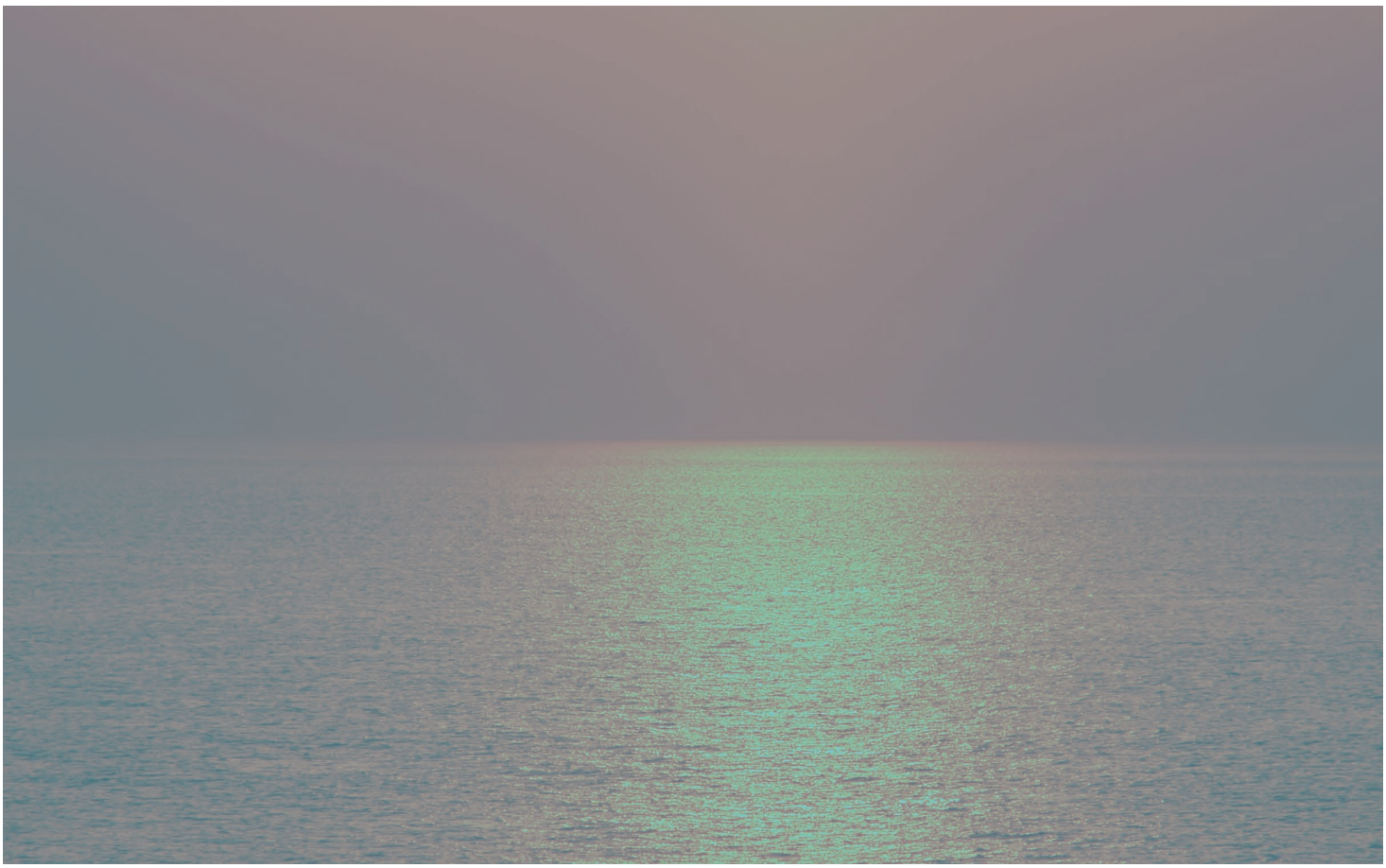
Sundhedsstyrelsen



OPFØLGENDE HJEMMEBESØG TIL ÆLDRE EFTER UDSKRIVELSE FRA SYGEHUS

- en medicinsk teknologivurdering

2007

Medicinsk Teknologivurdering - puljeprojekter 2007; 7 (4)

Sundhedsstyrelsen

Enhed for Medicinsk Teknologivurdering

OPFØLGENDE HJEMMEBESØG TIL ÆLDRE EFTER UDSKRIVELSE FRA SYGEHUS

- en medicinsk teknologivurdering

Helle Neel Jakobsen[1], Lars Rytter[2], Finn Rønholt[3], Anna Viola Hammer[4], Anne Helms Andreasen[5], Aase Nissen[6], Jakob Kjellberg[7], Karin Stadsgaard[8]

1. Koncern Plan og Udvikling, Region Hovedstaden
2. Praksiskoordinator, Glostrup Hospital
3. Medicinsk afdeling C, Gentofte Hospital
4. Køge Kommune
5. Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed
6. Udviklingsenheden, Gentofte Hospital
7. Dansk Sundhedsinstitut
8. Hjemmeplejen, Ballerup Kommune

Medicinsk Teknologivurdering – puljeprojekter 2007;7(4)

Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus – resulater fra et randomiseret, kontrolleret interventionsstudie i Københavns Amt

C: Sundhedsstyrelsen, Enhed for Medicinsk Teknologivurdering
URL: http://www.sst.dk
Emneord: Opfølgende hjemmebesøg, udskrivelse, ældre, medicinske patienter, geriatriske patienter, tværsektoriel, Shared Care, genindlæggelser, opfølgning, epikrise, medicinoverensstemmelse, compliance, medicinsikkerhed
Sprog: Dansk med engelsk resume
Format: pdf
Version: 1,0
Versionsdato: 14. august 2007

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, september 2007
Kategori: Rådgivning
Design: Sundhedsstyrelsen og 1508 A/S
Layout: 11 Design

Elektronisk ISBN: 978-87-7676-543-9
Elektronisk ISSN: 1601-586X

Denne rapport citeres således:
Jakobsen, H. N.;Rytter, L.; Rønholt, F.; Hammer, A. V.; Andreasen, A. H.; Nissen, A.; Kjellberg, J.; Stadsgaard, K.;
Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus
København: Sundhedsstyrelsen, Enhed for Medicinsk Teknologivurdering, 2007
Medicinsk Teknologivurdering - puljeprojekter 2007; 7(4)

Serietitel: Medicinsk Teknologivurdering - puljeprojekter
Serieredaktion: Finn Børlum Kristensen, Mogens Hørder, Leiv Bakketeig
Serieredaktionssekretær: Stig Ejdrup Andersen

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:
Sundhedsstyrelsen
Enhed for MTV
Islands Brygge 67
2300 København S
Tlf. 72 22 74 00
E-mail: emtv@sst.dk
Hjemmeside: www.sst.dk/mtv

Rapporten kan downloades fra www.sst.dk/mtv under publikationer

Follow-up home visits at elderly pa-tients after discharge from hospital – a Health Technology Assessment

© Danish Centre for Health Technology Assessment
National Board of Health
URL: http://www.sst.dk
Key words: Follow-up home visits, discharge, elderly, medical patients, geriatric patients, cross-sectional, Shared Care, readmission, follow-up, discharge sheet, medicine congruity, compliance, medicine safety
Language: Danish, with an English summary
Format Pdf
Version: 1,0
Version date: August 14, 2007

Published by: National Board of Health, Denmark, September 2007
Category: Guidance
Design: National Board of Health and 1508 A/S
Layout: 11 Design

ISBN (electronic version): 978-87-7676-543-9
ISSN (electronic version): 1601-586X

