemstillingen, så risikerer man at flytte de dehydreringer, som reelt var mere eller mindre socialt betingede indlæggelser, til andre 'diagnoser', der kan lukke systemets døre op. Bliver man svimmel af sin dehydrering, så bliver det måske konfusion, fald eller efterfølgende commotio.

## Substitution versus forebyggelse af indlæggelser

Indlæggelser kan grundlæggende set undgås på to måder:

- 1) Ved at **forebygge** at nogle af de tilstande, der gør patienter indlæggelseskrævende, opstår
- 2) Ved at opbygge forskellige typer af tilbud, der kan fungere som alternativer til akut indlæggelse, og således er der tale om **substitution**.

Der har været fremført forskellige argumenter i denne diskussion, som her sammenfattes kort:

### Økonomiske argumenter mod substitution

Flere økonomer har forholdt sig kritisk til, hvorvidt det kunne betale sig for kommunerne at opbygge substituerende tilbud til indlæggelser – ud fra en økonomisk betragtning (Møller Pedersen 2005a; Møller Pedersen 2005b). Det økonomiske spørgsmål om substitution er: Findes der, eller kan der udvikles, kommunale alternativer til regionale sundhedsydelser af mindst samme sundhedsmæssige standard? Svaret er alt overvejende et 'nej', blandt andet fordi forskningen på dette område har været ganske begrænset, og der kan derfor ikke findes noget historisk eller forskningsmæssigt fundament for hypotesen om substitution. Møller Pedersen nævner eksempler på interventioner, som muligvis har en sundhedsmæssig effekt, men hvor omkostningerne ved forebyggelse langt overstiger omkostningerne ved behandling (herunder indlæggelse). På baggrund af litteratur og interviewstudier i DSI er der heller ikke fundet belæg for substitution som strategi<sup>1</sup>. Derfor advarer økonomer kommunerne mod at tro, at de kan nedbringe antallet af indlæggelser ved at substituere indlæggelser for andre typer af ydelser. Imidlertid arbejder hospitalerne generelt på at konvertere akutte indlæggelser til (sub)akut ambulant aktivitet. Det er dog ikke et kommunalt anliggende, og der forebygges ikke på denne måde.

### Sundhedsfaglige argumenter mod substitution

Fra sundhedsfaglig side har argumenterne imod kommunal substitution af indlæggelser for andre tilbud handlet om, at primærsektoren mangler den specialiserede lægelige ekspertise, der skal til for at afdække behandlingsbehovet bag ældres ofte uspecifikke symptomer. Endvidere at princippet om lægelig visitation og supervision af behandlingen undergraves, hvis kommunerne opbygger sengepladser, hvor der ikke er det samme lægelige kompetenceniveau som på et hospital.

Klinikerne har været bekymrede for, at der vil blive et A- og et B-hold, hvor A'erne får hospitalsbehandling og pleje, mens B-holdet af primært ældre patienter ikke får samme muligheder for at blive udredt af specialister med diverse parakliniske undersøgelser til deres rådighed, og i stedet få det der betegnes som "sekundæbehandling" på fx et sundhedscenter eller i andet kommunalt regi. Argumenterne handler således også om lighed i sundhed: Har ældre i hjemmeplejen samme ret til udredning på hospital som andre borgere? Argumentet er, at det bør være lige så let for en svækket ældre som for en 50-60årig at blive udredt i sekundærsektoren.

Der er således både økonomiske og faglige grunde til at være meget varsomme med at satse på substitution – men i stedet forsøge at sætte tidligere ind, så indlæggelser kan forebygges, *inden* borgeren udvikler sig til en patient, der er så syg, at vedkommende er indlæggelseskrævende.

---

<sup>1</sup> Se evt. (Rasmussen et al 2003) for undersøgelse af muligheden af at substituere akutte indlæggelser med indlæggelser på sundhedscentre – konklusionen er, at potentialet for denne type substitution er lille.



## Forebyggelse af genindlæggelser og forebyggelse af indlæggelser

Litteraturen peger på to typer af interventioner i relation til forebyggelse af indlæggelser:

- **Forebyggelse af genindlæggelser:** Her er tale om en målrettet, systematisk indsats i relation til forebyggelse af *genindlæggelser* bestående i *opfølgning* efter indlæggelse, hvor aktører i primærsektoren inddrages i en systematisk og koordineret opfølgning (herunder specielt hjemmesygeplejen og almen praksis). Interventioner rettet mod forebyggelse af *genindlæggelser* behandles nærmere i afsnit 3.
- **Forebyggelse af indlæggelser:** Her er der overordnet set tale om to led i en samlet proces: Tidlig *opsporing* af symptomer via hjemmeplejens medarbejdere og *handling* på basis af opsporingen via sundhedsfaglige medarbejdere der kan forebygge, at symptomerne udvikler sig til en indlæggelseskrævende tilstand. Her inddrages fx hjemmesygepleje, almen praksis, relevante hospitalsfunktioner samt andre kommunale aktører såsom terapeuter, diætister, forebyggende hjemmebesøg og hjemmehjælpere. Interventioner rettet mod forebyggelse af indlæggelser behandles særligt i afsnit 5.

Det kan være nyttigt at skelne mellem disse to former for forebyggelse af indlæggelser, fordi der til dels er behov for forskellige typer af interventioner, som involverer forskellige typer af aktører. Forebyggelse af genindlæggelse kan i sagen natur målrettes en bestemt risikogruppe – nemlig tidligere indlagte – og forebyggelsen leveres på opfølgende hjemmebesøg, i form af fx optimering af medicinsk behandling, nye hjælpemidler, ny hjælp i hjemmet, træning mv. Forebyggelse af (primær)indlæggelser kan ikke på helt samme måde målrettes og involverer derfor en bredere og mere løbende systematisk opsporingsindsats i hverdagen.

De to former for forebyggelse supplerer hinanden og er ikke modstridende. I afsnit 5 beskrives fx et projekt med 11 interventioner i et samarbejde mellem Hillerød og Frederikssund Hospitaler og 5 kommuner, som arbejder med både at forebygge genindlæggelser og (primær)indlæggelser.

## 2) Undersøgelse af forebyggelse af indlæggelser

DSI har i 2007 foretaget en kortlægning af danske studier om uhensigtsmæssige og/eller forebyggelige indlæggelser. Størstedelen af undersøgelserne fokuserer på indlæggelser af sociale årsager samt genindlæggelser. Nogle har et rent kortlæggende sigte, andre evaluerer forskellige interventioner. De valgte undersøgelser giver en sammenhængende og dækkende beskrivelse af den eksisterende viden om uhensigtsmæssige indlæggelser. I bilag 1 er de beskrevet individuelt. Dette afsnit beskriver centrale fællestræk i disse undersøgelser.

### Hvor mange indlæggelser er uhensigtsmæssige?

Flere af undersøgelserne forsøger at definere og kortlægge andelen af uhensigtsmæssige indlæggelser, som anslås at svinge mellem 5-33 %. At undersøgelserne når frem til så forskellige resultater, kan tilskrives en række forskellige forhold:

- undersøgelserne anvender *forskellige definitioner* af, hvad der udgør en (u)hensigtsmæssig indlæggelse,
- det er forskelligt, *hvornår i patientforløbet* det indlæggende og modtagende personales vurdering af indlæggelsen indhentes,
- vurderingen af indlæggelsens hensigtsmæssighed påvirkes af, *hvilken faggruppe der vurderer*, og hvilken jobfunktion den enkelte fagperson har,
- der er en stor *tidsmæssig og geografisk forskydning* imellem undersøgelsesernes udførelse,
- der er lokale forskelle imellem de enkelte afdelingers organisering, optageområder og arbejdsforhold, som giver mulighed for *udsving i indlæggelsesmønstret*.

Forskellene i design, definitioner, formål og kontekst til trods peger alle undersøgelser imidlertid på, at en ikke uvæsentlig del af de medicinske indlæggelser er uhensigtsmæssige – om end af forskellige årsager – og at disse ofte er koncentreret omkring svage ældre med andre typer af plejemæssige og sociale problemstillinger.

Lokalt kan problemstillinger og potentialet for forebyggelse kortlægges på andre måder. I Frederiksberg Kommune foretog det udgående hospital fra akutmodtagelsen en opgørelse over samtlige indlæggelser i en 14-dages periode, gennemgik dem systematisk og udvalgte fire diagnoser, som de ikke gav prædikatet "uhensigtsmæssige", men i stedet "forebyggelige", nemlig dehydratio, urinvejsinfektion, 'fald i hjemmet' og *causa socialis*<sup>2</sup>. Hermed var man ude over diskussionen om indlæggelsesberettigelse og hensigtsmæssighed og fokuserede i stedet på, hvad der skulle til i praksis for at forebygge dem. En sådan kortlægning kan være en nem og mindre ressourcekrævende måde at få et overblik over indlæggelsesmønstre og tjener først og fremmest som et godt udgangspunkt for en tværsektoriel debat om mulige indsatsområder. Men det er ikke nogen valid metode til at afgøre indlæggelsesberettigelse.

Og i Region Hovedstaden har et projekt på Hillerød Hospital brugt grundig journalaudit med 5-10 sundhedspersoner på hvert af i alt 80 forløb som grundlag for at vurdere såvel forebyggelsespotentialet, som hvad der skal til for at kunne forebygge (projektet beskrives i afsnit 5).

Imidlertid er det væsentligt, at problemet kortlægges lokalt, og at der skabes en fælles problemforståelse som udgangspunkt for udvikling af interventioner og forebyggelsespotentialet.

---

<sup>2</sup> Hverken *causa socialis* eller fald i hjemmet er egentlige diagnoser. Ikke desto mindre var det hyppige årsager til indlæggelse.

## Fællestræk i anbefalinger til forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser

De gennemgåede undersøgelser har haft meget forskellige formål, og når derfor også til forskellige typer af anbefalinger. Imidlertid er der klare fællestræk i deres anbefalinger i relation til forebyggelse af indlæggelser:

- Det mest markante er efterlysningen af *flere alternativer til indlæggelse*, herunder specielt *mere akutberedskab, akutforpligtelse og aflastningspladser* i primærsektoren (se fx undersøgelserne 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9 i bilag 1).
- Flere peger også på behovet for *bedre samarbejde og mere koordination mellem sektorerne* – både i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse (se fx 2, 6, 8, 9 i bilag 1).
- Et sidste tema, som til dels ligger i forlængelse af det forrige, er anbefalingen af *mere opfølgende og opsøgende arbejde* (fx 3 og 4 i bilag 1).
- Der er desuden en tendens til, at undersøgelserne sidst i perioden bliver mere fokuserede på muligheden for at *konvertere akut stationær aktivitet til (evt. subakut) ambulansaktivitet*, for derved at undgå akutte indlæggelser (se fx 5, 7 og 10 i bilag 1).

Litteraturen, som giver disse anbefalinger om forebyggelse af indlæggelser, er i alt overvejende grad studier, der er fagligt forankret i sekundærsektoren og i enkelte tilfælde i almen praksis. Der er givet flere årsager til denne skævhed. For det første har kommunerne ikke haft noget økonomisk incitament til at forebygge indlæggelser før strukturreformen og derfor heller ikke undersøgt problemet systematisk. For det andet er der meget forskellige faglige traditioner i primær- og sekundærsektoren for, hvordan der evalueres, undersøges og dokumenteres. Når 30 års litteratur viser en mangel på valide studier eller undersøgelser fra kommunalt hold, der dokumenterer sundhedsmæssige problemer, uhensigtsmæssige indlæggelser eller effekter af tiltag, så skyldes det en helt anden tradition, end den der er i sekundærsektoren for sundhedsfaglige forskning, dokumentation af effekter og systematisk evaluering. Primærsektoren har ikke tradition for at arbejde med dokumentation af effekt på sundhed. Det betyder dog ikke, at der ikke laves gode interventioner eller foretages evalueringer i primærsektoren, men disse har i langt højere grad karakter af samarbejdspartner-, bruger- eller borgertilfredshedsundersøgelser (sådanne har til gengæld været relativt dårligere repræsenteret i sekundærsektoren). Disse forskelle i incitament og traditioner forklarer, at litteraturen i altovervejende grad er funderet i sekundærsektoren – om end der indgår kommunalt samarbejde i flere af interventionerne.

### 3) Opfølgende hjemmebesøg: Forebygger det genindlæggelser?

Der har været gennemført flere danske studier af forskellige former for opfølgende hjemmebesøg efter indlæggelse med det formål at forebygge genindlæggelser. Her gennemgås dokumentationen fra fire studier, som alle handler om den samme grundlæggende model, baseret på et samarbejde mellem almen praksis og hjemmesygeplejen. De enkelte modeller og deres resultater beskrives nærmere herunder. Da evalueringerne er lavet på ret forskellige måder, skal det understreges, at en direkte sammenligning mellem de forskellige interventioners effekter – herunder de økonomiske – *ikke* er tilsigtet.

#### Rødovreprojektet (1977)

Rødovreundersøgelsen<sup>3</sup> undersøgte i et kontrolleret randomiseret studie effekten af en intervention, der bestod i systematiske opfølgende og opsøgende hjemmebesøg.

**Modellen** bestod i, at de ældre modtog en opsøgende og forebyggende samtale hver tredje måned i en treårig periode. Samtalerne blev foretaget af en læge og to hjemmesygeplejersker, som blev ansat i projektperioden.

**Målgruppen** var +75-årige borgere.

**Effekten** af interventionen over den treårige interventionsperiode var i korte træk:

- Interventionsgruppen havde signifikant lavere forbrug af sengedage.
- Interventionen mindskede plejehjemsforbruget – men ikke signifikant.
- Der var signifikant lavere dødelighed i interventionsgruppen.
- Der var ingen signifikant forskel i brug af egen læge, men der registreredes færre lægevagttilkald fra interventionsgruppen.
- Samtalerne resulterede i en øget tildeling af hjælpemidler og boligændringer og signifikant flere hjemmehjælpsydelser end til kontrolgruppen.
- Udgifterne til interventionen beløb sig til 2,5 millioner (løn, hjemmehjælp og hjælpemidler), mens besparelserne beløb sig til 5 millioner (reducerede sengedage, vagtlægebesøg og plejehjemspladser). Der var således en samlet besparelse på 2,5 mio. kr. (fordelt på 285 personer i interventionsgruppen giver det en besparelse på ca. 8700 kr./person i interventionsgruppen).

Det **anbefales**, at der anvendes fast personale med stort kendskab til social- og sundhedssektoren samt engagement og forståelse for ældre menneskers situation, der kan koordinere de tværfaglige aktiviteter og være til rådighed hver dag.

#### Glostrupprojektet (2007)

Glostrupprojektet<sup>4</sup> handler om opfølgende hjemmebesøg efter indlæggelse målrettet mod forebyggelse af genindlæggelser. Interventionen er gennemført som et kontrolleret randomiseret studie i et samarbejde mellem Glostrup Hospital, syv af hospitalets optagekommuner og 63 % af de praktiserende læger i området (Jacobsen, HN m.fl., 2007).

---

<sup>3</sup> Se case nr. 3 (s.16) i bilag 1, for en mere udførlig beskrivelse af Rødovreprojektet.

<sup>4</sup> Se case nr. 13 (s.26) i bilag 1, for en mere udførlig beskrivelse af Glostrupprojektet.

**Modellen** består i en tidlig og tæt opfølgning efter udskrivelse foretaget af praktiserende læge og hjemmesygeplejerske. Her modereres Rødovremodellen ved at sprede interventionen ud på flere aktører ved at anvende egen læge og hjemmesygeplejerske. I modellen indgår op til 3 besøg, det første en uge efter udskrivning hvor både egen læge og hjemmesygeplejerske deltager. Opfølgning efter hhv. 3 og 8 uger sker efter behov.

**Målgruppen** var ældre over 78 år, med minimum to dages medicinsk eller geriatrisk hospitalsindlæggelse.

**Effekten** af interventionen var i korte hovedtræk:

- Interventionsgruppens havde et signifikant lavere forbrug af sygehusydelser.
- Interventionsgruppens udgifter til medicin og sundhedsforanstaltninger i primærsektoren blev forøget.
- Interventionsgruppen havde et lille merforbrug af hjemmesygeplejeydelser.
- Interventionsgruppen har en nettobesparelse på ca. 5.000 kr. pr. borger i den periode, der lå ½ år efter starten af den opfølgende indsats.

### Vestklyngen (2011)

Siden evalueringen af projektet i Glostrup har der være diskussioner, om det i praksis var muligt for at genskabe resultaterne fra Glostrup, ligesom der var behov for også at belyse de kommunale hjemmeplejeomkostninger, hvilket Glostrupprojektet ikke formåede. KL finansierede i den forbindelse en række evalueringer at implementeringen af Glostrupprojektet andre steder i landet. Den første evaluering er baseret på erfaringerne i Vestklyngen, som består af seks kommuner (Herning, Holstebro, Ringkøbing-Skjern, Lemvig, Ikast-Brande og Struer) (Oxholm og Kjellberg, 2011). Kommunerne i Vestklyngen implementerede en ensartet variant af Glostrup i perioden 15. januar 2009 til 28. februar 2010, hvorfor evalueringen blev gennemført for Vestklyngen som samlet enhed.

**Modellen** i Vestklyngen adskiller sig fra projektet i Glostrup ved, at det var den udskrivende sygeplejerske, der afklarede, om patienten tilhørte **målgruppen**, og at sygeplejersken kunne tage kontakt til kommunen, som kunne bistå med information om patienten. Hvor Glostrupprojektet havde meget strenge retningslinjer for inklusionskriterierne, så kombinerede man i Vestklyngen de objektive kriterier fra Glostrup-projektet med en række subjektive sundhedsfaglige vurderinger på baggrund af nogle fleksible kriterier baseret på fx sociale forhold, helbredsmaessige forhold og sociale kriterier.

De objektive kriterier for patienter i Vestklyngen fulgte i store træk dem fra Glostrupundersøgelsen, men i Vestklyngen blev patienter inkluderet uafhængig af indlæggelseslængde, demens og sprogproblemer. I Glostrupundersøgelsen blev patienter, der var demente, havde sprogproblemer eller kun var indlagt i mindre end to dage, ekskluderet.

**Effekter:** Vestklyngen blev evalueret som et *intention to treat*-studie, hvilket betyder, at effekterne opgøres i forhold til de patienter, der bliver *tilbudt* interventionen, men effekterne i Glostrup baserede sig på dem, der *modtog* besøget. Da der er flere patienter, der tilbydes en intervention, end patienter som takker ja og faktisk modtager ydelserne, vil effekterne – alt andet lige – være mindre i en *intention to treat*-evaluering som den i Vestklyngen end den i Glostrupprojektet. Derfor kan reduktioner i indlæggelsesmønstre heller ikke direkte sammenlignes. Men

baseret på et *intention to treat*-studie og justeringen for *difference in difference*<sup>5</sup> er resultaterne i Vestklyngen:

- Borgere, som har fået tilbudt (men ikke nødvendigvis modtaget) et opfølgende hjemmebesøg, bliver i gennemsnit indlagt 11 % mindre i det følgende halve år efter. Effekten var ikke signifikant, men grupperne var også relativt små.
- Over en halvårlig periode blev der fundet en kommunaløkonomisk besparelse på 12.391 kr. pr. borger. De kommunaløkonomiske besparelser var statistisk signifikante.
- Øvrige besparelser – fx til hospitalsomkostninger – gik ca. lige op med interventionsomkostningerne mv.

Vestklyngens resultater adskiller sig således markant fra resultaterne i Glostrup-projektet, idet besparelserne ikke skyldes et reduceret sygehusforbrug, men i stedet en kommunaløkonomisk besparelse fordi borgerne i interventionen får et signifikant lavere forbrug af kommunale ydelser. Dog genfindes den lavere indlæggelsestendens, og tager man udgangspunkt i middelværdien, hvor betydning af enkeltpersoners ekstremt høje forbrug reduceres, så er hospitalsbesparelserne mere sammenlignelige med projektet i Glostrup.

### Andre (endnu upublicerede) evalueringer af opfølgende hjemmebesøg

Ud over projektet i Vestklyngen gennemføres pt. tilsvarende evalueringsaktiviteter i København, Aalborg, Fredericia og Faxe. Modellerne adskiller sig ikke væsentligt fra modellen i Vestklyngen, men resultaterne ligger endnu ikke klar. De første tendenser viser dog, at i én evalueringenhed findes markant *højere* kommunaløkonomiske omkostninger og *flere* hospitalsindlæggelser i inklusionsgruppen, der har modtaget det opfølgende hjemmebesøg. Evalueringen giver ikke et klart svar på, hvorfor dette gør sig gældende, men noget tyder på, at den organisatoriske kontekst, som projektet gennemføres i, kan have ganske stor betydning for effekterne. Glostrup-projektet havde fx et klart hospitalsperspektiv, hvorfor fokus på indlæggelser måske var mere present end fx i Vestklyngen, hvor ejerskabet til projektet primært var i kommunerne, hvorfor kommunens hjemmepleje måske i højere grad har præget implementeringen. Da evalueringerne er rent registerbaserede, vil de fremtidige evalueringer ikke kunne give noget egentligt svar på, hvorfor variationerne i resultaterne er så relativt store, men det er vigtigt at holde sig for øje, at effekten af de opfølgende hjemmebesøg er relativt følsom i forhold til de mål, der ledelsesmæssigt opstilles i forbindelse med besøgende og i forhold til den konkrete organisatoriske implementering.

---

<sup>5</sup> *Teknisk note om beregningerne:* Selv om projektet i Vestklyngen var anlagt med en driftssituation for øje, så skete der i projektet en evaluering baseret på en randomisering af de patienter, der opfyldte inklusionskriterierne. Randomiseringen blev foretaget af kommunerne i forsøget. Meget tyder dog på, at randomiseringen i praksis ikke blev opretholdt. Interventionsgruppen og kontrolgruppen var sammenlignelige på alle parametre ved inklusion i studiet, altså på tidspunktet for lodtrækningen mellem grupperne der skulle hhv. tilbydes eller ikke tilbydes et opfølgende hjemmebesøg med undtagelsen af forbrug af kommunale ydelser i perioden 7-21 dage før indlæggelsen. I udgangspunktet var forbruget af kommunale hjemmeplejeydelser fx 68 % højere i denne før-periode for interventionsgruppen. Denne forskel blev reduceret til 12 % i efter-perioden. Derfor blev der gennemført en analyse, der justerede for denne forskel (en såkaldt "difference in difference analyse"). Disse resultater er altså ikke resultat af, hvad der blev observeret i perioden mellem de to grupper, men baseret på en statistisk bearbejdning af data, hvor der justeres for, at forbruget i kontrolgruppen er kunstigt lavt ved baseline.

## **Konklusion: Opfølgende hjemmebesøg og forebyggelse af genindlæggelser**

De forskellige evalueringer af forebyggende hjemmebesøg viser, at metoden har et stort potentiale for at kunne forebygge indlæggelser og nedbringe forbruget af kommunale ydelser. Men det er væsentligt at forstå, at der ikke er tale om en ensartet ”pille”, som et biologisk system responderer på, men i stedet om et forsøg på at ændre adfærd hos sundhedsfaglige aktører i flere forskellige løst koblede organisatoriske systemer. Resultater kan ikke på nogen måde overføres automatisk. Effekten er i høj grad afhængig af det indhold, som de sundhedsfaglige rent faktisk fylder i de opfølgende hjemmebesøg: Hvad lægger de vægt på? Hvordan arbejder de sammen? Og ikke mindst: Hvad er deres eget engagement i projektet? Alle disse faktorer er helt centrale for at opnå effekterne.

Det betyder kort sagt, at opfølgende hjemmebesøgs potentiale til at forebygge indlæggelser afhænger af kvaliteten af den ledelse og implementering, der finder sted lokalt – herunder evnen til at motivere medarbejderne i alle sektorer og sikre at målgruppen såvel som indholdet bliver meningsfuldt for patienter og sundhedsfaglige.

## 4) Følge-hjem ordninger: Forebygger det genindlæggelser?

En anden model til opfølgning efter indlæggelse, med bl.a. det formål at forebygge genindlæggelser, er følge-hjem-ordninger i hospitalsregi. Særligt på det geriatriske område ses eksempler på følge-hjem-ordninger, fx i Gentofte (Rønholt Hansen 2007), Århus og Ålborg (Boilesen 2007), men der findes også lignende ordninger fra andre medicinske og kirurgiske afdelinger ofte med fokus på særlige patientgrupper, fx (svage) ældre med store frakturer eller KOL-patienter.

Der er variation mellem de konkrete lokale modeller, men generelt består følge-hjem-ordningerne i, at hospitalets medarbejdere – ofte et bestemt udgående team – følger de udvalgte patienter helt hjem og i varierende grad følger op på patienterne efter udskrivelsen med det formål at sikre en optimal overgang til hjemmet, herunder medicinoptimering og tiltag der kan forebygge genindlæggelser og mindske dødeligheden (bl.a. på patienter med hoftenære fakturer). Nogle af modellerne foregår i samarbejde med den kommunale sektor.

Der er lavet flere opgørelser over aktiviteten og borgertilfredsheden. Men det har ikke været muligt at finde andre randomiserede effektevalueringer end en upubliceret rapport fra Gentofte<sup>6</sup> (Rønholt Hansen 2007), hvis resultater beskrives kort herunder, og hvor omkostningseffektiviteten ikke er vurderet.

### Gentofte modellen

Gentofte Hospital (medicinsk afdeling C og geriatrisk funktion) har i samarbejde med 3 kommuner udført et kontrolleret randomiseret studie om konsekvenserne af en følge-hjem-ordning.

**Målgruppen** er medicinske patienter over 80 år.

**Modellen** er baseret på et 'følge-hjem-team' (bestående af en læge, en sygeplejerske, en fysioterapeut, en ergoterapeut og en sekretær på hospitalet samt en ergoterapeut eller en sygeplejerske fra de tre kommuner). Selve interventionen bestod i, at medicinskema, epikrise, recepter og doseringsæsker blev gennemgået for patienterne ved udskrivelsen. På udskrivelsesdagen blev patienterne fulgt hjem fra hospitalet af en eller to fra teamet, og i hjemmet blev medicin, fysiske funktioner, hjælpemidler samt behov for supplerende sociale ydelser gennemgået med patienten. Ved behov for tiltag blev relevant personale i primærsektoren kontaktet.

I dagene umiddelbart efter udskrivelsen var der ved behov mulighed for at aflægge yderligere opfølgende besøg hos patienten med det formål at foretage yderligere gennemgang af medicin, instruktion i hjælpemidler, i øvelsesprogram eller kortvarig træning i hjemme.

**Effekterne** 12 uger efter udskrivelsen var:

- Patienterne i interventionsgruppen havde en signifikant lavere risiko for genindlæggelse (26 % i interventionsgruppen genindlægges, mod 36 % i kontrolgruppen).
- Patienterne i interventionsgruppen genindlægges i længere tid end dem i kontrolgruppen (16,2 dage mod 14,2 i kontrolgruppen), men da færre genindlægges i interventionsgruppen, anvendes færre sengedage på genindlæggelser (1.119 mod 1.480 i kontrolgruppen).
- Der er ikke signifikant forskel mellem patienterne i de to grupper mht. tildeling af sociale ydelser (hjemmehjælp, hjemmesygepleje og hjælpemidler), fysisk funktionsniveau eller patienternes selvvalgte helbred.

---

<sup>6</sup> DSI har i dette spørgsmål rådført sig med ledende geriatrisk overlæge Else Marie Damsgård fra Århus Universitetshospital, som kender området indgående.



## Konklusion: Følge-hjem og opfølgende hjemmebesøg – forskelle og ligheder

Der findes mange typer af følge-hjem-ordninger, hvor hospitalspersonale i varierende grad følger patienter hjem og/eller følger op via fx ringe-hjem ordninger. DSI har kun kunnet finde et randomiseret studie, som dokumenterer effekt i form af et lavere antal genindlæggelser, nemlig Gentoftemodellen, men der er ikke foretaget studier af omkostningseffektiviteten. Studiet viser imidlertid, at modellen nedbringer antallet af genindlæggelser (fra 36 % til 26 %).

Der er mange ligheder imellem interventionerne i notatets afsnit 3) om opfølgende hjemmebesøg og dette afsnit 4) om følge-hjem/ringe-hjem-ordninger. Begge typer af interventioner handler om at forbedre sektorovergangen efter udskrivelse for bl.a. at kunne forebygge genindlæggelser. Et udvalgsarbejde i Region Hovedstaden sammenligner disse typer af ordninger, og her vurderes det, at ordningerne bør kombineres og målrettes forskellige grupper af patienter (Region Hovedstaden, 2009):

Fordeling af patienter, der anslås at komme i betragtning til ordninger			Intet aktuelt behov for opfølgning (skøn 60 %)	"Ringe hjem"
		"Følge op" (skøn 25 %)		
	"Følge hjem" og "følge op"* (skøn 10-15 %)			
Målgrupper	Betydeligt funktionsevnetab. Betydeligt behov for øget hjælp.	<u>Helbredsmæssige forhold</u> - Stort funktionsevnetab eller ændret helbredsstatus i perioden før indlæggelsen - Kronisk og alvorligt syge - Tiltagende demens - Terminale patienter <u>Organisatoriske forhold</u> - Mange genindlæggelser - Lang indlæggelsestid - Mange aftaler skal koordineres <u>Sociale kriterier</u> - Skrøbelige og usikre borgere - Borgere med spinkelt socialt netværk - Enlige, hvor ægtefælle nyligt er død	Øvrige patienter	Afhængig af formål med ordningen (tryghed for patienten og tilbage melding til afdelingen)

\* Med "følge op" menes den type ordning, som i dette notat kaldes "opfølgende hjemmebesøg".

Det understreges af udvalget, at der er stor usikkerhed forbundet med disse skøn, men det er et eksempel på, hvordan de forskellige ordninger kan samtænkes fra centralt hold, så de kan kombineres og supplere hinanden ved, at de målrettes forskellige patientgrupper ud fra faglige kriterier – i stedet for at lave enten-eller-ordninger, baseret på den ene eller den anden model for opfølgning/hjemfølgning, eller man lader praktiske og administrative forhold afgøre, hvem der får hvad – i stedet for saglige og faglige vurderinger. Matrixen illustrerer således et forsøg på en samlet regional stratificering baseret på faglige målgrupper og kriterier.

## 5) Hverdagsrehabilitering: Forebygger det indlæggelser?

De seneste år er der kommet øget fokus på konceptet hverdagsrehabilitering. En KL-rundspørge fra 2010 viste således, at 92 % af kommunerne arbejdede med at udvikle hverdagsrehabilitering (også kaldet hjemmerehabilitering) – i en eller anden form.

Konceptet har mange rødder, men er i dansk regi særligt udviklet i Fredericia Kommune. Modellen fra Fredericia er den mest kendte, og den eneste der er blevet systematisk evalueret, og hvor effekten er dokumenteret (Kjellberg m.fl. 2011). DSI har desuden evalueringsaktiviteter med afsæt i hjemmerehabilitering i Odense, Esbjerg og Brønderslev Kommuner, men der er endnu ikke resultater fra disse evalueringer.

Fredericia har hentet inspirationen fra den svenske by Östersund, som er blevet kendt for sit arbejde med "hjemmerehabilitering", der defineres som en indsats, der bedrives i borgerens hjem eller nærmiljø med det formål, at borgeren skal udvikle, genvinde, bibeholde eller forebygge forringelse af sine funktioner og evner. Indsatsen er organiseret med hjemmeplejepersonalet som basis, terapeuter som motor og sygeplejersker og ledere som samarbejdspartnere.

### **Målgruppen:**

Den model for hverdagsrehabilitering, der er udviklet, afprøvet og implementeret i Fredericia Kommune siden oktober 2008, har fokus på nye borgere, der henvender sig til kommunen med anmodning om hjælp og støtte i hjemmet. Hvis borgerne vurderes at have rehabiliteringspotentiale (ca. 1/3 af alle ny-henvendelser) visiteres til hverdagsrehabilitering (§86 i Lov om Social Service) frem for almindelige hjemmehjælp (§83).

### **Modellen:**

Indsatsen leveres af tre terapeuter (en fysioterapeut, to ergoterapeuter), en sygeplejerske og 12 såkaldte "hjemmetrænere" (seks social- og sundhedsassistenter, seks social- og sundhedshjælpere), samt en leder og planlægger.

Indsatsen tilrettelægges ud fra en rehabiliteringsplan med udgangspunkt i borgerens egne mål samt en beskrivelse af relevante indsatser og evalueringsparametre. Tilbuddet gives, så længe borgerne vurderes at have nytte af det. Herefter afsluttes borgerne enten til 'ingen hjælp', 'mindre hjælp' eller 'samme niveau af hjælp', som de alligevel ville have fået i den almindelige hjemmepleje (§83).

### **Effekten:**

Interne opgørelser fra Fredericia viser, at ud af i alt 404 afsluttede borgere er 45 % afsluttet til ingen hjælp, og 40 % er afsluttet til mindre hjælp, end de ellers ville have fået. DSI har gennemført en registerbaseret evaluering. Her findes det, at varigheden af ydelsesforløb i kommunen falder markant efter introduktionen af hverdagsrehabiliteringen. Årsbesparelsen ved hverdagsrehabiliteringen er opgjort til 13 mio. kroner i hjemmeplejeydelser (efter udgiften til drift af hverdagsrehabiliteringen er fratrukket). Endvidere findes det, at borgerne er tilfredse, og medarbejderne finder arbejdet med hverdagsrehabilitering særdeles udviklende og motiverende. DSI evaluerede også, hverdagsrehabilitering påvirkede forbruget af hospitalsydelser i Fredericia. Her har der ikke kunnet påvises nogen ændring siden implementeringen af hverdagsrehabilitering.

## Konklusion: Hverdagsrehabilitering og forebyggelse af indlæggelser

Forskellige modeller for hverdags- eller hjemmehabilitering breder flere steder ud til andre målgrupper end nye borgere, der henvender sig til kommunen med anmodning om hjælp og støtte i hjemmet. Men endnu findes der ingen data om effekterne af disse tilbud. Fokus i projekterne er dog typisk en nedbringelse af kommunes forbrug af hjemmeplejeydelser, hvorfor DSI vurderer, at det er tvivlsomt, hvorvidt hverdagsrehabilitering som koncept kan udvikles til at få effekt på antallet af sygehusindlæggelser.

Det kan dog ikke udelukkes, at der via en sådan fokuseret indsats på at høje borgernes funktionsniveau og dermed mindske deres behov for hjælp i hverdagen kan komme en afledt effekt på borgernes sygehusforbrug. Men ud fra det ene effektstudie, som findes i Fredericia, og som er foretaget på en model under udvikling, kan det ikke dokumenteres. Desuden var forebyggelse af indlæggelser ikke målet med hverdagsrehabilitering i Fredericia.

## 6) Forebyggelse af indlæggelser: Hvordan?

Som notatet har vist, er der særligt de seneste år fremkommet en del dokumentation for, hvordan forebyggelse af genindlæggelser kan tilrettelægges effektivt og omkostningseffektivt. En væsentlig årsag er givet, at disse interventioner på enkel vis får fat i en målgruppe med relativ stor risiko for indlæggelse – nemlig tidligere indlagte – og dermed er potentialet for forebyggelse stort, og resultaterne af systematisk opfølgning på indlæggelser, er også den mest veldokumenterede form for forebyggelse af indlæggelser vi har pt., og som ser ud til at rumme et potentiale for direkte besparelse.

Men det efterlader spørgsmålet om, hvordan man effektivt kan forebygge indlæggelser, *inden* der har været en indlæggelse, som der laves opfølgning på. Altså spørgsmålet om hvordan man kan forebygge indlæggelser uden at have en præselekeret risikogruppe af ny-udskrevne?

Fordi dokumentationen på området er så sporadisk og mangelfuld, valgte DSI i 2007 at lave en undersøgelse baseret på interviews med udvalgte klinikere fra begge sektorer, der på forskellig vis arbejder med eller forsker i forebyggelse af indlæggelser<sup>7</sup>. Dette afsnit er bygget på denne undersøgelse (Vinge og Buch 2007). Desuden har DSI erfaringer med flere kommuner, der på forskellige vis har arbejdet med forebyggelse af indlæggelser.

De medvirkende klinikere pegede i høj grad på de samme problemstillinger og løsninger – uafhængigt af om de var læger eller sygeplejersker, forskere eller praktikere, arbejdede i primær- eller sekundærsektoren.

Det grundlæggende problem kaldes "*Prikken over i'et*"-syndromet: Borgerne er ofte svækkede og/eller har kroniske baggrundssygdomme, men det er sjældent den kroniske lidelse, som er indlæggelsesårsagen (aktionsdiagnosen), men i stedet andre og mindre problemer som fx infektioner eller et fald, der bliver prikken over i'et, og det er ofte relateret til basale sundhedsforhold som manglende væske og dårlig ernæringstilstand.

De løsninger, som interviewstudiet peger på, kan sammenfattes i følgende fire hovedpunkter:

1. **Rettidig omhu og samarbejde:** Det samlede system af aktører omkring målgruppen skal være langt bedre til at samle kræfterne og reagere i tide. Der skal ikke sættes ind med nye typer af særlige specialister. Det afgørende er at kunne reagere hurtigt og adækvat for at kunne forebygge. Timing er afgørende.
2. **Mere fokus på at inddrage hjælpere:** Der skal fokuseres på at omstille kommunernes store og allerede eksisterende plejesektor til i højere grad at kunne forebygge indlæggelser på omkostningseffektiv vis. Den væsentligste årsag til dette er, at disse medarbejdere allerede kommer i mange af de hjem med svage borgere, der har større risiko for at blive ind-

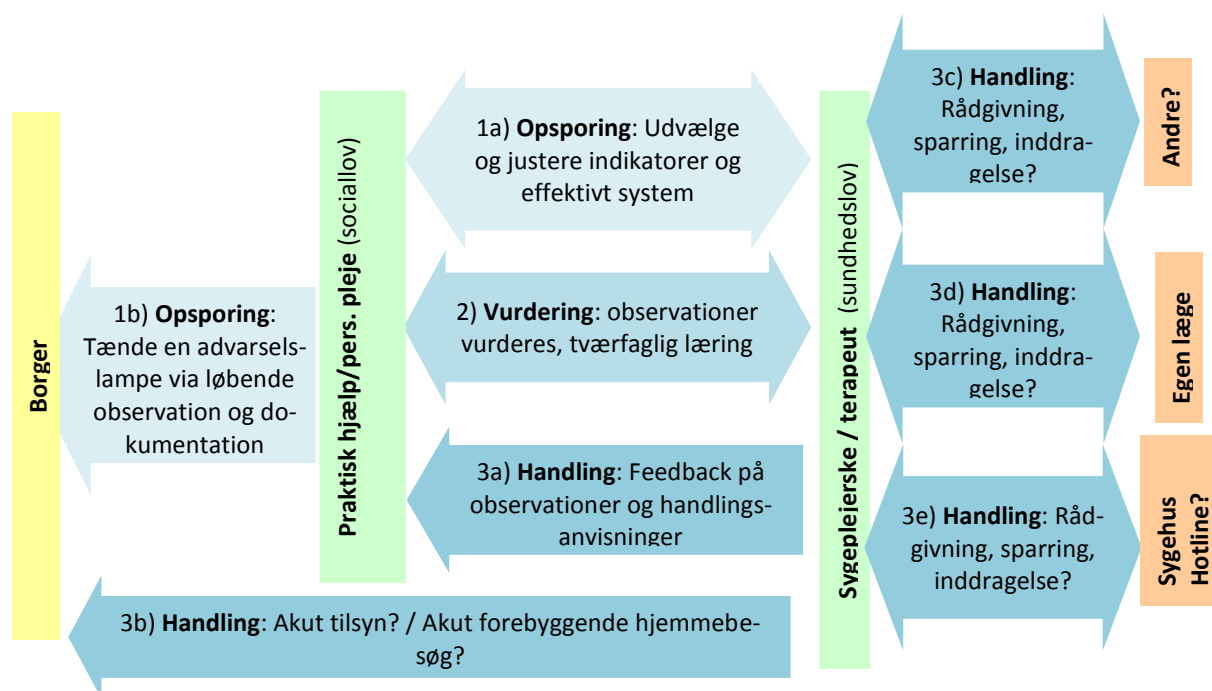
---

<sup>7</sup> De sundhedsfaglige informanter er listet her: (de angivne titler er fra 2007, og flere har skiftet job siden) *Lone Carlsson*, sygeplejerske og daglig leder af Akutteam Helsingør. *Thomas Gjørup*, formand for Dansk Selskab for Intern Medicin, tidligere medicinsk centerchef på Amager Hospital og nuværende klinikchef på Steno Diabeteshospital. *Finn Rønholt Hansen*, adm. overlæge på geriatrisk afdeling på Gentofte Hospital. *Bente Henningsen*, sygeplejerske og leder af visitationen i Stenløse Kommune og *Anni Østergaard*, leder af Stenløse Kommunes Dag- og genoptræningscenter, hvor kommunens akutpladser er placeret. *Jean Hald Jensen*, afdelingslæge i Sundhedsstyrelsen og forfatter til en større undersøgelse af u hensigtsmæssige indlæggelser (Jensen 1995). *Poul Christensen*, internmediciner på medicinsk afdeling på Sygehus Vendsyssel (Frederikshavn) og sygeplejerske *Trine Sørensen*, Skagen Kommune, begge udgående i GERO-team Skagen, samt *Jytte Dyrbo Nielsen*, ergoterapeut i Skagen Kommune. *Ole Johannes Larsen*, udgående sygeplejerske fra AM, Frederiksberg Hospital. *Lars Stubbe Teglbjærg*, vagtbærende overlæge på Sygehus Fyn, Svendborg.

lagt. Få og mere specialiserede sundhedspersonaler kan ikke løse opgaven alene – fx sygeplejerskerne. Det handler om at involvere de mange og skabe samarbejde på tværs – ikke om at satse på de få med de højeste kompetencer.