This report should be referred as follows:
Jakobsen, H. N.; Rytter, L.; Rønholt, F.; Hammer, A. V.; Andreasen, A. H.; Nissen, A.; Kjellberg, J.; Stadsgaard, K.;
Follow-up home visits at elderly pa-tients after discharge from hospital – a Health Technology Assessment
Copenhagen: National Board of Health, Danish Centre for Health Technology Assessment, 2007
Health Technology Assessment 2007; 7(4)

Series Title: Danish Health Technology Assessment- Projects funded by DACEHTA
Series Editorial Board: Finn Børlum Kristensen, Mogens Hørder, Leiv Bakketeig
Series Editorial Manager: Stig Ejdrup Andersen

For further information please contact:
National Board of Health
Danish Centre for Health Technology Assessment
Islands Brygge 67
DK-2300 Copenhagen
Denmark
Phone: +45 72 22 74 00
E-mail: dacehta@sst.dk
Home page: www.dacehta.dk

The summary can be down-loaded free of charge at www.dacehta.dk

Forord

Ældre, svækkede patienter, der udskrives fra sygehus, har stor risiko for kort efter at blive genindlagt. Det er derfor relevant at få undersøgt, om denne risiko kan reduceres.

I denne MTV er der undersøgt en model, hvor ældre patienter efter udskrivelse fra sygehus får opfølgende hjemmebesøg.

Modellen har som udgangspunkt et fælles hjemmebesøg ved praktiserende læge og hjemmesygeplejerske, og dette suppleres med to efterfølgende kontakter ved egen læge. Denne type opfølgning kan være et supplement eller alternativ til andre eksisterende tilbud, der har vist positive resultater i forhold til at kunne reducere antallet af genindlæggelser.

Undersøgelsen har vist, at egen læge får bedre overblik over patientens medikamentelle behandling. Der er bedre opfølgning på anbefalingerne i udskrivelsesbrevet og der sker en reduktion af risikoen for efterfølgende indlæggelse. Samarbejdet i forbindelse med interventionen blev vurderet som godt blandt hovedparten af aktørerne. Størstedelen af de involverede parter, der deltog i undersøgelsen af de organisatoriske forhold, ønsker en lignende ordning med opfølgende hjemmebesøg implementeret i det fremtidige samarbejde.

En vellykket opfølgning af udskrivelsen af denne gruppe af ældre forudsætter, at både sygehuspersonale, praktiserende læger og kommuner deltager i og prioriterer opgaven. Hvis kun et fåtal af praktiserende læger og kommuner deltager i ordningen, vil håndteringen af opgaven vanskeliggøres på sygehuset, og der kan ikke gives et ensartet tilbud til alle borgere.

Undersøgelsen har ikke kunnet be- eller afkræfte, hvorvidt modellen påvirker patientens helbredsstatus eller funktionsevne positivt – men en økonomisk analyse viser, at modellen er omkostningsneutral med tendens til en samfundsøkonomisk besparelse.

Rapporten udgives i EMTVs serie »Medicinsk Teknologivurdering – puljeprojekter« og har gennemgået eksternt peer-review. Projektet blev hovedfinansieret af EMTV. Forfatterne har tilkendegivet ikke at have konkurrerende interesser.

Enhed for Medicinsk Teknologivurdering
September 2007

Finn Børlum Kristensen
Centerchef

Forfatternes forord

Denne rapport omhandler resultaterne af en randomiseret kontrolleret undersøgelse, der havde til formål at afprøve en model for øget opfølgning ved primærsektorens aktører til ældre efter udskrivelse fra sygehus.

Undersøgelsen er gennemført i et samarbejde mellem den tidligere Sundhedsforvaltning i Københavns Amt, praksiskonsulentordningen i Københavns Amt, Glostrup Hospital og kommunerne i området omkring Glostrup Hospital.

Projektet er gennemført primært på baggrund af puljemidler fra Enhed for Medicinsk Teknologivurdering. Derudover har Sygekassernes Helsefond, Praktiserende Lægers Udviklingsfond samt Sundhedsforvaltningen, Kvalitetsudviklingsudvalget, Forebyggelsesudvalget og Sygesikringen i det tidligere Københavns Amt støttet projektet.

Projektgruppen vil gerne rette en stor tak til de 7 kommuner i området omkring Glostrup Hospital og til de praktiserende læger, der har deltaget i interventionen, og som har gjort et stort arbejde med at udfylde en række spørgeskemaer. Vi vil også takke de hjemmesygeplejersker, praktiserende læger og sygehuspersonaler, som har stillet sig til rådighed for de gennemførte fokusgruppeinterviews.

Endvidere rettes en stor tak til de medarbejdere, der undervejs har deltaget i gennemførelsen af projektet samt til Enheden for Brugerundersøgelser, Region Hovedstaden for bistand til spørgeskemaer og fokusgruppeinterview.

Indhold

Sammenfatning 10

Summary 17

Læsevejledning 24

Ordliste 25

1 Introduktion 26
- 1.1 Baggrund 26
- 1.2 Formål og afgrænsning 28
- 1.3 Projektgruppe 28
- 1.4 Litteraturgennemgang 30
  - 1.4.1 Systematik i litteraturgennemgang 30
  - 1.4.2 Søgestrategi 31
  - 1.4.3 Shared Care/sektorovergang 31
  - 1.4.4 Generelle forebyggende besøgsordninger hos ældre 35
  - 1.4.5 Besøg i hjemmet i relation til udskrivning 36
  - 1.4.6 Sikkerhed omkring anvendelse af medicin 39
  - 1.4.7 Overvejelser omkring metode i litteratur 45
  - 1.4.8 Diskussion og sammenfatning 45

2 Metode 48
- 2.1 Forsøgsdesign 48
  - 2.1.1 Interventionen 48
  - 2.1.2 Deltagelse af praktiserende læger og kommuner 50
  - 2.1.3 Udvælgelse af patienter (inklusions- og eksklusionskriterier) 51
  - 2.1.4 Randomisering 52
  - 2.1.5 Effektmål 52
  - 2.1.6 Beregning af deltagerantal 54
  - 2.1.7 Etiske forhold 55
- 2.2 Metoder til dataindsamling 55
  - 2.2.1 Indsamling af baselinedata for alle deltagende patienter 55
  - 2.2.2 Registreringer i løbet af interventionsperioden 56
  - 2.2.3 Registreringer ved afslutningen af interventionen i 12. uge efter udskrivelsen 56
  - 2.2.4 Udvikling og validering af anvendte spørgeskemaer 57
  - 2.2.5 Registeroplysninger 59
  - 2.2.6 Statistisk bearbejdning 59

3 Datamateriale 62
- 3.1 Deltagerantal 62
- 3.2 Udebliveranalyse 64
  - 3.2.1 Resultater af udebliveranalyse 64
- 3.3 Bortfaldsanalyse 65

3.3.1 Resultater af bortfaldsanalyse 65
3.4 Sammenligning af baselinedata for interventions- og kontrolpatienter 66
3.4.1 Resultater af sammenligning af interventions- og kontrolpatienter 66
3.4.2 Konklusion af sammenligning af interventions- og kontrolpatienter ved baseline 73
3.5 Gennemførelsesgrad af interventionen 73
3.6 Diskussion 74
3.7 Kapitelsammenfatning 75

4 Teknologien 77
4.1 Metode 77
4.2 Resultater 78
4.2.1 Medikamentel behandling 78
4.2.2 Effektuering af behandlingsplan i epikrisen 86
4.2.3 Indlæggelser 87
4.2.4 Dødelighed 90
4.2.5 Selvvurderet helbred 91
4.2.6 Funktionsevne og mobilitet 94
4.3 Diskussion 96
4.3.1 Medikamentel behandling 96
4.3.2 Effektuering af behandlingsplan i epikrise 99
4.3.3 Genindlæggelser 100
4.3.4 Dødelighed 100
4.3.5 Helbredsstatus og funktionsevne 100
4.4 Kapitelsammenfatning 101