3. **Mere praksisnær viden i yderste led:** En forudsætning for at kunne satse på de mange i stedet for de få er at sikre et højere niveau af viden i organisationens yderste led, og her peges særligt på behovet for at ændre kulturen, så sundhedsfaglig og forebyggende fokus, tænkning og handling bliver en mere integreret del af hverdagen. Dette kræver et tæt (dagligt) samarbejde mellem hjælpere, assistenter og sygeplejersker (terapeuter) centreret omkring læring og feedback – ikke kun uddelegering og fordeling af opgaver.
4. **Fokus på handling og opbygning af standardiserede handlemuligheder:** En stor svaghed i mange nuværende indsatser er, at de fokuserer meget på opsporing, mens de efterfølgende forebyggende handlinger enten udebliver eller ikke er effektive. Der blev peget på mangel på klare rammer, klare retningslinjer, klare rutiner, klare handlemuligheder – ”flow-skemaer”.

En forebyggende indsats har grundlæggende set tre del-faser: Opsporing, vurdering, handling:



Informanternes erfaring var, at *opsporing* er den del, som langt de fleste er bedst til, og som volder færrest udfordringer. Mange kommuner har igangsat deciderede ”opsporings-projekter” og udviklet skabeloner med indikatorer eller spørgeskemaer til hjælpere, men opsporing i sig selv gør ingen forebyggelse.

Det er væsentligt sværere at sikre en rettidig og faglig kompetent *vurdering* af observationerne, som endnu ikke er symptomer, der gør borgeren indlæggelseskrævende. Men som på den anden side kræver handling, hvis situationen ikke skal udvikle sig og gøre en indlæggelse nødvendig. Endnu vanskeligere er det at sikre en god tværfaglig kontakt mellem hjælpere (assistenter) og sygeplejersker (terapeuter), som sikrer læring og feedback.

Valg af *handling*, udøvelse af handling, sikring af effektive handlemuligheder er dog det absolut svageste led i kæden ifølge informanterne i undersøgelsen.

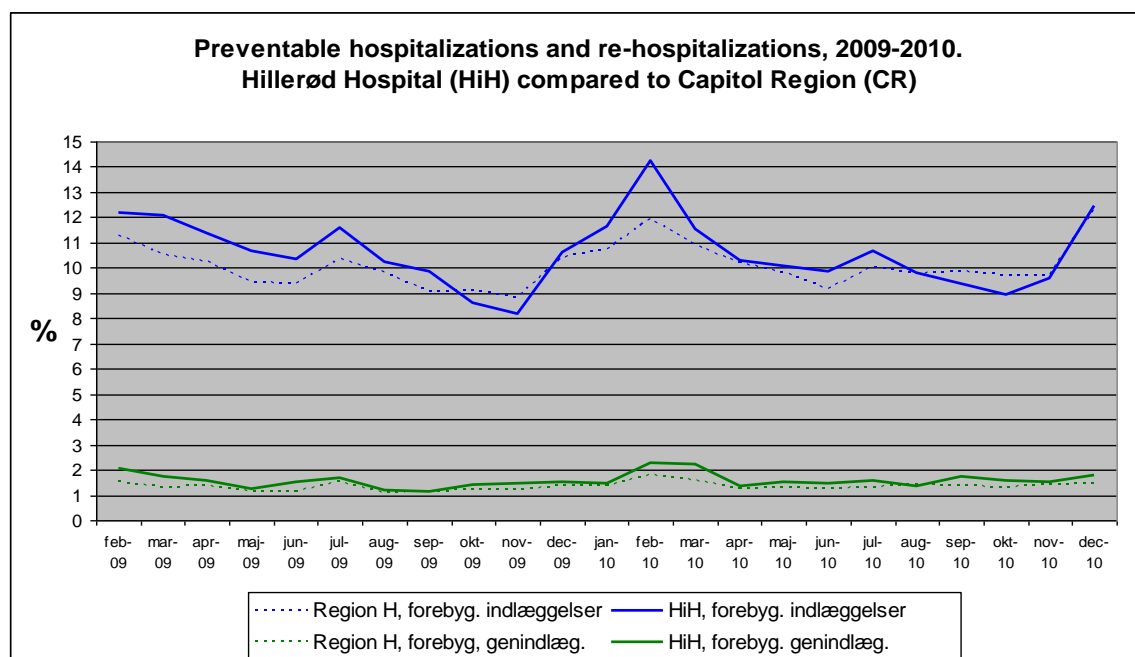
Interviewstudiet pegede desuden på, at der ofte er store og kulturelle udfordringer forbundet med at gøre ældre- og hjemmeplejen til en mere integreret del af sundhedssektoren i praksis. Hjemmeplejens arbejdsidentitet er præget af praktisk hjælp og service – men ikke af sundhed, sygdom eller forebyggelse. Derfor kræver det, at hele ældre-/pleje-/omsorgsområdet inddrages langt mere direkte, bevidst og tydeligt i sundhedssektoren og den sundhedsfaglige tradition, kultur, identitet og forskning.

### Region Hovedstaden (Hillerød-projektet): Forebyggelse af indlæggelser

Den ovenstående model med de tre faser er som sagt baseret på et interviewstudie blandt klinikere. Imidlertid har Hillerød Hospital og Frederikssund Hospital i samarbejde med fem kommuner i optageområdet siden undersøgt området mere dybtgående og er i øjeblikket i gang med at udvikle interventioner samt evaluere dem. Dette projekt beskrives derfor i dette afsnit<sup>8</sup>.

Regions Hovedstaden definerer forebyggelige diagnoser som: Lungebetændelse, urinvejsinfektion (UVI), dehydrering, obstipation, gastroenterit, ernæringsbetinget anæmi, brud og tryksår. Hillerød Hospital oplever et højere antal af disse indlæggelser end resten af regionen, nemlig mellem 8 og 14 % de sidste to år (og ca. 1-2 % blandt genindlæggelser):

Forebyggelige (gen)indlæggelser (2009-2010) på Hillerød Hospital sammenlignet med Region Hovedstaden:



Kilde: "Projekt om forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser: Baggrund og Konklusioner fra analysen" (upubliceret. Udleveret af projektleder Karen Gliese Nielsen, Enheden for Patientforløb, Hillerød Hospital)

Derfor er formålet med projektet at forebygge indlæggelser og genindlæggelser af borgere over 60 år, der modtager kommunalt visiterede ydelser, indenfor udvalgte diagnoser, der ved tidlig opsporing og behandling kan forhindres udvikler sig til indlæggelseskrævende tilstande. Der fokuseres i projektet på udvalgte diagnoser: lungebetændelse, UVI, dehydrering, obstipation, KOL og brud.

<sup>8</sup> Der er endnu ikke publiceret evalueringer. Afsnittet er baseret på en "foreløbig analyse af problemstillinger i relation til indlæggelser og genindlæggelser af patienter over 60 år med forebyggelige diagnoser", som er udleveret af projektets kontaktperson Karen Gliese Nielsen, Hillerød Hospital.

Til grund for projektet ligger en grundig analyse baseret på bl.a. journalaudit af 79 patientforløb inden for målgruppen, som førte til indlæggelse, for at få mere viden om de konkrete forløb og dermed hvilke indsatser der kan lede til forebyggelse. Audit blev foretaget af hhv. kommuner og hospitaler og viste, at 65 % af indlæggelserne kunne være forebygget, 18 % kunne muligvis have været forebygget, men det blev vurderet, at kun 17 % ikke kunne have været forebygget. Man er således enige om, at potentialet er relativt stort. Konklusionerne fra auditprocessen kan opsummeres i følgende hovedpunkter:

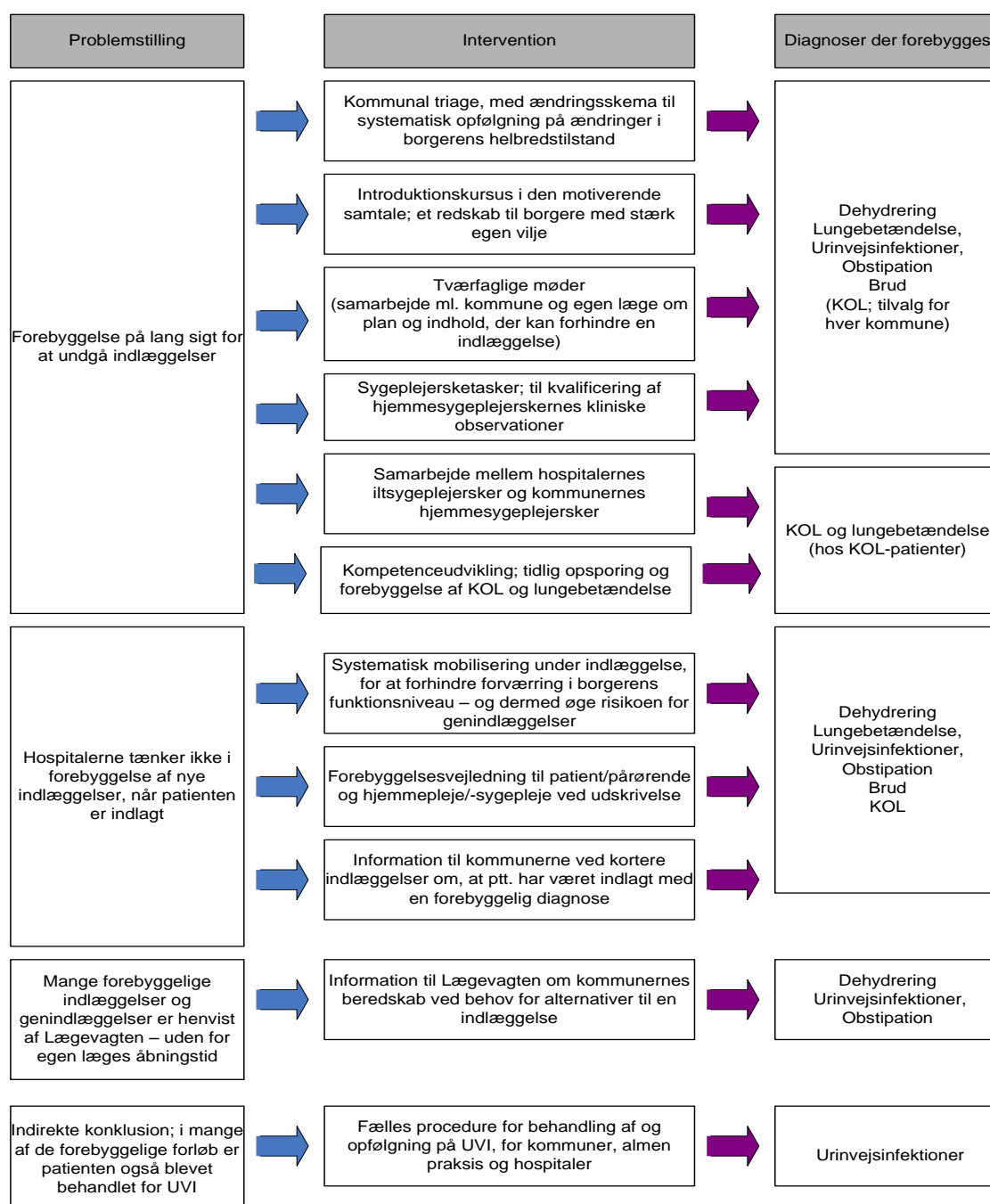
1. **Opsporing fungerer – men handling er mangelfuld:** Der bliver foretaget mange gode observationer i hjemmene<sup>9</sup>, men der mangler systematisk opsamling og handlepligt på observationerne, hvorfor de ikke bringes i anvendelse. Der er behov for systematisk opsamling af observationerne i en let form samt klare aftaler om, hvordan der handles på afvigelser.
2. **Handling er oftest 'mere af det samme' – og det har ringe effekt:** En stor del af forløbene viser, at der inden for de sidste 14 dage op til indlæggelsen bliver sat hurtigt ind med ekstra besøg, enten via selvvisiterende hjemmepleje/sygepleje eller hurtigt reagerende visitationer. Imidlertid formuleres der oftest ikke konkrete mål for de ekstra besøg, ligesom der ikke følges op på, hvorvidt de ekstra besøg har den ønskede effekt. Således viste undersøgelsen, at hjælperne ofte kommer forbi en ekstra gang hos en borger, for at se hvordan det går – men ikke for fx at registrere temperatur, hvor meget der er drukket/spist osv. Kort sagt gør kommunerne mere af det samme, der sjældent virker, i stedet for at gøre noget andet, fx bringe andre initiativer, redskaber, eller fagligheder ind i forløbene.
3. **Behov for differentierede og formålsrettede observationer:** Mange kommuner har udviklet deres egne indikatorer eller spørgeskemaer, som anvendes til opsporing og screening af borgere for at forebygge indlæggelser. Hillerødprojektets undersøgelse rejser imidlertid spørgsmålet om, hvad det rent faktisk er, der skal observeres hos borgerne, idet audit viser, at observationerne skal være målrettede den konkrete situation. Undersøgelsen peger på, at der på den lange bane skal være fokus på ændringer i hverdagsindikatorer, mens der i forhold til en forværring, hvor en indlæggelse kan være under opsejling, skal være fokus på konkrete og målrettede sundhedsfaglige observationer.
4. **Behov for bedre samarbejde mellem egen læge og hjemmeplejen/sygeplejen:** Tre udfordringer gør sig gældende i forhold til samarbejdet: (1) Der er ringe telefonisk tilgængelighed blandt de praktiserende læger, (2) lægerne har få ressourcer til akutte hjemmebesøg, og (3) lægerne efterspørger kliniske observationer fra sygeplejerskerne, og der er mange læger, der ikke vil tale med hjælperne om en borger/patient, fordi de ønsker fakta og vurderinger som grundlag for deres beslutning vedrørende evt. hjemmebesøg og behandling.
5. **Behov for tidligere handling:** Audits viser, at når borgeren først er dårlig, fx spiser og drikker mindre, er mindre mobil, og måske oveni har en urinvejsinfektion eller lungebetændelse under opsejling, så er det vanskeligt at forhindre indlæggelsen. Konklusionerne er derfor i mange af de gennemgåede forløb, at der i de konkrete tilfælde ikke var alternativer til indlæggelse, men de er samtidig blevet vurderet som forebyggelige, såfremt der havde været den tidlige indsats. Og i langt størstedelen af disse forløb har borgere flere daglige besøg, så der er mulighed for at observere borgerne (også inden der visiteres ekstra besøg).

---

<sup>9</sup> Eksempler: borger var gennem længere tid blevet dårligere, lå mere i sengen, var holdt op med at bruge rollatoren og brugte kun kørestolen, ville ikke spise og drikke så meget mere, var blevet mindre glad osv.

Selvom der altid vil være tale om lokale forhold og lokale variationer, er det alligevel slående, i hvor høj grad konklusionerne i Hillerødundersøgelsens journalaudit understøtter konklusionerne fra interviewundersøgelsen, som blev foretaget på tværs af sektor- og faggrænser og uden skelen til geografi. Meget tyder således på, at Hillerødundersøgelsen med sine mange og grundige undersøgelser af forløb peger på generelle problemstillinger. Desuden er metoden med at gennemføre audit, hvor 5-10 medarbejdere (i nogle tilfælde monosektorielt, i andre tværsektorielt) gennemgår forløb i fællesskab, meget egnet til at generere refleksion, læring, og ikke mindst praksisnære og problemorienterede idéer til interventioner, ifølge projektet.

Mht. interventioner tester man i øjeblikket 11 interventioner, som i vidt omfang supplerer hinanden i forsøget på at forebygge indlæggelser som følge af de udvalgte diagnoser. Nedenstående viser et overblik over de valgte interventioner, men der foreligger endnu ikke resultater fra evalueringen (forventes i april 2012):





## Akut handling i hjemmet: Udgående hospital eller kommunalt akutteam?

Hvis der skal forebygges flere indlæggelser, skal der ifølge de tilgængelige undersøgelser både handles hurtigere og handles anderledes end i dag. Der findes flere eksempler på forskellige måder at organisere akut handling, særligt levering af sygepleje i hjemmet. Et eksempel er udgående AMA fra Frederiksberg Hospital, der siden 2004 har leveret sygepleje i hjemmet (se bilag 1, eksempel nr. 16, s.44). Et andet er særlige kommunale enheder, fx Akut Team, som har fungeret siden 1997 i Helsingør Kommune (se bilag 1, eksempel nr. 17, s.45). Endnu et kommunalt eksempel er Udgående Akutafdeling i Kolding Kommune, som er omtalt i bilag 1 (eksempel nr.18, s.47). Projektet er evalueret både i forhold til effekt, økonomi, patientperspektiv og organisation. Resultaterne viser, at det er lykkedes at reducere antal indlæggelser såvel som længden af akutophold på det kommunale rehabiliterings- og akutcenter. Antallet af akutte, medicinske indlæggelser på sygehus blev derimod ikke reduceret som forventet. Imidlertid blev projektet lukket ned i 2009 grundet besparelser i Kolding Kommune, og derfor har vi valgt ikke at beskrive det yderligere i notatet, men henviser til bilag 1 for en gennemgang af projektet. Der er flere forskelle mellem de to eksisterende ordninger i Helsingør og på Frederiksberg: For det første er den ene hospitalsbaseret, den anden kommunal. For det andet kræver Akut Teamet lægehenvielse, det gør udgående AMA ikke. For det tredje har udgående AMA indlæggelsesret samt en bredere vifte af diagnostiske muligheder i ryggen pga. deres samarbejde med kliniske såvel som parakliniske afdelinger på hospitalet. Og for det fjerde har Akut Teamet mulighed for en mere intensiv indsats med en langt højere bemanding, og fokus for Akut Teamet er også at hjemtage patienter fra hospital med meget kort varsel og dermed medvirke til at sikre gode sektorovergange.