5 Patientperspektiv 103
5.1 Metode 103
5.2 Resultater 103
5.2.1 Patientvurdering af indsats fra hjemmepleje 103
5.2.2 Patientvurdering af indsats fra praktiserende læge 105
5.2.3 Patientvurdering af det samlede forløb 106
5.2.4 Patientoplevet tvivl efter udskrivelse 106
5.3 Diskussion 107
5.4 Kapitelsammenfatning 109

6 Organisation 111
6.1 Metode 111
6.1.1 Spørgeskemaundersøgelse 112
6.1.2 Fokusgruppeinterviews 112
6.2 Resultater 114
6.2.1 Identificering og udvælgelse af relevante patienter 114
6.2.2 Informationsudveksling 117
6.2.3 Samarbejde mellem praktiserende læger og hjemmepleje 119
6.2.4 Arbejdsbelastning 121
6.2.5 Indhold i de opfølgende besøg 123

6.2.6 De sundhedsfaglige aktørers vurdering af opfølgningens relevans og patienternes udbytte af interventionen 123
6.2.7 De sundhedsfaglige aktørers vurdering af eget udbytte af interventionen 125
6.2.8 De sundhedsfaglige aktørers holdninger til videreførelse af en ordning med opfølgende hjemmebesøg 126
6.2.9 Aftale- og overenskomstmæssige forudsætninger 126
6.3 Diskussion 127
6.4 Kapitelsammenfatning 131
6.4.1 Udvælgelse af relevante patienter 131
6.4.2 Information og kommunikation 131
6.4.3 De sundhedsfaglige aktørers holdninger, samarbejde og vurdering af udbytte 132
6.4.4 Arbejdsbelastning 132
6.4.5 Aftale- og overenskomstmæssige forudsætninger 133

7 Økonomi 134
7.1 Metode 134
7.2 Omkostninger til interventionen 136
7.2.1 Personaleomkostninger på sygehuset og i kommunen 136
7.2.2 Omkostninger til transport 137
7.2.3 Omkostninger på sygehus 138
7.2.4 Omkostninger i praksissektoren 139
7.2.5 Omkostninger for kommunen 140
7.3 Behandlingsomkostninger 141
7.3.1 Omkostninger til behandling på sygehuse 141
7.3.2 Omkostninger i den primære sundhedssektor 142
7.3.3 Forbrug i 12. uge efter udskrivelsen 143
7.3.4 Samlet forbrug i perioden fra udskrivelse og 12 uger frem 143
7.3.5 Samlede omkostninger 146
7.4 Kasseøkonomisk opgørelse 148
7.5 Følsomhedsanalyser 149
7.6 Diskussion og kapitelsammenfatning 151

8 Samlet vurdering og perspektivering 154
8.1 Samlet vurdering og konklusioner 154
8.1.1 Interventionens betydning for patientbehandlingen 154
8.1.2 Forudsætninger og barrierer for en ordning med øget opfølgning 155
8.1.3 Anbefalet målgruppe for fremtidig intervention 157
8.1.4 Interventionens økonomiske betydning 158
8.2 Perspektivering 159
8.3 Anbefalinger 162
8.4 Undersøgelsens begrænsninger mht. validitet og generaliserbarhed 162

Sammenfatning

Baggrund

Når ældre svækkede medicinske patienter udskrives fra sygehus, er risikoen for genindlæggelse stor. Der har Igennem mange år har der været et ønske om at opnå bedre og mere sammenhængende patientforløb for denne patientgruppe. Dette ønske har blandt andet givet sig udtryk gennem en række interventioner, som efter forskellige modeller har evalueret effekten af udgående hospitalsindsats i form af fx udgående sygeplejerske, geriatriske teams og "følge hjem ordninger".

Dette projekt omhandler en anden form for opfølgning, der kan være et supplement eller et alternativ til sådanne hospitalsbaserede foranstaltninger. Projektet afprøver en model for tværfaglig opfølgning med aktører fra primærsektoren, hvor det er den praktiserende læge og hjemmesygeplejersken, som "tager over" efter endt sygehusbehandling. Tidligere undersøgelser af opfølgende indsatser har overvejende vist positiv effekt på fx omfanget af efterfølgende indlæggelser, men har sjældent omhandlet primærsektorens aktører.

Sundhedsvæsenet har et væsentligt forbedringspotentiale i forhold til patienternes medicinske behandling. Utilsigtede effekter af medicinsk behandling forekommer jævnligt, og et betydeligt antal indlæggelser tilskrives uhensigtsmæssig medicinsk behandling. Ældre medicinske patienter får ofte ordineret et betydeligt antal lægemidler ved udskrivelsen, og projektet sætter derfor særlig fokus på dette område.

Der har ikke tidligere været overenskomstmæssig dækning til, at praktiserende læger har kunnet tilbyde forebyggende opfølgende hjemmebesøg til patienter efter udskrivelse fra sygehus. Med overenskomsten i 2006 mellem Praktiserende Lægers Organisation og Sygesikringens Forhandlingsudvalg er der imidlertid indført en række ydelser med et opfølgende eller opsøgende sigte, og der er hermed sat ekstra fokus på den praktiserende læges rolle i forebyggende aktiviteter.

Den undersøgte model for opfølgning består af tre kontakter: Et fælles besøg ved praktiserende læge og hjemmesygeplejerske i patientens hjem ca. 1 uge efter udskrivelsen suppleret med to opfølgende kontakter ved den praktiserende læge i 3. og 8. uge efter udskrivelsen i form af en konsultation eller hjemmebesøg afhængig af patientens samlede problematik. Hjemmesygeplejen deltager ved de to opfølgende kontakter efter behov. Ved opfølgningen foretages en bred vurdering af patientens situation med fokus på patientens medicinske behandling, opfølgning på sygehusets behandling og på det aktuelle behov for hjælpe- og omsorgsforanstaltninger fra kommunen.

Formål

Formålet med undersøgelsen er at belyse:

- Hvorvidt den valgte ordning med en tidlig, fast struktureret og tæt opfølgning af ældre patienter ved egen læge og hjemmesygeplejerske efter udskrivelse fra en medicinsk eller geriatrisk afdeling, kan bidrage til en forbedret patientbehandling. Der er specielt fokus på kontrol med den medcinske behandling i form af bedre overensstemmelse mellem den praktiserende læges opfattelse af patientens medicinering og den medicin patienten tager, bedre opfølgning på behandlingsplanen fra sygehuset og nedsat risiko for efterfølgende indlæggelser

- I hvilket omfang den valgte ordning er implementerbar i henhold til økonomi, nuværende aktører og organisatoriske strukturer.

Det forventes, at resultatet af undersøgelsen kan indgå som bidrag i planlægningen af fremtidens samarbejde mellem sygehus, almen praksis og kommunerne, fx i forbindelse med sundhedsaftalerne.

Metode

Undersøgelsen består af et randomiseret, kontrolleret interventionsstudie, hvor data er indsamlet ved registreringsskemaer, patientinterviews og fra registre. De organisatoriske forhold er belyst ved spørgeskemaundersøgelser og fokusgruppeinterviews.