Men ordningerne har også væsentlige fællestræk: Begge er bemandede med sygeplejersker, som har en høj grad af fri arbejdstilrettelæggelse. Begge har fokus på at forebygge indlæggelser. Sygeplejerskernes kompetencer er præget af, at de er mere orienteret mod sygdom og klinik, end sygeplejersker i kommunerne generelt er. En sygeplejerske fra udgående AMA beskriver, at den væsentligste forskel mellem udgående AMA og hjemmesygeplejen er "*et andet klinisk blik på patienterne*", der er mere undersøgende og diagnosticerede, og som er fremmet af "*tasken*", som er de udgående sygeplejerskers samling af relevant mobilt apparatur til primært diagnostiske formål. I den forbindelse er det interessant, at én af Regions Hovedstadens interventioner under test netop er en "*sygeplejetaske til kvalificering af hjemmesygeplejerskernes observationer*", som det er beskrevet i oversigten over interventioner på forrige side. Der er således intet til hinder for, at den kommunale sygepleje kan omstilles til at arbejde mere klinisk og diagnostisk, og som beskrevet i bilag 1 vil kommunale sygeplejersker fra 2012 indgå i det udgående AMA sammen med hospitalssygeplejersker for at sikre døgndækning hele ugen.

Fælles for de to ordninger er også, at der ikke har været foretaget systematiske effektmålinger. Der findes kun, som det fremgår af bilag 1, eksempler på cases, hvor man via sygeplejerskernes indsats er i stand til at undgå indlæggelser<sup>10</sup>.

Der er således flere forskellige modeller for, hvordan en mere akut indsats i hjemmet konkret kan organiseres. Karakteristisk for de to beskrevne modeller er, at der er tale om permanente ordninger, som er godt indarbejdet i de lokale sundhedsnetværk gennem en længere årrække. Der er derfor mange værdifulde erfaringer at hente fra de to ordninger, hvor man har gjort sig mange erfaringer undervejs med, hvad der virker og ikke virker. Men der kan på baggrund af den tilgængelige dokumentation ikke gives noget svar på, hvilken ordning der er bedst – eller om nogen af dem er omkostningseffektive. Belært at erfaringerne fra opfølgende hjemmebesøg beskrevet i afsnit 3 vil konklusionen givet være den samme: Effekten af denne type indsats er i høj grad afhængig af, hvor dygtige ledelserne er til at organisere, indholdsudfylde, monitorere og tilrette den akutte forebyggende indsats lokalt.

### Skævinge-projektet og forebyggelse af indlæggelser

Et sidste projekt bør beskrives pga. sine effekter på indlæggelsesmønsteret blandt ældre. Det er et eksempel på, at ændret organisering og kultur kan forebygge indlæggelser, og findes i en evaluering af et efterhånden ca. 20 år gammelt projekt i Skævinge Kommune.

**Modellen og målgruppen:** Skævinge Kommune udbredte i 1980'erne begrebet 'integreret pleje', hvor de traditionelle barrierer mellem plejehjem, hjemmehjælp, hjemmesygepleje osv. blev fjernet. Tanken var, at sundhedsydelse skulle tilbydes alle borgerne uanset boligform, og som bærende princip for al indsats i Skævinge-projektet var forebyggelse. Herunder blev der sat fokus på en tidlig indsats i sygdomsforløbet (både før og efter indlæggelse). Sidstnævnte skete bl.a. ud fra en tanke om, at der skulle indføres fleksible foranstaltninger under sygdom. I praksis skete dette gennem udbygning og tilpasning af akutte plejemuligheder i sundhedscentret, hvor kommunen reelt påtog sig et medansvar for løsningen af opgaver, som ellers påhvilede sygehusvæsenet.

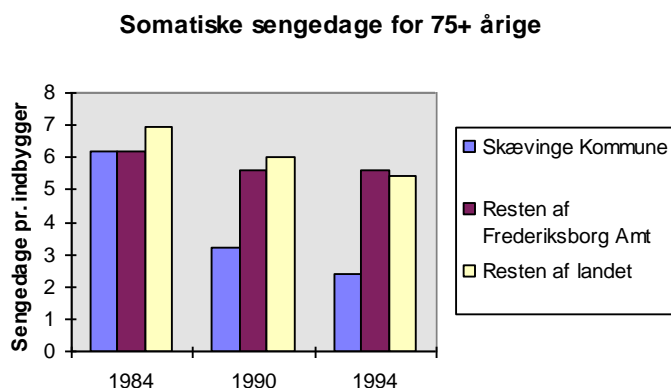
**Effekter:** Ti år efter projektets afslutning evaluerede DSI projektet i Skævinge (Knudsen MS, m.fl. 1999). Da projektet havde grene i mange retninger, og projektet forløb over en lang periode, er det ikke muligt at koble projektets effekter til et enkelt element i Skævinge-projektet, men man kan kun tolke resultaterne i forhold til det samlede projekt.

Evalueringen viste, at kommunen trods et stigende antal ældre opnåede en driftsøkonomisk forbedring i forhold til udgangspunktet (som dog også lå markant højere end andre kommuner). Evalueringen analyserede bl.a. hyppigheden af kontakt med et somatisk sygehus samt senge-dagsforbruget pr. indbygger. Tallene for Skævinge Kommune blev sammenlignet med resten af Frederiksborg Amt og resten af landet. Fra 1984 til 1994 kunne konstateres en voldsom reduk-

---

<sup>10</sup> Udgående hospital på Frederiksberg har via deres egne registrerede data på deres kontakter fra 2004-2009 forsøgt at vurdere, hvor mange af de i alt 1837 patienter der har undgået indlæggelse. 279 patienter blev som følge af teamets indlæggelsesret akut indlagt (hvilket svarer til 15 %). I 608 tilfælde (33 %) vurderer sygeplejersker i akutteamet, at kontakten har forhindret en indlæggelse, i 136 tilfælde (7 %) vurderer sygeplejerskerne, at det "måske" har forebygget indlæggelse, mens de i 814 tilfælde (44 %) svarer 'ved ikke' bl.a. grundet uklarhed i dateregistreringen. Disse data er behæftet med så stor usikkerhed, at der ikke kan konkluderes på effekten af Udgående hospital. Det eneste sikre er, at "kun" 15 % indlægges. Hvor mange, der var endt med indlæggelse uden denne indsats, vides ikke. (Christensen, SH m.fl. 2010)

tion i sengedagsforbruget blandt de +75-årige i Skævinge Kommune, en udvikling der hverken ses i Frederiksborg Amt eller i resten af landet. Udviklingen er illustreret i figuren herunder.



Analyser af sygehusforbruget hos de 65-74-årige gav ikke samme markante forskel mellem Skævinges befolkning og referenceområderne. Det er alene blandt de +75-årige, at forbrugsmønstret var stærkt afvigende.

**Konklusion:** Skævinge-projektet viste et stort potentiale for at nedbringe antallet af indlæggelser og forbruget af sengedage, men det er ikke klart, om det primært skyldes den ændrede organisation, det forbyggende sigte, det specifikt målrettede sigte omkring indlæggelser eller oprettelsen af aflastningsenge på plejehjemmet. Derfor er tolkningen af resultaterne også vanskelige, men tilbage står et projekt, som har realiseret den nok mest markante reduktion i sengedagsforbruget, nogen evaluering i Danmark har fremvist.

### Konklusion: Forebyggelse af indlæggelser

Der findes ikke mange koncepter eller systematiske evalueringer, der kan dokumentere effekten af projekter, der søger at forebygge indlæggelser. (Region Hovedstanden tester i øjeblikket 11 interventioner, der skal forebygge indlæggelser, og resultaterne heraf foreligger i løbet af foråret 2012)

Der er stor enighed blandt klinikere og i de gennemgåede studier om, at forebyggelse af indlæggelser kræver tidlig og systematisk opsporing af ændringer i hverdagsindikatorer og ikke mindst langt tidligere og effektiv handling på observationer af ændringer. Og i de kommuner, som har arbejdet med forebyggelse, er erfaringen, at tidlig opsporing er langt lettere at sætte i værk end effektiv handling.

Enkeltstående projekter som fx den tidligere Skævinge Kommune kunne dog dokumentere, at forebyggelse af indlæggelser blandt ældre er mulig, og erfaringerne herfra er, at det krævede en omfattende og langvarig indsats med at ændre organisering, arbejdsform og kultur.

Andre mere isolerede og mindre omfattende projekter er etablering af et akut team af kommunale sygeplejersker eller et team af akutte udgående AMA-sygeplejersker. Det kan ikke dokumenteres i hvilket omfang, disse ordninger forebygger indlæggelser. I det ene tilfælde, hvor der er foretaget systematisk evaluering – Kolding Kommunes udgående akutafdeling – er der dokumentation for, at det er muligt at reducere antal ophold og opholdslængde på det kommunale rehabiliterings- og akutcenter. Derimod er det ikke lykkedes at reducere akutte, medicinske indlæggelser på sygehus.

## Sammenfatning

Der er foretaget relativt få systematiske evalueringer af forskellige interventioners effekt på indlæggelsesmønstret. Langt de fleste evalueringer og kortlægninger af problemstillinger i relation til uhensigtsmæssige og forebyggelige indlæggelser er foretaget i regi af sygehussektoren, og i enkelte tilfælde almen praksis.

**Forebyggelse af genindlæggelser via opfølgende hjemmebesøg** er det koncept, hvis effekt er bedst dokumenteret. Evalueringerne peger på, at potentialet for at forebygge indlæggelser på en omkostningseffektiv (direkte besparende) måde er stort ved at sætte systematisk ind med opfølgende hjemmebesøg ved egen læge og hjemmesygepleje efter indlæggelse blandt (svage) ældre. Hertil kommer, at nogle studier kan dokumentere en klar nedbringelse af forbruget af kommunale ydelser. Imidlertid peger evalueringerne på, at opfølgende hjemmebesøgs potentiale til at forebygge indlæggelser afhænger af kvaliteten af den ledelse og implementering, der finder sted lokalt – herunder evnen til at motivere medarbejderne i alle sektorer og sikre at målgruppen såvel som indholdet bliver meningsfuldt for patienter og sundhedsfaglige.

**Følge-hjem-ordninger** er et lignende koncept i den forstand, at det er målrettet sektorovergangen i forbindelse med udskrivning, men interventionen ligger hos udgående sygehuspersonale, som i varierende grad inddrager kommunalt personale, men ikke almen praksis. Formålet er ligesom ved opfølgende hjemmebesøg bl.a. at forebygge genindlæggelser. Der findes mange eksempler på forskellige følge-hjem-ordninger, men DSI har kun kunnet finde én effektevaluering, som dokumenterede en god effekt på nedbringelse af genindlæggelser – særligt korte genindlæggelser – men der er ingen dokumentation for omkostningseffektiviteten.

**Hverdagsrehabilitering (hjemmerehabilitering)** er et populært koncept, som har vist et stort og dokumenteret potentiale til at nedbringe behovet for kommunale ydelser i en enkelt kommune. Igen er effekten meget afhængig af den lokale implementering. Men endnu foreligger der ikke dokumentation for, at konceptet kan forebygge indlæggelser. For retfærdighedens skyld bør det understreges, at forebyggelse af indlæggelser heller aldrig har været intentionen med hverdagsrehabilitering. Det kan dog ikke udelukkes, at der via en sådan fokuseret indsats på at højne borgernes funktionsniveau og dermed mindske deres behov for hjælp i hverdagen kan komme en afledt effekt på borgernes sygehusforbrug.

**Forebyggelse af (primær)indlæggelser** er det område, hvor der findes færrest systematiske evalueringer, der kan dokumentere effekten af de mange projekter, der søger at forebygge indlæggelser. Der er stor enighed blandt klinikere og i de gennemgåede studier om, at det kræver tidlig og systematisk opsporing af ændringer i hverdagsindikatorer og mere effektiv handling på observationer af ændringer. Erfaringen er, at opsporing er langt lettere at sætte i værk end effektiv handling. Handling kræver mange ting – ikke mindst at sygeplejerskerne agerer langt mere klinisk, diagnostisk og sygdomsorienteret. Enkeltstående projekter kan dokumentere, at forebyggelse af indlæggelser blandt ældre er mulig, men det kræver en omfattende og langvarig indsats med ændret arbejdsform og kultur. Andre mindre omfattende projekter er etablering af akut team blandt kommunale sygeplejersker og udgående AMA-sygeplejersker. Det kan ikke dokumenteres i hvilket omfang, disse ordninger forebygger indlæggelser.

# Bilag 1: Undersøgelser af uhensigtsmæssige indlæggelser og forebyggelse

## 1. Hvidovre Hospital (1977): Indlæggelser af sociale årsager

En af de første systematiske undersøgelser af uhensigtsmæssige indlæggelser var en kortlægning af socialt betingede indlæggelsers karakter, udbredelse og konsekvenser. Undersøgelsen blev udført på Hvidovre Hospitals medicinske afdeling i 1977. Gennemgangen er baseret på: (Hendriksen et al 1979; Kirk og Hendriksen 1979a; Kirk et al 1979b). I undersøgelsen indgik 118 tilfældigt udvalgte medicinsk indlagte patienter over 65 år, som via patientinterview, journalgennemgang og spørgeskemaer til det involverede personale blev undersøgt i forhold til:

1. Den akutte indlæggelsesindikation.
2. Patienternes sociale og medicinske forhold forud for indlæggelsen.
3. Patienternes ydelsesforbrug under indlæggelsen/indlæggelsesforløbet.

**Ad 1)** 20 % af de indlagte patienter var ifølge den indlæggende læge, indlagt på grund af akutte sociale årsager, mens yderligere 19 % var indlagt, fordi de aktuelle sociale forhold i hjemmet ikke tillod ambulante eller subakut behandling. 10 % blev indlagt på subakut medicinsk indikation, og således var kun 51 % indlagt af akutte medicinske årsager.

Forfatterne bag undersøgelsen konkluderede dog på baggrund af en gennemgang af forløbene, at i alt 29 % af de akutte indlæggelser i realiteten var subakutte. Undersøgelsen viste endvidere, at det kun var ca. halvdelen af de socialt betingede indlæggelser, hvor den sociale problemstilling fremgik af indlæggelsessedlen – hvorfor hospitalspersonalet for en stor del af de indlagte manglede en indikation på det relevante behandlingsbehov.

**Ad 2)** De ældre patienter, der helt eller primært indlagdes af plejemæssige årsager, adskilte sig fra de medicinsk behandlingskrævende patienter ved oftere at bo alene, at have større tendens til et udækket plejebehov, at have vanskeligere ved at komme på gaden og ved ikke at være tilfaldt tilstrækkelige sociale hjælpeforanstaltninger ved tidligere indlæggelser. Undersøgelsen viste også, at 78 % af de patienter, der havde et udækket plejebehov, i forvejen modtog hjemmehjælp.

**Ad 3)** De patienter, der ifølge indlæggende læge var indlagt overvejende af plejemæssige årsager, gennemgik et undersøgelsesprogram, der i omfang og ydelsestyper ikke adskilte sig fra det, som medicinsk behandlingskrævende patienter gennemgik, samtidig med at de var langt mere plejkrævende. Dette er muligvis en indikation på, at der foregår 'overdiagnostik' af denne gruppe.

På baggrund af undersøgelsens resultater anbefalede forfatterne, at der skulle oprettes akut modtagende langtidsmedicinske afdelinger, at muligheden for et større akut beredskab i den kommunale hjemmepleje (pleje i hjemmet som alternativ til akut plejeforårsaget hospitalsindlæggelse) skulle undersøges, og at behovet for at etablere et subakut visitationssystem, hvorved reelt subakutte indlæggelser kunne foretages planlagt den følgende dag i stedet for akut, burde undersøges.

## **2. Bispebjerg Hospital (1979): Akut hjemmepleje som alternativ til causa socialis-indlæggelser**

I forlængelse af Hvidovre-undersøgelsen blev der i 1979 udført en lignende undersøgelse på Bispebjerg Hospital, som inddrog de indlæggende lægers vurdering af, om et bedre udbygget kommunalt akutberedskab kunne have afhjulpet indlæggelser af sociale og plejemæssige årsager (Kirk og Dalgaard 1980).

Undersøgelsen, der er baseret på 2.005 indlæggelsesforløb, viste, at de indlæggende læger i 50% af tilfældene ville have foretrukket at kunne henvise til akut hjemmepleje frem for at ty til indlæggelse. 67 % af de indlæggende læger, der angav, at akut hjemmepleje ville have været en bedre løsning, betingede dog denne vurdering af, at der samtidig kunne bestilles et fremskyndet langtidsmedicinsk tilsyn. Undersøgelsen pegede derved på, at de sociale indlæggelser ikke udgjorde et problem, der udelukkende skulle løses i den kommunale sektor, fordi der samtidig var behov for at tilpasse hospitalernes subakutte medicinske beredskab.

Forfatterne anbefalede en udbygning af det kommunale akutberedskab i hjemmeplejen og sygeplejen, ligesom det anbefalede at indføre et tættere distriktsbaseret samarbejde imellem de langtidsmedicinske afdelinger og den kommunale hjemmepleje. Ydermere påpeges det, at der burde indføres en subakut visitationsmulighed til de langtidsmedicinske afdelinger.

## **3. Rødovre Kommune (1980-83): Et randomiseret kontrolleret interventionsstudie af effekten ved opsøgende og opfølgende arbejde**

Baggrunden for undersøgelsen var, at tidligere undersøgelser havde vist, at ældre oftere end gennemsnitligt indlægges som følge af udækkede sociale behov, ligesom screeningsundersøgelser havde vist, at der blandt ældre var en ukendt og urapporteret sygelighed som resulterede i mindsket livskvalitet og forebyggelige indlæggelser samt indlæggelser af sociale årsager. Følgende er baseret på (Hendriksen 1985; Hendriksen 1987).

Rødovreundersøgelsens formål var at undersøge effekten af en intervention, der bestod i systematiske opfølgende og opsøgende hjemmebesøg hos +75-årige borgere. Effekten af interventionen blev målt i forhold til hospitalsindlæggelse, sengedagsforbrug, plejehjemsindflytninger, kontakter til egen læge og dødsfald.

Interventionen blev foretaget som et kontrolleret randomiseret studie og bestod i, at de ældre i interventionsgruppen modtog en opsøgende og forebyggende samtale hver tredje måned i en treårig periode, mens de ældre i kontrolgruppen blev interviewet en gang i projektets sidste måneder. Interventionsgruppen bestod af 285 ældre, mens kontrolgruppen bestod af 287. De to grupper var sammenlignelige mht. køn og alder, og grupperne udgjorde tilsammen halvdelen af kommunens +75-årige borgere.

Til at gennemføre projektet blev der i projektperioden ansat en læge og to hjemmesygeplejersker, som stod for at udføre de forebyggende samtaler og afrapportere undersøgelsen.

Resultaterne over den treårige interventionsperiode var:

- At der var signifikant forskel på indlæggelsesmønstret i interventions- og kontrolgruppen: Der var 219 hospitalsindlæggelser i interventionsgruppen, der tilsammen havde et forbrug på 4884 sengedage, mens der i kontrolgruppen var 271 indlæggelser på i alt 6442 sengedage.

- Der var 20 indflytninger til plejehjem i interventionsgruppen over for 29 indflytninger i kontrolgruppen, hvilket tydede på, at interventionen mindsker plejehjemsforbruget – men forskellen var ikke signifikant.
- Der var signifikant forskel på dødelighed: 56 dødsfald i interventionsgruppen over for 75 i kontrolgruppen.
- Der var ingen signifikant forskel i de to gruppers brug af egen læge, men der registreredes færre lægevagttilkald fra interventionsgruppen.
- Interventionsgruppen udtrykte stor tilfredshed og øget tryghed i hverdagen som følge af de opsøgende samtaler. Samtidig resulterede samtalerne i en øget tildeling af hjælpemidler og boligændringer og signifikant flere hjemmehjælpsydelse til interventionsgruppen end til kontrolgruppen.

Reduktionen i antallet af hospitalsindlæggelser skyldtes hovedsagligt en markant nedgang i antallet af genindlæggelser i interventionsgruppen. Forfatterne kunne ikke pege på præcis, hvilke årsager der lå bag de positive resultater, men de fremhævede trygheden ved, at de forebyggende samtaler udførtes af de samme personer, den øgede tildeling af hjælpemidler og hjemmepleje som samtalerne resulterede i, samt at der var en professionel, der aktivt afdækkede og videresendte borgernes sociale og medicinske problemer til rette sted, som faktorer der påvirkede undersøgelsens måleparametre.

Udgifterne til interventionen beløb sig til 2,5 millioner (løn, hjemmehjælp og hjælpemidler), mens besparelserne beløb sig til 5 millioner (reducerede sengedage, vagtlægebesøg og plejehjemspladser).

Som følge af disse resultater anbefaledes det i undersøgelse at udbrede interventionen til andre kommuner samt at gøre den permanent i Rødovre. For at metoden skulle fungere anbefaledes det, at der anvendes fast personale med stort kendskab til social- og sundhedssektoren samt engagement og forståelse for ældre menneskers situation, der kan koordinere de tværfaglige aktiviteter og være til rådighed hver dag.

#### **4. Roskilde Amtssygehus og Roskilde Kommune (1988): Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter indlæggelse**

Baggrunden for undersøgelsen var, at flere og flere ældre patienter blev udskrevet direkte til eget hjem efter endt medicinsk behandling på sygehus. Dette stillede øgede krav til den pleje, der blev leveret af primærsektoren, og skabte behov for en bedre samordning imellem sektorerne, således at der ikke opstod huller eller overlappning i den tilbudte behandling og service. Følgende er baseret på (Rønholt Hansen et al 1994).

Formålet var at gennemføre og evaluere en enkel og billig model til opfølgning af ældre +75-årige, der udskrives til eget hjem efter indlæggelse på sygehus, med henblik på at forbedre den tværsektorielle samordning imellem primær- og sekundærsektoren. Interventionens effekt blev målt i forhold til antallet af plejehjemsindflytninger, genindlæggelser inden for et år fra udskrivningen samt dødelighed. Der var tale om en randomiseret, kontrolleret undersøgelse.

Undersøgelsen udførtes på Roskilde Amtssygehus og omfattede samtlige 344 +75-årige patienter, som blev udskrevet i perioden 1/5 1987 – 15/6 1988. Der indgik 163 patienter i interventionsgruppen og 181 patienter i kontrolgruppen. Patienterne i interventionsgruppen modtog besøg af en kommunal hjemmesygeplejerske dagen efter, de var blevet udskrevet og modtog

desuden et besøg fra egen læge fjorten dage efter udskrivning. Formålet med besøgene var at afdække og løse de uforudsete problemer, der var opstået ved hjemkomsten (sygeplejersken havde kompetence til at ændre i tildelingen af kommunal bistand på stedet) og for lægens vedkommende at foretage en social medicinsk vurdering af borgeren. Resultaterne var:

- I interventionsgruppen flyttede 10 personer på plejehjem i perioden, mens det tilsvarende tal for kontrolgruppen var 25. Interventionsgruppen tilbragte 1950 dage på institution, mens kontrolgruppen tilbragte 3700. Disse forskelle var begge signifikante.
- Der kunne ikke måles en signifikant forskel i de to gruppers dødelighed (mortalitet), ligesom der heller ikke kunne ses en signifikant forskel i antallet af genindlæggelser.
- Sygeplejerskens hjemmebesøg viste, at der var opstået uventede problemer hos 46% af borgerne. Dette resulterede i ændringer i den tildelte service for 34 %.
- Egen læges hjemmebesøg resulterede i, at 48 % af patienterne fik reguleret deres medicin – oftest i form af nedsat dosis, fordi det akutte sygdomsforløb var overstået.

På baggrund af undersøgelsen anbefaledes det, at opfølgningsordningen gjordes permanent, men forfatterne påpegede samtidig, at ordningen ikke i sig selv sikrede en tilstrækkelig opfølgning ved udskrivelse fra sygehus. Det optimale forløb for de +75-årige, der udskrives, vurderedes således at være et mere intensivt og længerevarende geriatrisk rehabiliteringsforløb.

## 5. Frederiksborg Amt (1992): Akutte medicinske indlæggelser og genindlæggelser i

Baggrunden for undersøgelsen var, at andelen af akutte indlæggelser i en årrække havde været stigende og udgjorde ved undersøgelsens start 90 % af samtlige medicinske indlæggelser. Endvidere havde antallet af genindlæggelser været stigende over en længere periode. Følgende er baseret på (Helsingør og Hørsholm Sygehuse 1992).

På baggrund af denne udvikling havde undersøgelsen til formål at undersøge:

1. De sociale og medicinske aspekter ved akutte indlæggelser og genindlæggelser med henblik på at vurdere nødvendigheden af indlæggelserne og mulighederne for omlægning af den akutte indlæggelse til anden aktivitet i sundheds- og socialvæsenet.
2. Patientens egen oplevelse af hensigtsmæssigheden i indlæggelsen.

Undersøgelsen forløb over en periode på tre måneder og gennemførtes som en spørgeskemaundersøgelse, der omfattede alle led og involverede parter i indlæggelsen (patienter, egen læge/vagtlæge, hjemmepleje, skadestue, læge/sygeplejerske i medicinsk modtagelse, udskrivende personale). Der indgik i alt 1.137 patientforløb.

Undersøgelsen viste, at der var god overensstemmelse mellem primærsektorens, modtagende personale og udskrivende personales vurdering af patienternes indlæggelsesgrundlag. Der var således fuld enighed om dette for 2/3 dele af alle patienterne. Desuden var der ikke signifikante forskelle mellem den andel af "uhensigtsmæssige" indlæggelser, der kom fra henholdsvis skadestue, primærsektor og ambulatorier.

Indlæggende og modtagende læge vurderede, at 85-87 % af de akutindlagte blev indlagt på et somatisk eller overvejende somatisk grundlag, mens 10-11 % var socialt eller overvejende socialt betingede (resten var psykiatrisk betingede). Blandt ældre over 75 år var andelen af socialt betingede indlæggelser dog 26 % (Helsingør og Hørsholm Sygehuse 1992: s.52+82).



Læger og sygeplejersker fra begge sektorer vurderede, at mellem hver fjerde og hver femte akutte indlæggelse og halvdelen af de +75-åriges indlæggelser kunne være undgået, hvis der havde eksisteret alternativer inden for primær- eller sekundærsektoren. Endvidere viste undersøgelsen, at diagnosen *causa socialis*, særligt for genindlæggelser, kendetegnede en stor del af de indlæggelser, der vurderedes som undgåelige.

Endelig viste undersøgelsen, at patienternes vurdering af indlæggelsens nødvendighed adskilte sig væsentligt fra den indlæggende læges. Andelen af akutindlagte patienter, der vurderede, at indlæggelsen kunne være undgået, udgjorde således kun 8 % ved selve indlæggelsen.

Det lå uden for rammerne af undersøgelsen at pege på konkrete løsningsforslag, men det blev anbefalet at undersøge muligheden for at oprette akutte aflastningspladser på plejehjem og lave forsøg med akut døgnhjemmepleje. I hospitalsregi blev det anbefalet at undersøge muligheden for at omlægge akutte indlæggelser til subakut aktivitet samt at give mulighed for at foretage en forambulant vurdering af patienten ved speciallæge.

## 6. Rigshospitalet (1995): Indlæggelse af *causa socialis*-patienter

I begyndelsen af 1990'erne oplevede plejepersonalet på Rigshospitalets epidemiske afdeling M et stigende pres for at udskrive patienterne hurtigt samtidig med, at antallet af genindlæggelser steg drastisk. På den baggrund blev det besluttet at undersøge samtlige akutte indlæggelser på afdelingen med særligt fokus på at analysere patienter med diagnosen *causa socialis* i forhold til, hvilke sundhedsmæssige problemer der førte til indlæggelsen, hvad årsagerne til genindlæggelse var, samt hvilke plejemæssige opgaver der på afdelingen var forbundet med denne type af patienter. Gennemgangen er baseret på (Laursen 1995).

Analysen blev udført 1993-1994 og viste, at 635 indlæggelser (30 %) af patienterne af den indlæggende instans blev vurderet som *causa socialis*-patienter. Undersøgelsen viste, at de hyppigste bagvedliggende årsager til denne type indlæggelser var fald i hjemmet, dehydrering, urinvejsinfektioner eller forværring af en allerede kendt diagnose<sup>11</sup>. Halvdelen af *causa socialis*-patienterne havde tidligere været indlagt på afdelingen, og patienter med kroniske sygdomme tegnede sig for hovedparten af genindlæggelserne. Undersøgelsen viste, at hjemmehjælpen kom hos 77 % af de patienter, der indlægges første gang, og hos 87 % af de patienter, der genindlægges.

Der var altså næsten i alle tilfælde et sygdomsmæssigt element forbundet med indlæggelser af sociale årsager, og der var også i meget høj grad koblet hjemmehjælp til patienterne. Når patienterne blev indlagt, skete det således som følge af en kombination af aldersmæssig svækkelse og manglende evne til at mestre sin sygdom, som var så stor, at det eksisterende netværk omkring patienten ikke var i stand til at kompensere for den funktionsnedsættelse sygdommen forårsagede.

Undersøgelsen viste, at patienterne selv tog kontakt til egen læge, vagtlæge eller skadestue i 39 % af indlæggelserne, mens hjemmeplejen tog kontakt til henviser i 27 % af tilfældene, og patienternes pårørende tog kontakt til henviser i 24 % af tilfældene. Egen læge tog således kun initiativ til indlæggelsen i 4 % af tilfældene, mens 56 % af indlæggelserne blev foretaget af en læge, der ikke kendte patienten i forvejen.

---

<sup>11</sup> *Causa socialis* knytter sig i undersøgelsen til en vurdering af, om patienten ville være i stand til at klare sig i eget hjem med det aktuelle sygdomsbillede, såfremt denne ikke var aldersvækket.

På baggrund af undersøgelsen blev det anbefalet, at arbejdet med at ansætte kontaktlæger op-prioriteredes, og at der blev ansat en koordinerende sygeplejerske mellem afdelingen og hjemmeplejen. Endvidere påpegede forfatteren, at undersøgelsen understregede behovet for, at der i kommunalt regi skulle oprettes aflastningspladser for de patienter, hvor indlæggelsen ikke har en egentlig medicinsk begrundelse.

## 7. Sygehuset Øresund (1995): U hensigtsmæssige indlæggelser på medicinsk afdeling

Undersøgelsen er en opfølgning på Frederiksborg Amts undersøgelser af akut- og genindlagte patienter fra 1992 (se undersøgelse nr. 5), som bl.a. pegede på, at der er en vis usikkerhed forbundet med den vurdering af indlæggelsens hensigtsmæssighed, som der sker i selve indlæggelsessituationen. Formålet med undersøgelsen var derfor at give en mere præcis vurdering af, hvor mange indlæggelser der var uhensigtsmæssige, såfremt alle relevante alternativer til hospitalsindlæggelse havde været til stede. Samtidig skulle det beskrives, hvorledes denne patientgruppe adskilte sig fra de patienter, der er hensigtsmæssigt indlagt, samt hvilken behandling de modtager under indlæggelsen. Følgende er baseret på (Jensen 1995).

Undersøgelsen var baseret på en retrospektiv gennemgang af faktiske indlæggelsesforløb, som efter det første indlæggelsesdøgn blev screenet via *Appropriateness evaluation protocol (AEP)*<sup>12</sup>. Datamaterialet bestod af de samme 1.137 akutte medicinske indlæggelser, som dannede grundlag for den tidligere undersøgelse fra 1992. Der blev foretaget en journalgennemgang af de 385 patienter, som, den tidligere undersøgelse konkluderede, var indlagt af sociale og blandede sociale, psykiske og medicinske årsager.

Journalgennemgangen af disse 385 patienter viste, at 112 patienter (10 % af det samlede antal indlæggelser i den tidligere undersøgelse) opfyldte et eller flere AEP-kriterier og derfor nu blev (om)klassificeret som hensigtsmæssigt indlagte. De resterende 271 patienter<sup>13</sup> (24 % af det samlede antal indlæggelser) opfyldte ikke nogen kriterier for at være hensigtsmæssigt indlagt. De uhensigtsmæssigt indlagte patienter var fortrinsvist kvinder (59 %), de var gamle (56 % er over 75 år), de indlagdes oftest fra primærsektor (66 %), de indlagdes oftest i dagtiden (57 % mellem kl. 8 og kl. 16), indlæggende læge havde haft kontakt til hjemmeplejen ved 38% af indlæggelserne, og patienternes funktionsevne var dårlig (55% var plejekrævende eller kun delvist selvhjulpne).

Derved adskilte de ikke hensigtsmæssigt indlagte sig fra de hensigtsmæssigt indlagte ved at være ældre, hyppigere kvinder, hyppigere indlagt fra primærsektor, indlæggende læge havde hyppigere kontakt med hjemmeplejen i forbindelse med indlæggelsen og ved at have en markant dårligere funktionsevne.

Samtidig havde de to patientgrupper markant forskellige primære diagnoseprofiler. En sjettedel af de ikke hensigtsmæssigt akutindlagte havde således diagnosen *causa socialis*, mens dette kun var tilfældet for 1 % af de hensigtsmæssigt indlagte. Den næst- og tredjehyppigste indlæggelsesdiagnose for de uhensigtsmæssigt indlagte var henholdsvis cerebrovaskulære sygdomme

---

<sup>12</sup> AEP-protokollen består af en række objektive kliniske kriterier, der i forhold til den enkelte patient bruges til at afdække hensigtsmæssigheden af indlæggelsen. Den udførlige liste kan ses i bilag 1. Mindst ét AEP-kriterium skal være opfyldt, for at der er tale om en hensigtsmæssig indlæggelse.

<sup>13</sup> To patienter blev ekskluderet fra undersøgelsen, idet deres journaler var så mangelfuldt udfyldt, at det ikke var muligt at vurdere indlæggelsernes hensigtsmæssighed.

(karsygdomme i hjernen) og lungebetændelse, mens de hensigtsmæssigt indlagte oftest var indlagt med en hjertekardiagnose eller en infektionssygdom.

Undersøgelsen viste, at der generelt var god overensstemmelse imellem socialt betingede indlæggelser og den efterfølgende vurdering af denne som værende uhensigtsmæssig. Der var også god overensstemmelse mellem de indlæggende lægers vurdering af indlæggelsens hensigtsmæssighed og den efterfølgende AEP-vurdering. Men undersøgelsen påpegede også, at 16 % af de indlæggelser, der af indlæggende læge blev vurderet som uhensigtsmæssige, efterfølgende viste sig at være hensigtsmæssige i forhold til AEP-vurderingen. Indlæggende læges vurdering var således en god, men ikke tilstrækkelig indikator for, om en indlæggelse på hospital vil være hensigtsmæssig.

Undersøgelsen understøttede tidligere undersøgelser, der har vist, at uhensigtsmæssige indlæggelser tegner sig for en stor del af de medicinske afdelingers sengedagsforbrug – de 24 % uhensigtsmæssige indlæggelser tegnede sig tilsammen for 28 % af det samlede sengedagsforbrug, mens en tredjedel af sengedagene skyldtes ventetid på foranstaltninger i primærsektoren, såsom aflastnings- og plejehjemspladser og hjemmepleje.

Andre interessante fund var, at 79 % af de uhensigtsmæssigt indlagte patienter fik udført mere end standardprøver. 49 % af patienterne modtog ikke behandling inden for det første døgn, selvom de var akutindlagte, og 18 % af de indlagte modtog slet ingen behandling under indlæggelsen.

Undersøgelsen pegede på, at der er mange patienter, der ikke er hensigtsmæssigt indlagt, og at mange af disse patienter formentlig helt kunne undgå indlæggelse, hvis der var tilstrækkelige tilbud om pleje og mobilisering, samt lægelig vurdering uden for hospitalet. Det anbefales derfor at arbejde videre med at udbygge primærsektorens akutberedskab og mulighed for at tilbyde midlertidige alternativer til ophold i eget hjem.

Samtidig pegede undersøgelsen på et behov for at styrke den medicinske modtagelse, så denne hurtigt kan revurdere de indlagte patienters behov for behandling og i forlængelse heraf styrke indsatsen for at konvertere en del af indlæggelserne til subakutte indlæggelser på daghospital eller ambulante behandling.

## **8. Silkeborg Centralsygehus (1994): Hvorfor akut medicinsk indlæggelse? Er der et alternativ?**

Medicinsk afd. M på Silkeborg Centralsygehus udførte i 1994 en spørgeskemaundersøgelse, hvor de indlæggende læger vurderede årsagerne til indlæggelse for i alt 266 patienter på afdelingen. Herefter gennemgik et panel med repræsentanter fra primær- og sekundærsektor en række udvalgte patientforløb, for derved at identificere hvilke sociale og medicinske tiltag i samarbejdet mellem sygehus- og primærsektor der kan forebygge eller ændre indlæggelser, der primært er betinget af sociale årsager. Gennemgangen er baseret på (Olesen et al 1998).

Indlæggende læge vurderede, at 15 % af de gennemgåede indlæggelser udelukkende var socialt betingede, mens 37 % af indlæggelserne vurderedes at kunne erstattes af en kort observationsindlæggelse, ligesom yderligere 20 % kunne konverteres til subakut indlæggelse, mens ambulante vurdering den efterfølgende dag ikke vurderedes at være et brugbart alternativ.

Auditørundersøgelsen pegede i forlængelse af ovenstående resultater og paneldebatten på, at det var nødvendigt at udbygge sygehusets ambulante og subakutte kapacitet og visitationsprak-

sis, ligesom det var nødvendigt at optimere hjemmeplejens akutte beredskab samt brugen af og adgangen til kommunale aflastningspladser.

På baggrund af undersøgelsen opstilles en række konkrete anbefalinger, der vurderes at kunne forbedre samarbejdet omkring de ældre patienter, der indlægges af sociale årsager:

- Det skal gøres nemmere for den indlæggende læge at få afklaring på, om der er ledige akutte aflastningspladser i kommunen – der skal være et direkte nummer bemandet med personale, der med det samme kan tage stilling til, om der er ledige pladser.
- Sygehuset bør sørge for, at der er en veldefineret koordinerende person, der varetager kontakten til kommunerne i optageområdet og er ansvarlig for at holde personalet opdateret i forhold til samarbejdsaftaler og administrative rutiner.
- Der skal udarbejdes systematiske funktionsbeskrivelser for de ældre patienter ved ind- og udskrivning, som behandlingen og kontakten til praktiserende læge kan tage udgangspunkt i.
- Der bør oprettes et akut udrednings- og observationsafsnit som kan vurdere patienternes behandlingsbehov inden for 24-48 timer.

### **9. Silkeborg Centralsygehus (1994-95): Indlæggelse af gamle af sociale årsager**

Ligeledes på Silkeborg Centralsygehus gennemførte man i 1994 en kvalitativ undersøgelse, der havde til formål at undersøge indlæggelsesbaggrunden samt den ældres, de pårørendes og det akutsociale kommunale netværks forventninger til indlæggelser af sociale årsager. Følgende er baseret på (Kirkegaard 1995).

Til undersøgelsen blev foretaget dybdegående interview med 10 indlagte patienter, der havde diagnosen *causa socialis*, og 39 pårørende, hjemmesygeplejersker, praktiserende læger og vagtlæger, som vurderedes at være centrale for den ældres evne til at klare sig i hverdagen. Patienterne var udvalgt af et panel af klinikere ud fra følgende inklusionskriterier:

- Et udækket plejebestand som ikke blev dækket uden for sygehus
- En medicinsk tilstand af en sådan art, at den kunne klares hjemme, hvis plejebestanden blev dækket.

Undersøgelsen viste, at den primære årsag til socialt betingede indlæggelser var, at der ikke var opbygget et tilstrækkeligt professionelt netværk omkring den gamle, og i mindre grad, at der skete et sammenbrud i et velfungerende etableret netværk.

Hospitalsindlæggelsen fungerede i en del tilfælde som et springbræt til at forandre og forbedre den ældres situation, således at netværket igen var i stand til at varetage deres behov for pleje og praktisk bistand. Forandringerne kunne fx være plejehjemsplads, boligændringer, overførsel til ældrebolig eller omorganisering af hjemmeplejens ydelser. Men lige så ofte var indlæggelsen kendetegnet ved at være en lappeløsning, der resulterede i, at den ældre i realiteten blev udskrevet til en uændret situation.

Undersøgelsen viste ligeledes, at hverken de ældre, deres pårørende eller det involverede personale vurderede indlæggelsen som en hensigtsmæssig løsning – ligesom flertallet af de adspurgte ikke forventede, at indlæggelsen ville løse de konkrete problemer, som lå til grund for denne. Undersøgelsen pegede endvidere på, at der ikke var væsentlige forskelle imellem de forskellige informanters vurdering af indlæggelsen.