Selve interventionen er gennemført i perioden november 2003 til juni 2005, efterfulgt af den organisatoriske undersøgelse. Projektet omfatter 331 patienter på 78 år og derover, der er udskrevet fra Medicinsk eller Geriatrisk afdeling på Glostrup Hospital efter en indlæggelse i mindst 2 dage. Alle 7 kommuner i området omkring Amtssygehuset samt 63% af områdets praktiserende læger var tilmeldt projektet.

Resultater

Teknologi og patientperspektiv

Interventionen har haft specielt fokus på, hvorvidt det er muligt at øge overensstemmelsen mellem den praktiserende læges viden om patientens medicinindtag, og hvad patientens rent faktisk anvender for derved at reducere risikoen for medicineringsfejl. Studiet har vist, at interventionen kan reducere hyppigheden af denne uoverensstemmelse signifikant, selvom der også blandt interventionspatienterne fortsat er en stor andel, der indtager medicin, som lægen ikke har kendskab til, eller hvor lægen oplyser medicin, som patienten ikke tager. Uoverensstemmelser i receptpligtig medicin forekommer således hos 51% af interventionspatienterne mod 65% af kontrolpatienterne. Medtages alle typer af medicin inkl. visse kosttilskud påvises uoverensstem-

melser mellem lægens oplysninger og hvad patienten reelt indtager hos 76% af interventionspatienterne mod 91% i kontrolgruppen.

Den praktiserende læge foretager flere ændringer i interventionspatienternes medikamentelle behandling inden for de første 12 uger efter udskrivelse i forhold til kontrolgruppen. Ændringer foretages for 59% af interventionspatienterne mod 44% af kontrolpatienterne. Den detaljerede medicingennemgang har imidlertid ikke betydet, at antallet af lægemidler, som indtages af patienter i interventionsgruppen, er blevet reduceret. Tværtimod er det mediane antal lægemidler, som indtages 12 uger efter udskrivelsen 7 hos interventionspatienterne mod 6 hos kontrolpatienterne. Der ses ingen signifikante forskelle i de to grupper, hvad angår patientoplyste lægemiddelrelaterede problemer eller patientoplyst compliance. 26% af interventionspatienterne og 18% af kontrolpatienterne oplever bivirkninger af den medicin, de tager, og ca. 20% har oplevet praktiske problemer i forbindelse med indtagelsen af deres medicin. Omkring 10% af patienterne angiver, at de en eller flere gange om måneden glemmer at tage deres medicin, og 6-11% angiver indimellem at tage en anden mængde end aftalt, typisk en mindre dosis. Dette skal ses i relation til, at ca. 70% af interventionspatienterne og 60% af kontrolpatienterne får ophældt deres medicin i doseringsæsker eller dosispakket medicinen på apotek.

Der ses en signifikant bedre opfølgning på epikrisens behandlingsplan hvad angår klinisk kontrol (95% fuldføres i interventionsgruppen mod 72% i kontrolgruppen). Der er endvidere en tendens til bedre opfølgning for paraklinske kontroller (laboratorieundersøgelser mv.) (88% er fuldført i interventionsgruppen mod 68% i kontrolgruppen).

Forekomsten af en efterfølgende indlæggelse i halvåret efter udskrivelsen er signifikant lavere blandt interventionspatienterne i forhold til kontrolpatienterne (40% i interventionsgruppen mod 52% i kontrolgruppen), og der går længere tid efter udskrivelsen til den næste indlæggelse. Der en stærk tendens til, at det samlede antal indlæggelsesdage reduceres i kraft af opfølgningen. Derimod har interventionen ikke kunnet påvirke patienternes samlede helbredsstatus eller funktionsevne. Der er en retning i data mod at flere kontrolpatienter end interventionspatienter dør i perioden. Der kan dog ikke statistisk konkluderes noget ud fra det foreliggende datamateriale.

Interventionen har medført, at signifikant flere patienter fandt, at den praktiserende læge var virkelig godt orienteret om indlæggelsen (42% i interventionsgruppen mod 16% i kontrolgruppen). Derimod er der ingen forskel, hvad angår patienternes tilfredshed med støtte og hjælp generelt fra egen læge og med den tildelte hjælp fra kommunen. Ca. 90% er i begge grupper tilfredse med den støtte og hjælp, de får fra egen læge, og forbedringspotentialet må således anses for at være begrænset. Ligeledes vurderer ca. 90% af patienterne den tildelte hjælp fra hjemmeplejen som fuldt tilstrækkelig eller acceptabel. Der er heller ingen forskel i patienternes vurdering af det

samlede indlæggelses- og efterbehandlingsforløb eller i oplevelsen af tvivl i forbindelse med udskrivelsen. Interventionens omfang synes kun at fylde mindre i patienternes bevidsthed i forhold til selve sygehusindlæggelsen. Ved patienternes omtale af det samlede forløb blev der således primært omtalt forhold omkring selve indlæggelsen, og i mindre grad det efterfølgende forløb.

Organisation

En overordnet forudsætning for at indføre en ordning som den undersøgte er, at der enten centralt eller lokalt mellem regionerne, sygehusene, de praktiserende læger og kommunerne skabes de nødvendige forudsætninger. Det indebærer blandt andet, at der træffes aftaler om honorarer til dækning af de opfølgende ydelser, og at der ledelsesmæssigt og fagpolitisk i både kommunerne, på hospitalerne og i almen praksis sikres opbakning.

For at belyse sundhedspersonalets vurdering af implementeringsmulighederne er der gennemført to spørgeskemaundersøgelser og 3 fokusgruppeinterviews. Der er her fokuseret på hvilke forudsætninger, der kræves, og hvilke barrierer og konfliktpunkter, der er ved en implementering af øget opfølgning efter den undersøgte model. Analyserne har identificeret en række organisatoriske udfordringer i forhold til personalets bevidsthed om opgaven, motivation og prioritering samt praktiske forhold:

Opfølgningen skal omhandle patienter med særlige behov:

- Det er vigtigt for de sundhedsfaglige aktørers motivation, at det er patienter med et særligt behov, der tilbydes opfølgning. Der peges i fokusgrupperne på en række patientgrupper, som aktørerne finder relevante at foretage opfølgningen for. Det er fx patienter med et stort funktionsevnetab eller ændret helbredsstatus i forhold til perioden før indlæggelsen, patienter med mange genindlæggelser, kronisk og alvorligt syge, skrøbelige og usikre patienter og patienter med et spinkelt socialt netværk. Der ønskes sikret en lægefaglig stillingtagen på sygehuset til behovet for opfølgning.

- Sygehuspersonalet efterspørger også retningslinjer for, hvilke patienttyper, de skal være opmærksomme på, og ønsker lettere adgang til oplysninger om patienten fra primærsektoren. Fx kan sociale oplysninger og funktionsevne før indlæggelsen have betydning ved en vurdering af, hvem der har behov for særlig opfølgning.

Barrierer for iværksættelse af indsats på sygehuset:

- Manglende bevidsthed i dagligdagen hos sygehuspersonalet om, at opfølgning i primærsektoren kan foretages, er en risikofaktor for manglende effektuering. Det er derfor vigtigt, at få indarbejdet en procedure som led i de øvrige rutiner i forbindelse med en udskrivelse for at sikre, at relevante patienter med behov for opfølgning bliver identificeret, og at besked videregives til primærsektoren. Det er de personaler, som udskriver patienten, der bør foretage vurderingen (fx kontaktpersonerne).

- Spidsbelastninger kan medføre nedprioritering af opgaven.

- Besked til primærsektorens aktører om opfølgning bør ske samtidig med, at epikrise og sygeplejerapport fremsendes til praktiserende læge og kommunens hjemmepleje. Meddelelse om opfølgning bør dog også fremgå adskilt fra epikrisen, således at den praktiserende læge bliver opmærksom på opgaven.