På baggrund af undersøgelsen anbefales det, at:

- der skal tilvejebringes flere aflastningspladser,
- det sociale system får samme akutforpligtelse, som hospitaler har ved akut sygdom,
- den praktiserende læge involveres i planlægningen af, hvad der skal ske efter udskrivelsen,
- der oprettes et akut geriatrisk beredskab, som kan vurdere den ældres situation forud for evt. indlæggelse.

## 10. Gentofte Amtssygehus (2000): Analyse af akutte medicinske indlæggelser

Formålet med undersøgelsen var at beskrive indlæggelsesmønstret på Gentofte Amtssygehus medicinske afdeling F og analysere, hvor stor en del af disse indlæggelser der ud fra en lægefaglig vurdering med fordel kunne konverteres til en subakut indlæggelse på et daghospital eller hurtigt ambulat udredning. Følgende er baseret på (Tang Friborg et al 2002).

Indlæggelsesmønstret blev kortlagt via modtagende læge på afdelingen, der sammen med patienterne udfyldte et spørgeskema. I alt blev der på denne måde registreret 214 patienter. Ud fra de udfyldte spørgeskemaer vurderede den gennemgående læge, hvor mange af indlæggelserne der var (u)nødvendige, samt hvor mange af disse der kunne have været løst via subakutte indlæggelser.

Undersøgelsen viste, at de hyppigste indlæggelsesårsager, fra henholdsvis skadestuen og primærsektoren, var som følger:

- Fra skadestuen: Lungebetændelse (18 %), apopleksi (17 %), sociale årsager (6 %).
- Fra primærsektoren: Lungebetændelse (18 %), apopleksi (9 %), hjertesvigt (9 %), sociale årsager (9 %).

Den gennemgående læge vurderede, at 76 % af alle indlæggelserne var nødvendige, mens 4 % var unødvendige og 14 % kunne konverteres til subakut ambulat behandling (ved 6 % var vurdering enten ikke mulig eller der var andre mere relevante forslag). Andelen af helt unødvendige indlæggelser er således lille (4 %), men som forfatterne påpeger, så er det tankevækkende, at netop disse patienter gennemsnitligt var indlagt i ni dage.

Undersøgelsen konkluderede, at 17-20 % af indlæggelserne fra primærsektoren med fordel kunne have været løst på et daghospital, mens dette kun var tilfældet for ca. 10 % af de indlæggelser, der kom fra skadestuen.

Undersøgelsen peger, ligesom undersøgelsen fra Frederiksborg Amt (nr. 5), på, at der er meget stor diskrepans imellem lægernes og patienternes egen vurdering af, om indlæggelsen har været hensigtsmæssig. Således vurderede 82 % af de patienter, der blev vurderet som værende uhensigtsmæssigt indlagt, at de selv følte, at indlæggelsen var nødvendig. Dette forhold mener forfatterne er en medvirkende årsag til at øge antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser, da lægerne i primærsektoren ofte er i en vanskelig situation, hvor de mangler diagnostiske redskaber til at kunne vurdere patienten, samtidig med at de ofte er tidspressede.

Undersøgelsen viste imidlertid også, at 55 % af de indlagte patienter i ugen op til indlæggelsen, ud over selve kontakten, der førte til indlæggelsen, havde været i kontakt med egen læge eller vagtlæge. Det konkluderes, at der foreligger et stort potentiale for at konvertere akutte indlæggelser til subakutte indlæggelser. Men samtidig påpeges det, at det vil kræve grundig informati-

on til patienterne, hvis dette potentiale skal udnyttes, idet undersøgelsen jo samtidig viste, at patienterne ikke mente, konvertering til ambulante ydelser var mulig i nær samme omfang som lægerne.

### **11. Amager Hospital og Slagelse Centralsygehus (2003): U hensigtsmæssige indlæggelser på medicinske afdelinger**

I foråret 2003 udførte Amager Hospital og Slagelse Sygehus et forsøg med henblik på at afprøve anvendeligheden af AEP-kriterierne<sup>14</sup> som screeningsredskab til at identificere uhensigtsmæssigt indlagte patienter. I undersøgelsen indgik 518 akutindlagte patienter over en fireegersperiode i foråret 2003. Følgende er baseret på (Ishøy et al 2005).

AEP-kriteriernes anvendelighed blev vurderet via en evaluering, der havde til formål at sammenholde en rutinemæssig brug af AEP-kriterierne med en retrospektiv vurdering af patienternes faktiske indlæggelsesforløb. Denne blev foretaget af den modtagende læge, den læge, der udreder patienten, og afdelingernes projektkoordinerende speciallæger, der ved udskrivelsen tilføjede udskrivningsdiagnose og dato for udskrivelsen. De projektkoordinerende læger vurderede tillige på baggrund af indlæggelsens forløb, om indlæggelsen med fordel kunne være erstattet af et relevant alternativt henvisnings- eller behandlingstilbud i form af dagafsnit, ambulatorium eller kommunale alternativer.

Undersøgelsen viste, at speciallægen vurderede, at 84,5 % af de akut indlagte patienter havde behov for akut indlæggelse – og ud af disse opfyldte 77,2 % ét eller flere AEP-kriterier. Begrundelsen for at indlægge blandt de mange, som ikke havde opfyldt et AEP-kriterium var som oftest et behov for monitorering (32 %) eller IV-adgang til væske eller medicin (32 %).

Desuden pegede undersøgelsen på, at 15,5 % af patienterne med fordel kunne være behandlet på anden vis end en akut medicinsk indlæggelse.

På baggrund af erfaringerne med brugen af AEP-kriterier anbefales det at indføre redskabet som screeningsværktøj, men det påpeges samtidig, at når stikprøven viser et stort antal uhensigtsmæssige indlæggelser, er det nødvendigt, at de enkelte cases vurderes med henblik på at udpege alternative løsninger.

### **12. Den gode medicinske afdeling (2005): "Tværsnitsundersøgelse (TVU4)"**

Den gode medicinske afdeling (DGMA) var et nationalt kvalitetsudviklingsprojekt, der eksisterede fra 2000 til udgangen af 2006.

DGMA har bl.a. gennemført tværsnitsundersøgelser blandt de medvirkende afdelinger, og i den seneste, TVU4 (Münter et al. 2005), medvirkede 114 medicinske sengeafsnit<sup>15</sup>. I undersøgelsen opgøres andelen af hensigtsmæssige indlæggelser<sup>16</sup> via journalaudit af en stikprøve fra hver afdeling til at være 90 %. Disse 90 % fordelte sig således, at 78 % af samtlige indlæggelser opfyldte mindst ét AEP-kriterium ved indlæggelsen, og de resterende 12 % af samtlige opfyldte ikke noget AEP-kriterium, men blev på baggrund af personalets kliniske vurdering klassificeret

---

<sup>14</sup> Se bilag 1 for oversigt over AEP-kriterierne. Se evt. undersøgelse nr. 7 for anden anvendelse af dem.

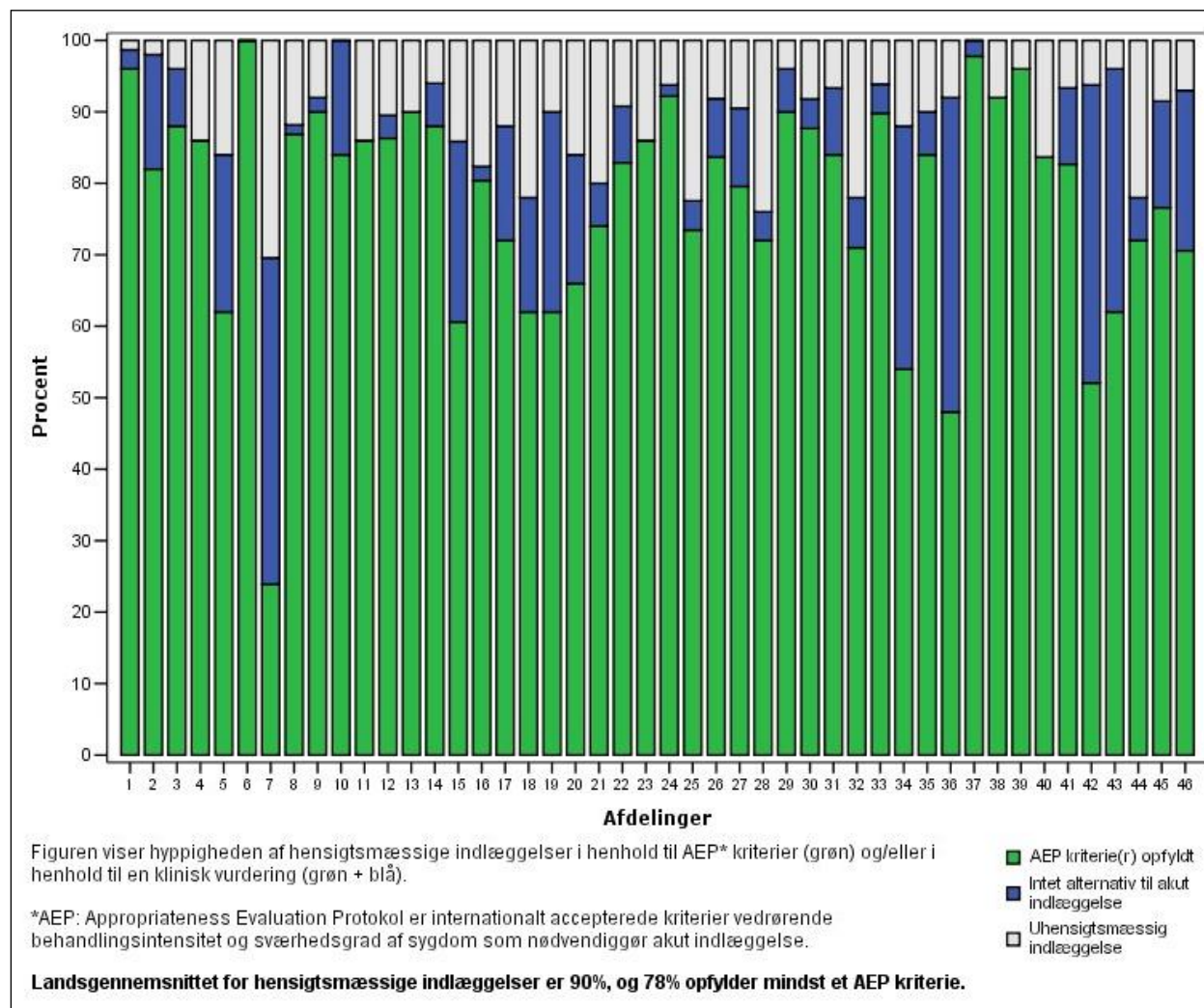
<sup>15</sup> I alt et materiale bestående af 3.076 journaler på akut indlagte medicinske patienter. Vær opmærksom på, at patienter udskrevet samme dag, som de blev indlagt, *ikke* er medtaget i undersøgelsen.

<sup>16</sup> DGMA brugte AEP-kriterierne (Apropriateness Evaluation Protocol) som fast standard til at vurdere indlæggelsens hensigtsmæssighed. Se bilag 1 for AEP-kriteriernes indhold

som hensigtsmæssige, fordi der ikke var noget alternativ til akut indlæggelse. De sidste 10 % blev klassificeret som uhensigtsmæssigt indlagte.

Antallet af uplanlagte akutte genindlæggelser inden for 30 dage efter udskrivelsen er i undersøgelsen opgjort til at udgøre 13 % af det samlede antal indlæggelser, hvilket er en stigning på 2 % i forhold til TVU3 fra 2003. Som det ses af nedenstående figur, viser undersøgelsen, at der er stor variation i andelen af indlæggelser, der vurderes som værende hensigtsmæssige (i betydningen mindst ét AEP-kriterium): fra 24-100 %.

Figur 7. Hensigtsmæssig indlæggelse



Kilde: (Münter et al 2005)

De otte hyppigste indlæggelsesårsager tegner sig for 53 % af hele patientpopulationen. Af disse er lungebetændelse den hyppigste, herefter kommer KOL (rygerlynger), apopleksi (hjerneblødning), kategorien "lægelig observation", iskæmisk hjertesygdom, hjerterytmeforstyrrelser, mave/tarm sygdomme og blærebetændelser.

Helt overordnet kan disse hyppige diagnoser opdeles i to grupper:

- De (generelt) mere specialiserede, relateret til nogle af de store kroniske folkesygdomme, såsom KOL (rygerlunger), hjerte-kar-lidelser (iskæmisk hjertesygdom og hjerterytmeforstyrrelser) samt apopleksi (hjerneblødning).

- De mindre specialiserede diagnoser relateret til forhold som generel svækkelse, manglende væske og ernæring, såsom lungebetændelse, blærebetændelse og ”lægelig observation”.

Angående mave-tarm-sygdomme peger undersøgelsen ikke på, hvilke mere specifikke diagnoser der er tale om. Der kan både være tale om mere specialiserede lidelser, men også om fx diaré, infektioner og afrusning.

Det er værd at bemærke, at hverken de patienter, der ikke opfyldte AEP, eller de uhensigtsmæssigt indlagte (i tabellen herunder benævnt som ”hensigtsmæssigt alternativ til akut indlæggelse”), adskilte sig væsentligt fra totalens gennemsnit, hvad angik alder eller varighed af indlæggelse:

Tabel 2. Alder og liggetid for patienterne i DGMAs undersøgelse (TVU4)

	Alle patienter i TVU4 (n=3076 / 100%)	AEP ikke opfyldt (n=679 / 22%)	Hensigtsmæssigt alternativ til akut indlæggelse (n=319 / 10%)
Gennemsnitsalder	66,9 år	64,9 år	65,0 år
Indlæggelsesvarighed	6,8 dage	6,3 dage	5,4 dage

Kilde: Tabel fremsendt af Jørgen Steen Andersen (tidl. projektansvarlig overlæge i DGMA).

Som det fremgår, var der ikke tale om en specielt kort liggetid for patienter, der ifølge en faglig vurdering mere hensigtsmæssigt kunne have undgået en akut indlæggelse. Det er dog svært at konkludere noget entydigt omkring mulighederne for alternativer for de 22 %, der ikke opfyldte et AEP-kriterium i denne undersøgelse, da det ikke lå inden for TVU4s rammer og formål at foretage en dybdegående undersøgelse af denne gruppe, sådan som det netop blev gjort i den tidligere refererede undersøgelse fra Frederiksborg Amt (Jensen 1995). Og således må vi nøjes med at konkludere, at den nyeste undersøgelse på området peger på, at der findes 10 % uhensigtsmæssigt indlagte, og at i alt 22 % ikke opfylder et AEP-kriterium, men da der ikke fandtes noget hensigtsmæssigt alternativ til en akut indlæggelse, blev dette løsningen på patientens situation.

### 13. Glostrup Hospital og 7 kommuner (2007): Opfølgende hjemmebesøg v. hjemmesygepleje og almen praksis

Dette projekt omhandler i en intervention, der for nylig er blevet testet i et samarbejde mellem Glostrup Hospital, syv af hospitalets optagekommuner og 63 % af de praktiserende læger i området (Jacobsen, HN, m.fl. 2007). Undersøgelsen er udført som et randomiseret, kontrolleret interventionsstudie med henblik på at teste effekten af en tidlig og tæt opfølgning efter udskrivelse af ældre, medicinske og geriatriske patienter, foretaget af praktiserende læge og hjemmesygeplejerske. Interventionen består af tre opfølgende besøg, der er fordelt over en otteugers periode efter udskrivelse fra hospital. Inklusionskriterierne var ældre over 78 år, med minimum to dages hospitalsindlæggelse, hvor egen læge havde indvilliget i at deltage i projektet. Interventionsgruppen bestod af 166 patienter, mens kontrolgruppen bestod af 165 patienter.

På det første besøg, der blev udført inden for en uge efter udskrivning, deltog egen læge og en kommunal hjemmesygeplejerske, som sammen gennemgik patientens medicinske behandling, sygehusets behandlingsplan og behovet for kommunale hjælpeforanstaltninger. Henholdsvis tre og otte uger efter udskrivningen modtog patienten tilbud om besøg af eller konsultation hos



egen læge, med henblik på at foretage en løbende opfølgning og justering af den medicinske behandling og de øvrige behov, som blev afdækket på første besøg. Ved de i alt maks. tre kontakter har der været særlig opmærksomhed på forbedret kontrol med den medicinske behandling, opfølgning på behandlingsplanen fra sygehuset og på at afdække patientens behov for hjælpe- og omsorgsforanstaltninger.

Evalueringen er kvantitativ såvel som kvalitativ, og data er omfattende. I det følgende gives kun en kort og overordnet gennemgang af hovedresultater. Interventionsgruppens forbrug af sygehjælp var signifikant mindre end kontrolgruppens, mens deres udgifter til medicin og sundhedsforanstaltninger i primærsektoren blev forøget, ligesom kommunerne fik et lille merforbrug af hjemmesygeplejeydelser. Samlet set er der imidlertid en økonomisk nettobesparelse på ca. 5.000 kr. pr. borger allerede inden for den periode, der lå ½ år efter starten af den opfølgende indsats<sup>17</sup>, når interventionsgruppens samlede forbrug af sundhedsydelser sammenlignes med kontrolgruppens. Besparelsen fordeler sig dog ikke jævnt på de to sektorer, og således var interventionen i dette projekt primært en besparelse for det regionale sundhedsvæsen, og i langt mindre grad for det kommunale. Endvidere konkluderes det, at patienternes tilfredshed med deres egen læges indsats og viden under forløbet forbedredes sammenlignet med kontrolgruppen. En sandsynlig forklaring er, at lægens involvering i opfølgingsforløbet og efterlevelse af epikrisens anbefalinger øges. Endelig gav størstedelen af de medvirkende praktiserende læger og hjemmesygeplejersker udtryk for, at de var tilfredse med ordningen og derfor ønsker denne fortsat.

#### **14. Gentofte Hospital og 3 kommuner (2006): Følge hjem-ordning efter hospitalsindlæggelse**

Fra maj 2005 til december 2006 udførtes der i samarbejde mellem Gentofte Hospital (medicinsk afdeling C og geriatrisk funktion), samt Gentofte, Lyngby-Taarbæk og Søllerød Kommuner et kontrolleret randomiseret interventionsstudie, der skulle vurdere konsekvenserne af en tværfaglig og tværsektoriel følge hjem-ordning til medicinske patienter over 80 år ved udskrivelse. Følgende er baseret på interview med den ledende geriatriske overlæge på Gentofte, Finn Rønholt Hansen, samt ikke publiceret materiale<sup>18</sup>. Der er ikke foretaget en økonomisk evaluering af interventionen, hvilket dog planlægges. Således rapporteres kun de kliniske fund på nuværende tidspunkt. Undersøgelsens samlede resultater forventes publiceret i løbet af foråret 2007.

Undersøgelsen inkluderede 558 patienter; 268 i interventionsgruppen og 290 i kontrolgruppen. På Gentofte Hospital blev oprettet et såkaldt 'følge hjem-team', bestående af en læge, en sygeplejerske, en fysioterapeut, en ergoterapeut og en sekretær. Hertil kommer en ergoterapeut eller en sygeplejerske fra de tre kommuner.

---

<sup>17</sup> Evalueringen indeholder ikke data for, hvornår effekten af interventionen aftager. Men evalueringen af GERO-teamets indsats tyder på, at effekten ikke kun ligger de første seks måneder. Hertil kommer, at Glostrup-projektet baserer sig på aktører, der permanent er en del af sundhedsnetværket omkring de ældre, i modsætning til andre interventioner, hvor det er et specielt interventionsteam, som skaber effekten. Det giver yderligere grund til at forvente mere varige effekter af Glostrup-projektet, der ligger ud over de resultater, der ses 0-6 måneder efter.

<sup>18</sup> Rapporten "Følge hjem-ordning til ældre medicinske patienter som udskrives fra hospital", februar 2007, er ikke publiceret, men udleveret af (dav.) ledende overlæge i geriatri på Gentofte Hospital, Finn Rønholt Hansen.