- Hurtig opfølgning efter udskrivelsen kræver, at epikrisen og eventuel sygeplejerapport udsendes i umiddelbar forbindelse med udskrivelsen.

Barrierer for gennemførelse af opfølgning i primærsektoren:

- Tidspres anføres som en barriere for opfølgning. Samarbejdet mellem den praktiserende læge og hjemmesygeplejen er præget af praktiske problemer med at koordinere tidspunktet for det fælles besøg, og af at få kontakt med hinanden. Det kræver således vilje til fleksibilitet og prioritering. 2/3 af hjemmesygeplejerskerne og halvdelen af lægerne fandt dog, at det havde været let eller meget let at finde tid til opfølgningen. Spidsbelastninger kan også her medføre nedprioritering af opgaven.

- Aktørerne ønsker faste rammer (dog med plads til individuel variation) for, hvornår hjemmebesøgene skal aflægges, samt retningslinjer for hvad der skal fokuseres på i besøgene for at skabe ensretning og kvalitet. Løse rammer og manglende dagsorden for opfølgningen giver ifølge aktørerne risiko for at opfølgningen nedprioriteres.

En gevinst ved at aflægge fælles hjemmebesøg er, at den personlige kontakt mellem den praktiserende læge og hjemmesygeplejersken kan nedbryde eventuelle fordomme og faglige barrierer. Endvidere kan de fælles besøg bidrage til at efterfølgende kontakter omkring den pågældende patient eller andre fælles patienter bliver nemmere. Samarbejdet i forbindelse med interventionen blev vurderet som virkelig godt eller godt blandt ca. 90% af aktørerne. Ca. 20% oplever, at kontakten mellem aktørerne er forbedret i forbindelse med interventionen.

Det er en forudsætning, at både sygehuspersonale, praktiserende læger og kommuner deltager i og prioriterer opgaven. Hvis ikke alle praktiserende læger og kommuner deltager i ordningen, vil håndteringen af opgaven vanskeliggøres på sygehuset, og der kan ikke gives et ensartet tilbud til alle borgere. Sygehuset bør i forhold til deres informationspligt informere den enkelte patient, hvis de anbefaler en opfølgning. Der er imidlertid en risiko for forvirring og uindfriede forventninger, som kan resultere i et dårligere patientforløb, hvis patienten efterfølgende ikke modtager det opfølgende besøg, som er stillet i udsigt. De praktiserende læger og hjemmesygeplejersker udtrykker bekymring for, at opfølgning i hjemmet efter udskrivelse kan medføre, at sygehuset ikke sikrer patientens afsluttende behandling tilstrækkeligt og udskriver før tid.

Tidsforbruget på sygehuset vil være begrænset, da planlægningen af de opfølgende hjemmebesøg vil kunne integreres i de øvrige opgaver, der er i forbindelse med en udskrivelse. For hjemmesygeplejen og de praktiserende læger opleves arbejdsbelastningen større, da der her skal sættes tid af til hjemmebesøget og de opfølgende kontakter. Begge parter finder, at tidsforbruget til besøget og antallet af opfølgende kontakter bør variere afhængig af, hvor kompliceret patientforløbet er.

Størstedelen af de hjemmesygeplejersker og 2/3 af de praktiserende læger, der deltog i undersøgelsen af de organisatoriske forhold, svarer, at de i høj grad eller i nogen grad ønsker en lignende ordning med opfølgende hjemmebesøg implementeret i det fremtidige samarbejde.

Økonomi

Den samlede økonomiske analyse tyder på, at interventionen er omkostningsneutral med tendens til en samfundsøkonomisk besparelse til fordel for de patienter, der modtog den øgede opfølgning. Analysen af det aktuelle studie viser en gennemsnitlig besparelse på 5.000 kr. per patient over en halvårs periode, idet øgede omkostninger til sygesikringsydelser i primærsektoren mere end opvejes af en besparelse på sygehusbehandling.

I analysen indgår samtlige interventionsomkostninger i kommunerne, på hospitalerne og for sygesikringen (praktiserende læger, medicin mv.). For de afledte omkostninger indgår hospitalsbehandling og sygesikringsydelser, mens de samlede afledte kommunale ydelser ikke har kunnet opgøres.

De registrerede data for de kommunale ydelser, der er opgjort for en 12 ugers periode efter udskrivelsen, viser en tendens til et større gennemsnitligt forbrug af hjemmesygepleje og hjemmepleje i interventionsgruppen, som kan øge omkostningerne. Dette kan i princippet tilskrives blandt andet flere indlæggelser og indflytninger i plejebolig i kontrolgruppen, hvor hjemmepleje så ikke forbruges. Omvendt er indflytninger til plejebolig dyre, hvilket vil øge omkostningerne i kontrolgruppen. Et økonomisk estimat for de kommunale ydelser vil være meget følsomt overfor værdisætningen af det øgede forbrug af plejebolig, og da kvaliteten af de indberettede data for de kom-

munale ydelser samlet set ikke har været tilstrækkelig, er der ikke foretaget en værdisætning af ressourceforbruget.

I forhold til den nye betalingsstruktur i forbindelse med strukturreformen, hvor kommunerne medfinansierer borgernes forbrug af sygehusbehandling og behandling i primærsektoren, viser en kasseøkonomisk analyse, at interventionen, under hensyn til den generelle usikkerhed ved beregningerne, er udgiftsneutral for kommunerne. Den primære besparelse opnås på regionsniveau, som følge af færre udgifter til indlæggelser.

Konklusion

Projektet undersøger en struktureret model for tværfaglig opfølgning af ældre medicinske patienter, hvor egen læge og hjemmesygeplejerske aflægger hjemmebesøg efter udskrivelse fra sygehus. Undersøgelsen dokumenterer en positiv effekt på behandlingskvaliteten i form af at:

- egen læge får bedre overblik over patientens medicinske behandling,
- der bliver fulgt bedre op på anbefalingerne i epikrisen, og
- risikoen for efterfølgende indlæggelse reduceres.

Den samlede økonomiske analyse tyder på, at interventionen er omkostningsneutral med tendens til en samfundsøkonomisk besparelse.

Implementering af den undersøgte model er afhængig af, at nogle basale forudsætninger er til stede. Dette omfatter at:

- der centralt eller lokalt tilvejebringes et overenskomstmæssigt grundlag for opfølgningsordningen,
- der er ledelsesmæssig og fagpolitisk opbakning,
- der etableres faste rammer og aftaler for samarbejdet, og
- det sundhedsfaglige personale motiveres, prioriterer opgaven og udviser fleksibilitet i forhold til at aftale fælles besøg i patientens hjem.

Projektgruppen anbefaler på baggrund af undersøgelsens resultater at:

- der implementeres ordninger med forbedret opfølgning efter udskrivelse af ældre medicinske patienter,
- ordningerne omfatter fælles fokuserede besøg i hjemmet ved den praktiserende læge og hjemmesygeplejerske samt supplerende opfølgning ved egen læge,
- indsatserne rettes mod udvalgte patientgrupper med særligt behov for opfølgning,
- der gennemføres en registerbaseret evaluering, hvor effekten af interventionerne løbende følges

Summary

Background

There is a great risk of re-admission when fragile elderly medical patients are discharged. For many years, there has been a desire to achieve a better and more coherent care pathway for this group of patients. This desire has inter alia been reflected in a number of interventions, which according to different models have evaluated the effect of an in-home hospital effort, e.g. a visiting nurse, gerontal teams and "follow home arrangements".

This project concerns a different kind of follow-up that may be a supplement or an alternative to such hospital-based measures. The project tests a model of interdisciplinary follow-up with actors in primary health care. The GP and the visiting nurse "take over" after the hospital treatment. Former studies of follow-up efforts have mainly shown a positive effect on e.g. the extent of subsequent admission but they have seldom concerned the actors in primary health care.

The health service has considerable potential for improvement of the medical treatment of the patients. There are often inadvertent effects of medical treatment and a considerable number of admissions are attributable to inappropriate medical treatment. Often a considerable number of drugs are prescribed for elderly medical patients when discharged, and the project therefore brings this specific area into focus.

Previously, there was not contractual cover for GPs to offer preventive follow-up home visits to patients after discharge. However, in the 2006 agreement between general practitioners organisation and the helth insurance a number of services are intended to have a follow-up and out-reaching purpose, and the GP's role in preventive activities is thereby especially brought into focus.

The studied model of follow-up consists of three contacts: A joint visit by the GP and the visiting nurse at the patient's approx. 1 week after discharge supplemented by two follow-up contacts by the GP in weeks 3 and 8 after discharge in the form of a visit to the doctor or a home visit depending on the patient's overall problems. The visiting nurse attends the two follow-up contacts as required. At the follow-up, a broad evaluation of the patient's situation is performed focussing on the medical treatment of the patient, a review of the hospital treatment and on the present need for remedial and care measures from the municipality.

Objective

The objective with the study is to examine

- If the chosen system with early, structured and close follow-up of elderly patients by their GP and a visiting nurse after discharge from a medical or geriatric department may contribute to better patient treatment. Special focus is on control of medication in terms of better accordance between the GP's knowledge of the patient's ingestion of medicine and what the patient is actually taking, follow-up on treatment plan from the hospital and risk of subsequent admissions.

- To what extent the chosen system can be implemented according to finances, present actors and organisational structures.

The result of the study is expected to contribute to the planning of the future cooperation between hospitals, general practices and the municipalities, e.g. in connection with the health agreements.

Method

The study consists of a randomised, controlled intervention study where data have been collected by means of registration forms, patient interviews and from registers supplemented by a survey and focus group interviews to examine the organisational situation.

The intervention was carried out from November 2003 to June 2005 followed by the organisational study. The project comprised 331 patients aged 78 years or more, discharged from the medical or geriatric department at Glostrup Hospital after admission for at least 2 days. All 7 municipalities in the areas around the hospital as well as 63 per cent of the GPs in the area were enrolled in the project.

Results

Technology and patient perspective

The intervention was specifically focused on whether it is possible to increase the accordance between the GP's knowledge of the patient's ingestion of medicine and what the patient is actually taking in order to reduce the risk of medication errors. The intervention has shown to be able to reduce this inconsistency significantly even though a large number of the intervention patients is still taking medicine, which the GP does not know of or where the GP provides information about medicine, which the patient is not taking. Inconsistencies in prescription only medicine thus occur among 51 per cent of the intervention patients compared to 65 per cent of the control patients. If all types of medicine including over the counter medicine and certain dietary supplements are included there are inconsistencies between the in-

formation from the GP and the actual ingestion by the patient among 76 per cent of the intervention patients compared to 91 per cent of the control group. There is no difference between the groups when assessing inconsistencies in medicine doses.

The GP makes several changes to the drug treatment of the intervention patients within the first 12 weeks of discharge compared to the control group. Changes are made for 59 per cent of the intervention patients compared to 44 per cent of the control patients. The detailed medicine review has, however, not resulted in a reduction of the number of drugs taken by the patients in the intervention group. On the contrary, the median number of drugs taken 12 weeks after discharge is 7 among the intervention patients compared to 6 among the control patients. There are no significant differences between the two groups as to drug-related problems or compliance as mentioned by the patients. Twenty-six per cent of the intervention patients and 18 per cent of the control patients experience side effects of their medicine and approx. 20 per cent have experienced practical problems in connection with taking their medicine. Approx. 10 per cent of the patients state that they forget to take their medicine once or several times a month, and 6-11 per cent state that they sometimes take a different amount than agreed, typically a smaller dose. This should be considered in relation to the fact that 70 per cent of the intervention patients and 60 per cent of the control patients receive their medicine packed in doses.

There is a significantly better follow-up of the treatment plan in the discharge letter regarding clinical control (95 per cent are completed in the intervention group compared to 72 per cent in the control group). There is furthermore a tendency to better follow-up regarding paraclinical controls (laboratory test etc.) (88 per cent have been completed in the intervention group compared to 68 per cent in the control group).

The risk of subsequent admission during the six months after discharge is significantly lower among the intervention patients compared to the control patients (40 per cent of the intervention group compared to 52 per cent of the control group), and the time from discharge to a following admission is increased. There is a strong tendency to reduce the total number of admission days by virtue of the follow-up. On the other hand, the intervention has not been able to affect the patients' overall health status or functional capacity. Data suggest that more control patients than intervention patients die during the period. It is, however, not possible to make a statistic conclusion based on the data available.

The intervention implied that significantly more patients felt that the GP was well informed of the admission (42 per cent in the intervention group compared to 16 per cent in the control group). On the other hand, there is no difference as to the patients' satisfaction with support and help in general from their GPs and with the allocated help from the municipality. Approx. 90 per

cent in both groups are satisfied with the support and help from their GPs. Similarly, approx. 90 per cent of the patients consider the allocated help from the home care fully adequate or acceptable. Also, there is no difference in the patients' assessment of the overall admission and after-treatment or in the experience of doubt in connection with the discharge. The extent of the intervention only seems to be of little importance with the patients compared to the admission. When the patients commented on the overall course of events they primarily mentioned the admission as such and to a lesser extent the following course of events.

Organisation

An overall precondition of implementing a system as the one studied is the establishment of the necessary conditions between the regions, the hospitals, the GPs and the municipalities either centrally or locally. This implies inter alia agreements of fees in payment of the follow-up services as well as managerial and political support in both the municipalities, the hospitals and among the GPs.

Two surveys and three focus group interviews were carried out to examine the health care staffs' assessment of the possibilities of implementation. Focus here was on the necessary conditions and the constraints and conflicts in connection with the implementation of increased follow-up according to the studied model. The analyses hereby identified a number of organisational challenges compared to the staffs' awareness of the task, motivation and priorities as well as practical matters:

The follow-up should include patients with special needs

- It is important for the health care actors' motivation that the patients who are offered follow-up have special needs. The focus groups point to a number of patient groups, which the actors consider relevant for follow-up. It is for instance patients with considerable loss of functional capacity or changed health status compared to the period prior to admission, patients with many re-admissions, chronically and seriously ill, fragile and unsteady patients as well as patients with a tenuous social network. A health care professional commitment at the hospital to the need for follow-up is desirable. The GP and visiting nurses fears that follow-up in primary care can lead to an earlier discharge and not properly ended hospital treatment.

- The hospital staffs furthermore demand guidelines for the patient types to be aware of and want easier access to information about the patient from primary health care. Social information and functional capacity prior to admission may for instance be important in connection with an assessment of who needs special follow-up.

Obstacles to hospital implementation

- Lack of awareness in the normal run of things among the hospital staffs of possible follow-up in primary health care is a risk factor of non-execution. It is therefore important to incorporate a procedure as part of the other routines in connection with a discharge to ensure that relevant patients in need of follow-up are identified and that primary health care is informed. The staffs, e.g. the contacts, discharging the patient should perform the assessment.

- Peak loads may result in giving the task a lower priority.

- Information to the actors in primary health care about follow-up should be provided when the discharge letter and the nursing report are sent to the GP and the municipality home care. Information about follow-up should, however, also appear separately from the discharge letter so that the GP becomes aware of the task.