Selve interventionen bestod i, at medicinskema, epikrise, recepter og doseringsæsker blev gennemgået for patienterne ved udskrivelsen. På udskrivelsesdagen blev patienterne fulgt hjem fra hospitalet af en eller to fra teamet, og i hjemmet blev medicin, fysiske funktioner, hjælpemidler samt behov for supplerende sociale ydelser gennemgået med patienten. Ved behov for tiltag blev relevant personale i primærsektoren kontaktet. I dagene umiddelbart efter udskrivelsen var der ved behov mulighed for at aflægge yderligere opfølgende besøg hos patienten med det formål at foretage yderligere gennemgang af medicin, instruktion i hjælpemidler, i øvelsesprogram eller kortvarig træning i hjemme. Gennemsnitligt blev der aflagt to sådanne supplerende besøg pr. patient i interventionsgruppen.

12 uger efter udskrivelsen blev effektmål registreret, og de viste følgende resultater:

- Patienterne i interventionsgruppen havde en signifikant lavere risiko for genindlæggelse (69 ud af 268 – 26 % – genindlægges i interventionsgruppen, mens 104 ud af 290 – 36 % – genindlægges i kontrolgruppen).
- Patienterne i interventionsgruppen genindlægges generelt senere og i længere tid end dem i kontrolgruppen (16,2 dage mod 14,2 i kontrolgruppen), men da færre genindlægges i interventionsgruppen, bruger denne samlet set færre sengedage på genindlæggelser (1.119 mod 1.480 i kontrolgruppen). De længere og senere genindlæggelser ses som udtryk for, at interventionen bidrager til at forhindre kortvarige genindlæggelser.
- Der er ikke signifikant forskel mellem patienterne i de to grupper mht. tildeling af sociale ydelser (hjemmehjælp, hjemmesygepleje og hjælpemidler), fysisk funktionsniveau eller patienternes selvvalgte helbred.
- En spørgeskemaundersøgelse blandt de involverede parter, samarbejdsparter og patienter viser en generel positiv opfattelse.

Et yderligere interessant fund i undersøgelsen omhandler medicineringen. I en delperiode under projektet (juni 2005-april 2006) fik 127 patienter i interventionsgruppen gennemgået deres medicin, og der blev registreret utilsigtede hændelser hos 51 patienter (40 %) – i alt 73 utilsigtede hændelser, idet flere patienter havde 2-3 utilsigtede hændelser. De 73 utilsigtede hændelser fordelte sig således: 35 % skyldtes fejl eller mangler på medicinskema eller epikrise (udskrivningsbrev), 22 % skyldtes fejl i doseringsæsker, 18 % skyldtes fejl eller mangler på recepter, 7 % skyldtes fejl eller mangler i antikoaguleringsbehandling og de resterende 18 % skyldtes ikke specificerede fejl eller mangler.

Det forrige projekt – opfølgende hjemmebesøg – viste også, at interventionen havde stor betydning for medicineringen, og anden forskning peger ligeledes på betydningen af medicineringsområdet i relation til forebyggelige indlæggelser (Hallas et al 1991; Lægemedelstyrelsens arbejdsgruppe om klinisk farmaci 2004).

Denne intervention peger således ligesom den forrige på, at bedre håndtering af selve sektorovergangen efter udskrivelse ikke 'blot' har en effekt på patienternes oplevelse af sektorskiftet, men at det også har effekt på sundhedstilstanden og dermed på det fremtidige forbrug af sundhedsydelser.

## 15. Skagen (2006): Udgående tværsektorielt GERO-team

GERO-team Skagen<sup>19</sup> eksisterede fra 1999 til udgangen af 2006. Der var tale om et tværfagligt geriatrisk orienteret team, der udgik fra Frederikshavn-Skagen Sygehus og Skagen Kommune. Teamets kerne består af en speciallæge fra sygehuset (10 timer ugentligt), og fra kommunen deltog en sygeplejerske (på fuld tid). Teamet udførte intern medicinsk diagnosticering, kostudredning, opfølgning på uforklarede funktionstab, behandling og opfølgning efter komplicerede indlæggelsesforløb, bistod ved terminalbehandling i hjemmet og forestod udredning og opfølgning i forhold til demenstilstanden hos hjemmeboende borgere – alt sammen i samarbejde med de kommunale medarbejdere, der i forvejen var koblet til patienterne.

En væsentlig del af teamets opgaver foregik derfor i borgerens hjem, og en vigtig del af teamets opgaver bestod i at supervisere og rådgive det kommunale plejepersonale. Teamets medarbejdere mener, at det netop er disse forhold, der er kernen til at forstå styrkerne ved arbejdsformen. På den ene side kvalificerer arbejdsformen de behandlingsmæssige beslutninger, fordi der fremkommer langt mere præcis og relevant information, når patienterne undersøges og behandles i deres daglige omgivelser. På den anden side er det netop den løbende kompetenceudvikling af det kommunale plejepersonale, der på længere sigt kan gøre medarbejderne i stand til at opfange og reagere på borgernes begyndende funktionstab i tide, således at egentlige indlæggelser kan forebygges, samtidig med at standarden for plejen generelt hæves. Teamet beskriver det selv som følger:

”Samarbejdet med hjemmeplejen har stadigvæk meget karakter af, at vi laver kompetenceudvikling – det knytter sig især til hjælperne, der ofte har behov for supervision i, hvordan man udfører basal sygepleje, og hvordan man fx agerer, når man kommer hos terminalt syge. Dette gælder blandet andet på demensområdet, hvor mange af hjemmehjælperne står på bar bund, og der er mange uuddannede. Og det gælder også hele kost- og ernæringsområdet.” (Sygeplejerske i GERO-team, T. Sørensen)

I 2002 udførtes en evaluering af GERO-teamets effekt i forhold til patienternes forbrug af sygehusydelse. Evalueringen er udført som en kohorteundersøgelse, der kortlægger de tilknyttede patienters forbrug af sygehusydelse før og efter den intervention, som GERO-teamet udgør. Patienternes forbrug af sygehusydelse blev sammenlignet i forhold til totale antal indlæggelsesdage, den gennemsnitlige varighed af den enkelte indlæggelse og det samlede antal indlæggelsesdage for den enkelte patient.

Evalueringen viste, at de 239 patienter, som havde været tilknyttet teamet i året forinden, tilbragte 5.646 dage på sygehus, mens tallet i året efter interventionen blev reduceret til 2.925 dage, hvilket næsten er en halvering. Korrigeres der for dødelighed, således at det kun er den undergruppe, der overlevede hele opfølgingsperioden, bliver de tilsvarende tal 2.666 dage vs. 1.079 dage, hvilket er mere end en halvering af sengedagsforbruget. Sammenligner man på samme måde det samlede antal indlæggelser i populationen, ses i forlængelse heraf at disse blev reduceret fra 416 i perioden før til 290 i perioden efter.

I forhold til den gennemsnitlige indlæggelsestid viste evalueringen, at denne i halvåret efter kontakten til teamet faldt fra 10,4 dage før til 7,3 dage efter tilknytningen til GERO-teamet. Ju-

---

<sup>19</sup> Gennemgangen er baseret på en evaluering af teamets virke (Kontoret for Sygesikring og Sundhedsfremme i Nordjyllands Amt et al. 2002), et gruppeinterview med teamets medarbejdere, samt en tidligere dokument-, observations- og interviewbaseret analyse af teamet i (Lund Nielsen og Vinge 2004), hvor teamet, dets virke og samspil med det øvrige lokale sundhedsnetværk er beskrevet langt mere detaljeret og fyldestgørende.

steret for frafald grundet død var resultatet en reduktion fra 10 til 6 dage. For den efterfølgende periode, der ligger 7-12 måneder hhv. før og efter kontakten til teamet, reduceredes liggetiden fra 7,7 til 5 dage.

Ser man ud over 12-måneders-perioden efter kontakten, viser evalueringen ingen effekt af tilknytningen til GERO-teamet, hvilket formentlig kan tilskrives, at patienterne i gennemsnit er blevet tre år ældre, idet alder i sig selv udgør den største, kendte risikofaktor i forhold til hospitalsindlæggelse.

Der foreligger ikke kasseøkonomiske eller ressourcemæssige evalueringer, der inkorporerer patienternes forbrug af kommunale sundheds- og omsorgsydelser, ligesom patienternes forbrug af ambulante ydelser heller ikke er kortlagt.

Det er værd at bemærke, at en reduktion i forbruget af sygehuseydelser ikke var formålet med teamets virke, men dette blev alligevel et af resultaterne af denne intervention.

## **16. Frederiksberg Hospital (2004-): Udgående sygeplejerske fra Akut medicinsk modtageafsnit (AMA)**

Akutmodtagelsen på Frederiksberg Hospital siden 2004 haft et team, der leverer hospitalsydelser før og efter indlæggelse og rådgiver primærsektoren før og efter indlæggelse.

Følgende er baseret på interview med en udgående AMA-sygeplejerske i 2007 og 2011, samt projektbeskrivelse og evaluering (Nielsen 2004; Nielsen 2005).

Siden efteråret 2006 har teamet desuden udført mere systematisk vidensoverførsel til personalet i kommunens hjemmepleje og plejehjem. I forbindelse med projektet er også oprettet en døgnåben telefon, hvor personale og læger fra primærsektoren kan ringe ind for at rådføre sig med personalet på AMA i tilfælde af tvivlsspørgsmål i forbindelse med et forløb.

Udgående AMA har kontakt til ca.800 patienter årligt og bemannes dagligt af en sygeplejerske fra 8-15, og mandag-onsdag ligeledes fra 14-22. (I forbindelse med det øgede kommunale medfinansiering af indlæggelser i 2012 har Frederiksberg Kommune besluttet at indgå i ordningen ved at bemane udgående AMA de to resterende aftener samt i weekender.)

De typiske arbejdsopgaver er hjemmebesøg, hvor der leveres mange af de samme ydelser, som ved indlæggelse på afdelingen, idet de udgående sygeplejersker har mere apparatur / måleudstyr med, end hjemmesygeplejen vanligtvis har. Et par eksempler på aktuelle arbejdsopgaver:

- 1) En praktiserende læge ringer om en patient på et plejehjem, som man mistænker har lungebetændelse, ud fra den kliniske undersøgelse og blodprøver som udgående AMA tager, bekræftes mistanken og egen læge sætter patienten i behandling.
- 2) Et plejehjem ringer om en borger på plejehjem, som man mistænker for gastroenteritis. Sygeplejersken tager prøver, som bekræfter mistanken, og borgeren sættes i behandling og isoleres på plejehjemmet i stedet for at blive indlagt til isolation.

Baggrunden for projektet var ønske om at levere en række af AMAs normale ydelser i patientens eget hjem, således at en egentlig indlæggelse enten kunne forkortes eller helt undgås. Men sygeplejerskerne har indlæggelsesret, og skal ikke holde patienter fra indlæggelse hvis det skønnes nødvendigt.

Udgående AMA har i en periode forsøgt at kompetenceudvikle plejepersonalet til at blive bedre til at forebygge, men den del af deres virke blev aldrig understøttet af kommunen, og ophørte

derfor igen. Men det var en målsætning, at hjemmeplejen skal involveres yderligere i at nedbringe antallet af denne type indlæggelser, bl.a. fordi opgørelser viste, at mange af de patienter, der blev indlagt med ikke behandlingskrævende tilstande, i forvejen modtog daglig hjemmepleje og hjemmesygepleje. En af de udgående sygeplejersker beskriver baggrunden og formålet med denne del af projektet som følger:

”...det drejer sig om [at forebygge, red.] fald i hjemmet, dehydratio, urinvejsinfektioner og causa socialis – selvom diagnosen ikke bruges længere, eksisterer den stadig, men så kalder man den bare noget ekstra – fx CS og fald i hjemmet. For de fire diagnoser har vi prøvet at lave opgørelser over antallet, og vi har holdt møder med hjemmeplejen om dem med henblik på at mindske antallet af disse typer af indlæggelser.

Vi har valgt de fire diagnoser, fordi vi mener, at det er dem, der kan forebygges – fordi det er der, hvor det daglige personale kan gøre en afgørende forskel, hvis de er opmærksomme på symptomerne, og hvis de er rustet eller bedre uddannet til at spotte symptomerne i tide. Det er vores overbevisning, at hjælperne, som det er nu, ikke ved nok om de her symptomer til at kunne forebygge indlæggelserne [...] Vi mener i hvert fald selv, at en del af kernen i det her er, at SOSU-hjælperne får noget mere viden”. (Udgående akutmedicinsk sygeplejerske, O. Larsen)

Undervisningen tog udgangspunkt i, at de udgående hospitalssygeplejersker sammen med de lokale hjemmeplejegrupper gennemgik repræsentative eksempler på indlæggelser inden for de udvalgte diagnoser. Hermed var det intentionen, at hjemmehjælperne skulle få flere kompetencer i forhold til at se de faresignaler, som ofte går forud for denne type indlæggelser.

Projektet er således et eksempel på, hvordan en udgående funktion, ud over den praktiske supervision, der foregår ude i borgerens hjem, kan være med til systematisk at løfte hjemmeplejens faglige niveau. Samtidig stødte denne del af projektet mod barrierer i form af manglende opbakning, og stoppede derfor igen.

Der er ikke udført en effektevaluering eller økonomisk vurdering af udgående AMA. Men da der blandt alle teamets samarbejdsparter var udpræget tilfredshed med teamets arbejdsområde, kompetencer og opgaver har teamet siden 2005 været permanent uden andre væsentlige ændringer i den daglige drift end oven for beskrevne udvidelse af åbningstiden hvor kommunen planlægger at indgå i ordningen.

## 17. Kommunalt akutteam: Helsingør Kommune (1997-)

Oprettelsen af specialiserede og fleksible team der er i stand til at yde en akut og intensiv indsats i borgernes eget hjem, er ikke en interventionsform, der udelukkende er knyttet til hospitalssektoren. Enkelte kommuner er begyndt at oprette egne udgående team. Et eksempel er akut-teamet i Helsingør Kommune, der blev etableret i 1997 og var finansieret 50/50 mellem amt og kommune<sup>20</sup>. Med udgangen af 2006 er hele teamets finansiering overgået til Helsingør Kommune.

Teamet blev oprettet med det formål at;

- reducere antallet af unødvendige indlæggelser af patienter med simple medicinske symptomer, da disse ofte blev udskrevet lige så hurtigt, som de kom ind på hospitalet – heraf betegnelsen ”svingdørspatienter”.
- reducere overbelægningen på de medicinske afdelinger.
- forberede subakutte indlæggelser eller helt undgå disse (Trinskjær 2005).

---

<sup>20</sup> Hvor andet ikke fremgår, er gennemgangen baseret på Helsingør Kommunes inspirationshæfte (Trinskjær 2005), samt interview med den daglige leder af Akutteam Helsingør.

Teamet består primært af sygeplejersker og er døgnåbent. Teamet kan tilbyde observation, pleje, og sygeplejefaglig behandling i eget hjem efter henvisning fra vagtlæge, egen læge eller sygehuslæge.

Akutteamet fungerer organisatorisk som en specialiseret enhed i den kommunale hjemmesygepleje, men adskiller sig ved at have en friere arbejdstilrettelæggelse og et højere kvalifikationsniveau end hjemmeplejen som helhed.

Det særlige ved teamets ydelser er, at der kan leveres en intensiv og akut pleje i eget hjem, som rækker ud over det beredskab, der normalt kan tilbydes i hjemmeplejens regi. Teamet kan reagere her og nu, og kan levere en situationsbaseret pleje, der tager udgangspunkt i patientens behov frem for kommunale standarder og visiterede ydelser. Den frie arbejdstilrettelæggelse gør, at teamet konstant kan tilpasse arbejdsdagen til de aktuelle behov.

Ved oprettelsen var det meningen, at akutteamet primært skulle beskæftige sig med borgere over 67 år, men det har siden vist sig, at teamets målgruppe – særligt som følge af, at mange terminale kræftpatienter og kirurgiske patienter henvises til teamet – også bestod af en del yngre patienter. Terminal pleje fylder meget i teamets hverdag, men derudover falder teamets patienter inden for et bredt spektrum af diagnoser, såsom lungebetændelse, konfusion, funktionstab og dehydrering.

Teamet har årligt ca. 400 borgere, som gennemsnitligt er tilknyttet teamet imellem 5 og 6 dage, og der aflægges årligt ca. 5.000 hjemmebesøg. Selvom der lægges vægt på, at teamet er en midlertidig ydelse, og der satses på, at der skal være fundet en mere permanent løsning inden for en uge, er der ikke nogen officiel øvre grænse for, hvor længe man kan være tilknyttet teamet – det afhænger af behovet.

Den seneste, tilgængelige opgørelse over, hvor patienterne ender efter udskrivning fra akutteamet, er fra 2002, citeret i (Boll Hansen et al 2004). I 2002 skete følgende:

- 14 % kunne klare sig selv
- 20 % blev indlagt på sygehus
- 1 % flyttede på plejehjem
- 6 % var døde
- 59 % blev visiteret til vanlig hjælp eller yderligere hjælpeforanstaltninger i hjemmeplejen.

Der foreligger ingen kvantitative evalueringer af de økonomiske eller sundhedsmæssige effekter af akutteamets arbejde. Derfor er det ikke muligt at vurdere hverken omkostningseffektiviteten eller effekten af teamets indsats.

I en kvalitativt orienteret evaluering fra 2005 konkluderes det, at teamets medarbejdere, de praktiserende læger, patienterne og de hospitalsansatte alle udtrykker stor tilfredshed med teamet. Teamets ledelse giver desuden udtryk for, at teamet er attraktivt og nemt at arbejde med, fordi det tiltrækker motiverede og fagligt dygtige medarbejdere, der brænder for arbejdet og for at udvikle deres kompetencer.

På medarbejderniveau medfører teamets specielle plejeopgaver, at der sker en løbende opnormering af medarbejdernes kompetencer, som gør, at de opnår ekspertise inden for områder som palliation og diabetes.

Oprettelsen af et specialiseret team skaber et behov for, at indsatsen, og særligt overleveringen til den vanlige pleje, koordineres internt i kommunen. I forbindelse med overleveringen til det personale, der bagefter skal overtage plejen, vægtes praktisk oplæring og kompetenceudvikling af de pågældende medarbejdere højt. Således kan denne arbejdsform medvirke til at skabe mulighed for at teamet faciliterer vidensdeling og kompetenceudvikling i relation til hjemmeplejen. Lederen af akutteamet vurderer, at en stor andel af teamets borgere lider af blærebetændelse, lungebetændelse og influenza – hvilket er en mulig indikator på, at teamet er med til at forhindre forebyggelige indlæggelser, da disse diagnoser går igen i såvel de udførte interview som den gennemgåede litteratur om uhensigtsmæssige indlæggelser. Dette kan dog ikke dokumenteres på baggrund af de tilgængelige data.

Helsingør Sygehus oplever ifølge akutteamets leder også at kunne udskrive dårligere patienter til akutteamet end til hjemmeplejen – hvormed det også er muligt at teamet afhjælper overbelægningen på sygehuset ved at kunne hjemtage tidligere.

### **18. Udgående Akutafdeling: Kolding Kommune (2008-2009)**

Endnu et kommunalt eksempel på en udgående akutfunktion findes i Kolding Kommune, hvor der er foretaget en systematisk evaluering af (Wiuff m.fl. 2010). Projektet blev implementeret i 2008 og i fungerede frem til udgangen af 2009.

**Formålet** med afdelingen var bl.a. at:

- Reducere antallet af akutte, medicinske sygehusindlæggelser blandt ældre borgere.
- Reducere antallet af indlæggelse på kommunens lokale rehabiliterings- og akutcenter .

**Målgruppen** var voksne, fortrinsvis svage, ældre borgere med akut behov for et intensivt tilbud inden for observation, tryghed, pleje, omsorg og behandling, som ikke krævede sygehusindlæggelse, men som hjemmesygeplejen havde vanskeligt ved at imødekomme.

**Modellen** bestod i en såkaldt udgående akutafdeling, som i 2009 omfattede fem kommunale sygeplejersker og tre social- og sundhedsassistenter med særlige kompetencer indenfor akut rehabilitering og geriatri samt sundhedsfremme og forebyggelse.