- Quick follow-up after a discharge requires that the discharge letter and the nursing report, if any, be sent immediately in connection with the discharge.

Obstacles to implementation of follow-up in primary health care:

- Time pressure is an obstacle to follow-up. The cooperation between the GP and the visiting nurse is characterized by practical problems of coordinating the time for the joint visit and of getting in touch with each other. It thus requires a will to be flexible and to give the visit priority. Two thirds of the visiting nurses and half of the doctors concluded that it had been easy or very easy to find the time for the follow-up. Peak loads may also here result in giving the task a lower priority.

- The actors want a fixed framework (however, with room to individual variation) for the timing of the home visits as well as guidelines for matters to focus on at the visits in order to create standards and quality. A loose framework and lack of agenda for the follow-up present a risk of giving the follow-up a lower priority according to the actors.

A positive result of joint home visits is that the mented in the future cooperation.

Economy

The overall economic analysis indicates, that the intervention is cost neutral with a tendency to a socioeconomic gain in favour of those patients subjected to the increased follow-up. The analysis estimates average savings of approx. DKK 5,000 per patient over a period of 6 months after discharge.

Increased expenses for the health insurance in primary health care were more than compensated by savings in hospital treatment.

The analysis is based on all expenses directly related to the intervention in the municipalities, hospitals and for the health insurance (GP, medication etc.). The derived expenses only include hospital treatment and health insurance expenses. The overall derived expenses in the municipalities could not be included.

The data on services delivered by the municipalities recorded in a period of 12 weeks after discharge indicate a tendency to an increase in average consumption of help in terms of home nursing and home care in the intervention group, which in principle can be ascribed to more admissions and moving to nursing facilities in the control group. On the other hand moving to nursing facilities is expensive and will increase the expenses in the control group. An economic estimate of the consumption of municipality services will be very sensitive in relation to determining the value of the increased use of nursing facilities, and since the overall quality of the reported data has not been adequate, the value of the consumption of municipality services has not been determined.

Compared to the payment structure in connection with the structural reform where the municipalities will contribute to financing the citizens' use of hospital treatment and treatment in primary health care, a cash economic analysis shows that the intervention does not involve expenditure for the municipalities considering the general insecurity in connection with the calculations. The primary savings are at a regional level as a result of fewer expenses for admissions.

Conclusion

The project examines a structured model of interdisciplinary follow-up of elderly patients under medication where the primary intervention consists of a home visit by the patient's GP and a visiting nurse after discharge from hospital. The study documents a positive effect on the treatment quality in terms of:

- The GP will have a better overview of the medical treatment of the patient,
- Better follow-up of the recommendations in the discharge letter, and
- Reduced risk of subsequent hospitalisation.

The overall economic analysis indicates, that the intervention is cost neutral with a tendency to socioeconomic savings.

If the evaluated model is to be implemented some basic conditions are necessary. This consist of:

- Central or local procurement of a contractual basis of a system,
- Managerial and political support,
- Establishment of a fixed framework and agreements regarding the cooperation, and
- The health care staffs must be motivated, they should prioritise the task and show flexibility vis-à-vis arranging joint visits at the patient's.

The project group recommends

- Implementation of systems with improved follow-up after discharge of elderly patients under medication.
- Inclusion of joint focused home visits by the GP and the visiting nurse in the systems as well as a supplemental follow-up visit at the patient's GP.
- Efforts to be aimed at selected patient groups with special need of follow-up.
- Implementation of a register-based evaluation where the effect of the interventions is continuously reviewed.

Læsevejledning

Kapitel 1 (Introduktion) omfatter baggrunden for dette projekt sammen med en gennemgang af tidligere litteratur om emnet.

Kapitel 2 (Metode) beskriver projektets forsøgsdesign og metoder til dataindsamling. Her findes også en detaljeret beskrivelse af interventionen.

Kapitel 3 (Datamateriale) giver en beskrivelse af interventions- og kontrolpatienterne ved baseline. Generaliserbarheden af data er beskrevet ved en udebliveranalyse og bortfaldsanalyse. I kapitlet er endvidere beskrevet i hvilken udstrækning interventionspatienterne fik den planlagte opfølgning.

Kapitel 4 (Teknologien) og kapitel 5 (Patientperspektivet) beskriver de opnåede resultater af interventionsundersøgelsen.

Kapitel 6 (Organisation) beskriver interventionens implementerbarhed i forhold til sygehuspersonalets, de praktiserende lægers og hjemmesygeplejens oplevelse af muligheder, barrierer og konfliktpunkter i den nuværende organisatoriske struktur.

Kapitel 7 (Økonomi) beskriver de økonomiske konsekvenser af interventionen.

Kapitel 8 (Samlet vurdering og perspektivering) giver en samlet beskrivelse af interventionsundersøgelsens resultater, herunder en omtale af undersøgelsens metodiske begrænsninger.

Ordliste

Anamnese	Sygehistorie.Oplysninger der beskriver patientens hidtidige sygdomsforløb.
Barthel Index:	Index til scoring af en patients basale funktionsevne, dvs. funktionen omkring fødeindtagelse,kontinens, forflytning, toiletbesøg, påklædning og badning (se nærmere afsnit 2.2.4.1)
Compliance	I hvilken grad der er overensstemmelse mellem den medicin patienten tager, og det er der ordineret.
DAGS	Dansk Ambulant GrupperingsSystem. System til prisfastsættelse af ambulante sygehusydelser (se afsnit 7.1).
DRG	Diagnose Relaterede Grupper. System til prisfastsættelse af sygehusindlæggelser (se afsnit 7.1) Epikrise Udskrivningsbrev fra sygehuset.
Geriatrisk team	Typisk et udgående team, som har til opgave at udføre tværfaglig geriatrisk vurdering af ældre patienter, og foretage heraf afledte opgaver, blandt andet koordinering af socialmedicinske tiltag. Teamet kan fx bestå af læger, sygeplejersker og fysioterapeuter.
Kognitiv funktion	Evne til tænkning og erkendelse.
MMSE	Mini Mental State Examination. Test til måling af kognitive funktioner ved mistanke om demens (se nærmere afsnit 2.2.4.1).
Parakliniske fund	Resultater af undersøgelser fx laboratorieundersøgelser, røntgenundersøgelser mv.
Timed up and go	Funktionstest med tidsmåling af gangdistance (se nærmere afsnit 2.2.4.1).

1 Introduktion

1.1 Baggrund

Under den tilsyneladende generelle tilfredshed med sundhedsvæsenet i Danmark ulmer en kritik af manglende sammenhæng i behandlingen mellem sundhedsvæsenets talrige aktører (2). Patienter og offentlighed ønsker et mere sammenhængende patientforløb, og temaet har været på dagsordenen siden 70'erne. Første gang konkretiseret i "Samordnings-betænkningen" fra 1985, som bl.a. anbefalede oprettelse af samordningsudvalg omkring de enkelte sygehuse med deltagelse af repræsentanter fra almen praksis og de kommunale myndigheder. I 1994 blev problemet påpeget med fokus på genoptræning i Sundhedsministeriets rapport "Mellem to stole" (3). Problemstillingen blev desuden fremhævet i indsatsområderne i regeringens oplæg til strategi for sygehuspolitikken 2000-2002 "Samarbejde og arbejdsdeling mellem sektorerne i sundhedsvæsenet" (4). Der var her følgende 4 delmål: Forebyggelse af unødige indlæggelser, modernisering af almen praksis, modernisering af speciallægepraksis og udskrivelse af færdigbehandlede patienter. De landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser har endvidere dokumenteret, at overgangen mellem sygehus og primærsektor har et væsentligt forbedringspotentiale (1;5).