Den udgående akutafdeling kunne træffes i dag- og aftentimerne. Hverdage var akutafdelingen bemandet med minimum to medarbejdere indtil kl. 18. I aftentimerne og i weekenden var der én medarbejder på vagt. Akutafdelingen tilbød borgere en intensiv og fleksibel pleje, omsorg og behandling i eget hjem og nærmiljø. Hjælpen skulle iværksættes indenfor en time efter en henvendelse om en borger. Den udgående akutafdeling havde desuden henvisningsret til syv akutpladser ud af i alt 28 rehabiliterings- og akutpladser på det kommunale rehabiliterings- og akutcenter.

Alle kunne henvise til den udgående akutafdeling: Det vil sige borgere, pårørende, hjemmesygeplejen, geriatrisk afdeling på Kolding Sygehus, praktiserende læger samt vagtlæger mv..

**Effekten** af den udgående akutafdeling er evalueret af Dansk Sundhedsinstitut (Wiuff m.fl. 2010). Resultaterne viser, at der i løbet af 2009 var i alt 226 borgere, som modtog akut hjælp i eget hjem fra akutafdelingen. Knap 20 % af disse borgere havde mere end ét forløb, og ca. 27 % af forløbene blev afsluttet med en akut sygehusindlæggelse.

Det lykkedes at reducere antallet af borgere på akutophold på det lokale rehabiliterings- og akutcenter fra 192 borgere i 2007 til 55 borgere i 2009 – et fald på 72 %. Samtidig faldt den

gennemsnitlige opholdslængde fra 8,5 dage i 2007 til 6,2 dage i 2009. De samlede omkostninger ved akutophold steg imidlertid fra 2007 til 2009 med ca. 14 % (fra 3,180 mio. kr. til 3,625 mio. kr.). Det var hovedsagelig en følge af, at der ikke var indgået en aftale om, at plejenormeringen i projektperioden skulle tilpasses – i fald der ville komme et mindre forbrug af akutpladser. Samtidig steg lønudgifterne som følge af omnormeringer og den almindelige lønudvikling. Antallet af akutte, medicinske indlæggelser blev imidlertid ikke reduceret som forventet. Således steg antallet af akutte, medicinske indlæggelser pr. 1.000 45+årige borgere fra 2007 til 2009 med 11 % i Kolding Kommune. Til sammenligning var der i samme periode en stigning i de fire omkringliggende kommuner på 14 % i Fredericia Kommune og ½-1 % i Haderslev og Vejle Kommuner; mens der var et fald i Vejen Kommune på 4 %.

Det har været en stor udfordring at implementere og organisere en nydannelse, som den udgående akutafdeling var i Kolding Kommune. Den udgående akutafdeling blev i starten mødt med en del skepsis i hjemmesygeplejen, som gerne selv ville løfte de opgaver, som akutafdelingen varetog. Hjemmesygeplejen og praktiserende læger betragtede akutafdelingen som et unødigt ekstra led i forhold til at henvise til det kommunale rehabiliterings- og akutcenter. Især på grund af hjemmesygeplejens skepsis var det en udfordring at få udbredt og anerkendt den udgående akutafdeling. Hjemmesygeplejen og ikke mindst hjemmeplejen havde en central rolle i forhold til at opfange små signaler på, at en indlæggelse kunne være under opsejling, og reagere på dem – fx ved at kontakte akutafdelingen – inden en borger blev så dårlig, at en indlæggelse var uundgåelig. Med tiden fik akutafdeling dog opbygget gode samarbejdsrelationer til en bred vifte af samarbejdsparter både internt i kommunen og eksternt (sygehus og praktiserende læger) og blev kendt for at udføre et grundigt og relevant stykke arbejde.

Et udsnit på 22 af de 226 borgere, som modtog akut hjælp i eget hjem, blev adspurgt om deres oplevelse af den akutte hjælp. Disse borgere syntes, at akutafdelingen leverede en god pleje og behandling. De oplevede en individuelt tilpasset tilgang og fleksibilitet i akutafdelingens ydelser. Personalet havde samtidig tid til at snakke med borgeren om, hvordan han/hun havde det - for nogle borgere var netop snakken noget af det vigtigste i behandlingen. De adspurgte borgere oplevede også, at der blev taget hensyn til, hvordan de plejede at få tingene gjort. At kunne blive i eget hjem under en akutperiode var betydningsfuldt for hovedparten af de adspurgte borgere. For enkelte borgere var hjemmet dog forbundet med en vis utryghed.

## 19. Kommunale sengepladser og akutstuer

Akutstuer er et alternativ til hospitalsindlæggelse, der er forankret i kommunalt regi, som efterhånden findes i en del kommuner<sup>21</sup>. Akutstuerne består af et mindre antal sengepladser (oftest under fem), og som oftest beliggende på et kommunalt plejehjem, der i forvejen har andre typer af døgnpladser, fx aflastnings- og genoptræningspladser. Pladserne har en højere personalemæssig normering end en almindelig plejehjemsplads, men er i øvrigt ofte bemanded med det samme personale som resten af plejehjemmet.

Organiseringen af tilbuddene varierer fra kommune til kommune, men grundtanken er alle steder, at stuerne skal kunne levere mere intensiv pleje og overvågning i en akut opstået sygdomsfasen, hvor behandlingsansvaret kan varetages af patientens praktiserende læge. Målgruppen er

---

<sup>21</sup> Se (Pagh 2002) og (Boll Hansen et al. 1997), (Storstrøms Amt og Næstved Kommune 2000), for eksempler og uddybning.



derved de patienter, der akutindlægges uden et egentligt behov for omfattende undersøgelser og medicinsk udredning, mens formålet med tilbuddet dels er at aflaste sygehusenes medicinske afdelinger og dels at skabe et mere skånsomt tilbud, der sparer de ældre borgere for den omvæltning og risiko, et hospitalsophold kan udgøre.

Henvisningsmæssigt adskiller akutstuer sig fra kommunale aflastnings- og genoptræningspladser ved, at borgerne kun kan 'indlægges' på baggrund af en lægelig visitation<sup>22</sup>.

Det har ikke været muligt at finde egentlige effektmålinger og evalueringer af kommunale akutpladser og dermed kvantitative evalueringer af akutstuernes sundhedsmæssige eller økonomiske effekter.

I Vestsjællands Amt kørte der fra 2000 til 2002 et toårigt projekt omkring oprettelsen af akutstuer i tre af amtets kommuner, hvor man ved at sammenligne de deltagende kommuner med det amtslige gennemsnit bl.a. forsøgte at vurdere akutpladsernes effekt i forhold til antallet og længden af akut medicinske indlæggelser og økonomiske besparelser.

Sammenligningen viste, at det gennemsnitlige antal indlæggelser for +75-årige patienter i de tre projektkommuner under projektperioden steg med 2%, mens det for amtet som helhed steg 9%. Antallet af forbrugte sengedage for de tre deltagende kommuner faldt med 7%, mens det for den tilsvarende patientgruppe i amtet som helhed steg med 5,5%. Endelig faldt den gennemsnitlige indlæggelsestid for +75-årige med 1,4 dage i projektkommunerne, mens den i amtet som helhed faldt 0,2 dage (Pagh 2002 p. 39)<sup>23</sup>.

I evalueringen vurderes det, at akutstuer muligvis ikke er en hensigtsmæssig løsning i små kommuner, da der ikke er et tilstrækkeligt patient- og personalegrundlag til at opretholde funktionen. Desuden peger undersøgelsen på, at det i tyndt befolkede egne vil være vanskeligt at opretholde den nærhed, som patienterne gerne skulle føle under indlæggelsen, ligesom afstandene bliver u hensigtsmæssigt lange for den praktiserende læge.

Endvidere peger de gennemgæede evalueringer samt de adspurgte interviewpersoner<sup>24</sup> på, at der i kommunalt regi skal være etableret så mange aflastningspladser og lignende alternativer, at der kan opretholdes et flow på akutstuerne, der gør, at de løbende kan modtage nye patienter, der kræver akut behandling.

---

22 I praksis er pladserne imidlertid ofte integreret med kommunernes øvrige genoptrænings- og aflastningspladser.

<sup>23</sup> I forbindelse med evalueringen blev der også udarbejdet et skøn over, hvor mange penge der kan spares ved at indlægge ældre patienter med ukomplicerede medicinske lidelser på en akutstue frem for en medicinsk afdeling. Skønnet er udarbejdet ved at sammenligne et skøn over hospitalernes DRG-omkostninger til de, som pga. pladsmangel på akutstuerne endte på en medicinsk afdeling, med et skøn over de gennemsnitlige omkostninger pr. indlæggelse på en akutstue. På denne baggrund vurderes det, at en indlæggelse på akutstue er ca. 5.000 kr. billigere end en hospitalsindlæggelse – hvilket giver en besparelse på 660.000 kr. for de 132 patienter, der i projektperioden var indlagt på en akutplads. Det skal imidlertid understreges, at resultaterne ikke er statistisk valide, idet der opereres med et lille datamateriale, over halvdelen af DRG-taksterne er baseret på et skøn, da der er et større antal afviste patienter, som man ikke har viden. Endvidere indgår det ikke i overvejelserne, at 19% af de ældre, der indlægges på akutstue, herudover udløser et hospitalsophold – som bør regnes med i den samlede omkostning pr. patient (Pagh 2002 pp. 29-31).

<sup>24</sup> Interview med visitator, B. Henningsen og ergoterapeut A. Østergaard om akutpladser i Stenløse Kommune (nu Egedal).

Gennemgang af eksisterende evalueringer og interview med ledende personale fra Stenløse Kommunes akutstue<sup>25</sup> peger på, at de praktiserende læger ikke oplever en øget belastning i forbindelse med indlæggelserne på akutstue. Tværtimod udtrykker lægerne stor tilfredshed med tilbuddet, fordi de oplever, at akutstuerne, sammenlignet med en hospitalsindlæggelse, skaber mere rolige og kontinuere patientforløb, hvorved det for den enkelte læge bliver nemmere at følge patienterne tæt i forbindelse med behandling og udskrivelse. Endvidere vurderer lægerne generelt, at akutstuen for den enkelte patient i målgruppen udgør et kvalitativt bedre alternativ i de givne situationer end en hospitalsindlæggelse.

Hidtidige erfaringer tyder endvidere på, at personalet på akutstuerne er tilfredse og trygge ved arbejdsopgaverne, der, i og med at forløbene er fokuseret på hurtig udredning og iværksættelse af basale tiltag med henblik på snarlig udskrivelse, er karakteriseret ved en højere grad af akut-tænkning end de traditionelle aflastnings- eller genoptræningsforløb.

I flere kommuner har man internt i personalegruppen oplevet en naturlig specialisering af de medarbejdere, der passer akutpatienterne, fordi opgaverne er mere forskelligartede og fagligt specialiserede. I forlængelse heraf giver det personale, der bemander akutpladserne, udtryk for, at de har oplevet et forbedret samarbejde med praksissektoren og en forbedret faglig udvikling (Pagh 2002; Storstrøms Amt og Næstved Kommune 2000).

Desuden vurderer 95 % af de adspurgte patienter i Vestsjællands Amt, at akutstuerne udgør et kvalitativt bedre tilbud end en akutindlæggelse på sygehus (Pagh 2002:4).

---

<sup>25</sup> Ibid.

## Bilag 2: Litteratur og referencer

- Boilesen (2007). "Følge-hjem" ordningen. September 2005-marts 2007. Geriatrik afdeling, medicinsk Center Aalborg Sygehus.
- Boll Hansen, E., Eskelinen, L., Sejr, T. & Wagner, L. (1997). *Ældrevenlige behandlingsforløb – en analyse af fem indsatstyper*. (DSI rapport 97.03). København: AKF Forlaget.
- Boll Hansen, E., Hovgaard Vested, S. & Engberg, L. (2004). *Specielle plejeopgaver uden for sygehus - status og udfordringer*. København: FOKUS.
- Christensen, SH., Larsen, O., Scheby, A., Juhl, B. (januar 2010). *Udgående hospital AMA – de professionelle problemknusere*. Version 4. Rapport. Opgørelse over data fra perioden 02.12.2004 – 14.04.2009.
- Hallas, J., Worm, J., Beck-Nielsen, J., Gram, L.F., Grodum, E., Damsbo, N. et al. (1991). *Drug related events and drug utilization in patients admitted to geriatric hospital department*. Danish Medical Bulletin, 38(5), s. 417-421.
- Helsingør og Hørsholm Sygehuse (1992). *Akut- og Genindlagte Medicinske patienter: En Undersøgelse af akut- og genindlagte patienter ved Helsingør og Hørsholm Sygehuse*. [S.l.]: Helsingør og Hørsholm Sygehuse.
- Hendriksen, C. (1985). *Rødovreprojektet: en 3-årig ældreundersøgelse*. Rødovre: Social- og Sundhedsforvaltningen.
- Hendriksen, C. (1987). *Konsekvenser af forebyggende hjemmebesøg blandt gamle mennesker: En opfølgning 2½ år efter interventionsprocedurens afslutning*. Ugeskrift for Læger, 149(31), s. 2097-2100.
- Hendriksen, C., Kirk, H., Fals, K. & Fjordside, K. (1979). *Ældre patienters akutte indlæggelse på medicinsk afdeling i Københavns kommune - II. Socialmedicinske forhold forud for indlæggelsen*. Ugeskrift for Læger, 141(30), s. 2075-2078.
- Ishøy, T., Quist, P., Rasmussen, L., Gjørup, T., Rasmussen, J.H., Christau, B. et al. (2005). *U hensigtsmæssige indlæggelser på medicinske afdelinger*. Ugeskrift for Læger, 167(19), s. 2057-2059.
- Jakobsen, H.N., Rytter, L., Rønholt, F., Hammer, A.V., Andreasen, A.H., Nissen, Aa., Kjellberg, J., Stadsgaard, K. (2007). *Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus - en medicinsk teknologivurdering*, Enheden for Medicinsk Teknologivurdering, Sundhedsstyrelsen
- Jensen, J.H. (1995). *Uhensigtsmæssige indlæggelser på medicinsk afdeling*. Hillerød: Sundhedsforvaltningen Frederiksborg Amt.
- Kirk, H. & Dalgaard, O.Z. (1980). *Akut hjemmepleje som alternativ til causa socialis indlæggelse*. Ugeskrift for Læger, 142(35), s. 2299-2302.
- Kirk, H. & Hendriksen, C. (1979a). *Ældre patienters akutte indlæggelse på en medicinsk afdeling i Københavns Kommune - I. Den akutte indlæggelsesindikation*. Ugeskrift for Læger, 141(30), s. 2029-2032.
- Kirk, H., Hendriksen, C. & Schlichting, P. (1979b). *Ældre patienters akutte indlæggelse på en medicinsk afdeling i Københavns Kommune - III: Indlæggelsesforløbet*. Ugeskrift for Læger, 141(30), s. 2079-2081.

- Kirkegaard, H.T. (1995). *Indlæggelse af gamle af sociale årsager. Analyse af problemopfattelser og forventninger til indlæggelsen hos den gamle og netværket*. Århus: Aarhus Universitet.
- Kjellberg, P.K., Ibsen, R., Kjellberg, J. (2011). *Fra pleje og omsorg til rehabilitering: Erfaringer fra Fredericia Kommune*. DSI publikation, september 2011.
- Knudsen MS, Christensen JK, Friis S, Wagner L. (1999). *Skævinge-projektet 10 år efter: Undersøgelse af en integreret sundhedsordning*. DSI - Institut for Sundhedsvæsen
- Kontoret for Sygesikring og Sundhedsfremme i Nordjyllands Amt, Klinisk Epidemiologisk afd. Aalborg Sygehus & Aarhus Universitet (2002). *Evaluering af Projekt GERO-team Skagen Sygehus*. [S.l.]: [S.n.].
- Laursen, E. (1995). *Medicinsk modtagefunktion. En analyse af akut- og genindlagte patienter med diagnosen causa socialis på Epidemifdeling M, Rigshospitalet i perioden september 1993 - september 1994*. København: Rigshospitalet.
- Lund Nielsen, M. & Vinge, S. (2004). *Lokale sundhedstilbud. Fire caseanalyser af lokale sundhedsnetværk*. København: Amtsrådsforeningen og DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- Lægemiddelstyrelsens arbejdsgruppe om klinisk farmaci (2004). *Brug medicinen bedre - perspektiver i klinisk farmaci*. København: Lægemiddelstyrelsen.
- Münter, D., Bach Iversen, M., Ravnholt, M.M. & Andersen, J.S. (2005). *Tværsnitsundersøgelse 2005 - Planlægning under akut indlæggelse, Visitation, Medicinering, Ernæring og genoptræning*. København: DGMA Den Gode Medicinske Afdeling.
- Møller Pedersen, K. (2005a). *Kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet - en kritisk analyse af det økonomiske incitament. I: Kommunal medfinansiering på sundhedsområdet (s. 4-12)*. (FOKUS-Nyt nr. 29). København: FOKUS.
- Møller Pedersen, K. (2005b). *Kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Nielsen, L. (2004). *Projektbeskrivelse - Kvalitetsudvikling af ydelser fra Akut Modtage Afsnit på Frederiksberg Hospital til akut syge ældre borgere i Frederiksberg Kommune*. Frederiksberg: Frederiksberg Hospital - Medicinsk Center.
- Nielsen, L. (2005). *Evaluering af pilotprojektet: Kvalitetsudvikling af ydelser fra akut modtage afsnit, Medicinsk Center Frederiksberg Hospital, til akut syge ældre borgere i Frederiksberg Kommune*. Frederiksberg: Frederiksberg Hospital - Medicinsk Afdeling.
- Olesen, F., Hessellund Knudsen, M., Mørck Rubak, J. & Kristensen, E. (1998). *Akutte medicinske indlæggelser på et centralsygehus: Hvorfor akut indlæggelse? Er der et alternativ?* Ugeskrift for Læger, 160(41), s. 5927-5930.
- Oxholm, AS og Kjellberg, J (maj 2011). *Erfaringer med opfølgende hjemmebesøg - Delrapport fra Vestklyngen i Region Midtjylland*. DSI.
- Pagh, A.G. (2002). *Evaluering af projekt akut stue på plejehjem og akut vagt i eget hjem*. Sorø: Vestsjællands Amt.
- Rasmussen, J.H. & Gjørup, T. (2003). *Kan indlæggelse på et sundhedscenter af akutte medicinske patienter erstatte indlæggelse på hospital?* Ugeskrift for Læger, 165(48), s. 4640-4645.
- Region Hovedstaden (2009). *Af rapportering vedr. "følge hjem", "følge op" og "ringe hjem" ordninger*. Underudvalget vedr. praksis- og forebyggelsesområdet. November 2009.

- Rønholt Hansen, F., Spedtsberg, K. & Schroll, M. (1994). *Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter hospitalsindlæggelse: En randomiseret, kontrolleret undersøgelse*. Ugeskrift for Læger, 156(22), s. 3305-3311.
- Rønholt Hansen, F (2007) "*Følgehem-ordning til ældre medicinske patienter som udskrives fra hospital*" februar 2007, (rapporten er ikke publiceret, men udleveret til DSI af (dav.) ledende overlæge i geriatri på Gentofte Hospital, Finn Rønholt Hansen.)
- Storstrøms Amt & Næstved Kommune (2000). *Akutstueprojektet på Lille Munkebo i Næstved: Evalueringsrapport*. Nykøbing F.: Storstrøms Amt.
- Tang Friberg, J., Taastrøm, A., Bak Andersen, I., Schultz-Larsen, P. & Buch Andreasen, P. (2002). *Kan akutte indlæggelser konverteres til planlagte indlæggelser på medicinske afdelinger?* Ugeskrift for Læger, 164(40), s. 4660-4663.
- Trinskjær, M. (2005). *Akutteam – erfaringer og perspektiver fra Helsingør Kommune*. Helsingør: Helsingør Kommune.
- Vinge, S., Buch, M.S. (2007). *Uhensigtsmæssige indlæggelser – muligheder og perspektiver for kommunerne*. FoKUS og DSI, marts 2007.
- Wiuff, M.B., Rasmussen, S.R., Wolff, D.L. og Juhl, H.A. (2010). *Evaluering af Udgående Akutafdeling i Kolding Kommune. Forebyggelse af akutophold i kommunen og akutte, medicinske indlæggelser på sygehus*. København: DSI (DSI rapport 2010.04).