For ældre svækkede medicinske patienter er udskrivelse en kritisk begivenhed i patientforløbet med væsentlig risiko for genindlæggelse (6-10). Der har også for denne skrøbelige gruppe igennem mange år været et ønske om at opnå bedre og mere sammenhængende patientforløb. Problemet er yderligere accentueret på baggrund af kortere og mere intensive behandlingsforløb på sygehusene (6). Det stiller krav til bedre koordination og tværfagligt samarbejde mellem sundhedsvæsenets aktører. En sikring af samarbejdet på tværs af sektorerne stiller dog store krav til kommunikation, faste aftaler og i en vis grad fælles kultur med fælles mål, hvis patientforløbet skal blive en succes (11;12). Forskellig organisering af arbejdet, forskellig opfattelse af mål og midler, og utilstrækkelig elektronisk udveksling af oplysninger er nogle af de faktorer, der vanskeliggør det koordinerende arbejde.

En del af problemet er, at ansvaret for patientens videre behandling flyttes fra én enhed (sygehuset) til flere: Den praktiserende læge, kommunens medarbejdere og patienten selv samt evt. pårørende. Opfølgning på behandling og eventuelt ændrede vilkår hviler i vid udstrækning på patienten selv, dennes pårørende samt kommunens medarbejdere i det omfang, patienten modtager hjælp fra kommunen. Uopfordret opfølgning fra den alment praktiserende læges side har hidtil ikke været muligt i honorarstrukturen, ud over hvad sygehuset anbefaler i epikrisen. Borgeren skal selv efterspørge en ydelse. I den nye landsoverenskomst fra 2006 mellem alment praktiserende læger og sygesikringen er der dog indført nye ydelser med et opfølgende eller opsøgende sigte. Hermed er der sat ekstra fokus på den praktiserende læges rolle i forebyggende aktiviteter, hvilket giver nogle nye muligheder for lægen til at handle proaktivt.

Et væsentligt forhold efter en udskrivelse er sikring af den medicinske behandling. Det drejer sig både om sikring af, at veldokumenteret behandling gennemføres og følges op, men også at behandlingen ikke påfører patienten ulemper. Det er ligeledes her dokumenteret, at sundhedsvæsenet har et væsentligt forbedringspotentiale, idet utilsigtede effekter af den medicinske behandling jævnligt forekommer (13-18). Et betydeligt antal indlæggelser tilskrives uhensigtsmæssig medicinsk behandling (19). Ældre patienter har ofte en eller flere kroniske sygdomme, og udskrives derfor ofte med et betydeligt antal lægemidler, hvor sygehuset har foretaget ændringer i forhold til før indlæggelsen. Projektet sætter særlig fokus på opfølgning af den medicinske behandling, som den praktiserende læge har det forsatte ansvar for efter udskrivelsen. Inddragelse af den praktiserende læge som gennemgående fagperson har derfor været et væsentligt element i projektet.

Projekter med opfølgende besøg i hjemmet og forbedret opfølgning efter udskrivelse har været gennemført i Danmark og internationalt på forskellig vis (7;8;10;20-29). Den typiske intervention består af en indsats via sygehuspersonale, som skal løse denne opgave fx udrykkende hospitalsteams eller sygeplejerske organiseret på forskellig vis. De færreste projekter vurderer potentialet i forbedring af indsatsen fra det eksisterende personale i primærsektoren, hvilket i en periode med sparsomme personaleressourcer må anses for nærliggende.

Interventioner af denne art efterlader ofte en diskussion om hvilke målgrupper, der opnår størst udbytte, og hvilken intensitet af indsatsen, som er tilstrækkelig til at gøre en forskel, men som samtidig vil være realistisk – praktisk og økonomisk - i forhold til evt. senere implementering. Der er endvidere behov for mere viden om ældres behandling og mulighederne for forbedret koordination mellem sundhedsvæsenets aktører. Ikke mindst i en tid hvor ældre medicinske patienter er stadig kortere tid indlagt på sygehus og fokus i stigende grad lægges på færdigbehandling og afsluttende træning i hjemmet, samtidig med at forløbene i højere grad bliver mere specialiserede.

Med baggrund i disse iagttagelser består projektets intervention i en opfølgende indsats ved ”primærsektorens team”, den praktiserende læge og hjemmesygeplejersken, til ældre patienter, der udskrives fra en medicinsk eller geriatrisk afdeling. Undersøgelsen er gennemført med MTV tankegangens systematik for ud over effekten af interventionen også at belyse de organisatoriske udfordringer og økonomien ved en sådan intervention.

Projektet har oprindeligt afsæt i en anbefaling fra ældreplanen for Københavns Amt, der blev udgivet i december 2000, hvor det foreslås, at praktiserende læger udfører opfølgende hjemmebesøg til svækkede ældre, der udskrives fra sygehus. Resultatet af undersøgelsen forventes at kunne indgå som bidrag i planlægningen af fremtidens samarbejde mellem sygehus, almen praksis og kommunerne fx i forbindelse med sundhedsaftalerne.

1.2 Formål og afgrænsning

Formålet med denne undersøgelse er at afprøve, om der er grundlag for at anbefale tidlig og tæt opfølgning ved praktiserende læge og hjemmesygeplejerske efter en struktureret model hos ældre medicinske patienter, der har været indlagt på sygehus.

I undersøgelsen belyses nedenstående spørgsmål:

1. Kan den valgte ordning med en tidlig, fast struktureret og tæt opfølgning af ældre patienter ved egen læge og hjemmesygeplejerske efter udskrivelse fra en medicinsk eller geriatrisk afdeling bidrage til en forbedret patientbehandling?

Forbedret patientbehandling belyses i undersøgelsen ved en bred vurdering af patientens situation med særlig fokus på:

- Kontrol med den medicinske behandling i form af bedre overensstemmelse mellem den praktiserende læges opfattelse af patientens medicinering og den medicin patienten tager
- Opfølgning på behandlingsplanen fra sygehuset
- Risiko for efterfølgende indlæggelser

2. I hvilket omfang er den valgte ordning implementerbar i henhold til økonomi, nuværende aktører og organisatoriske strukturer?

Patientpopulationen er afgrænset til patienter på 78 år og derover, og som har været indlagt mindst 2 dage på en medicinsk eller geriatrisk afdeling. Disse kriterier er valgt, idet tidligere undersøgelser har vist, at patienter med høj alder hyppigere har helbredsmæssige eller sociale problemer og at patienter med længerevarende indlæggelse får mest ud af opfølgende besøg (7;30). Det er i overensstemmelse med, at stigende alder medfører stigende forekomst af kroniske sygdomme med øget medicinering og dermed samlet set stigende behov for sikker opfølgning i udskrivelsesforløbet (31).

Modellen for opfølgningen er nærmere beskrevet i kapitel 2 (afsnit 2.1.1).

1.3 Projektgruppe

Projektet er gennemført i det tidligere Københavns Amt af en tværfaglig gruppe bestående af repræsentanter fra Sundhedsforvaltningen, praksiskonsulentordningen/almen praksis, sygehusene og kommunerne.

Gruppen har bestået af:

Helle Neel Jakobsen, cand. pharm., Koncern Plan og Udvikling, Region Hovedstaden (projektleder). Tidligere Sundhedsforvaltningens Udviklingsafdeling, Københavns Amt frem til 1. januar 2007.

Lars Rytter, praktiserende læge og praksiskoordinator på Glostrup Hospital og ekstern lektor på Institut for Almen Medicin, Københavns Universitet.

Finn Rønholt, ledende overlæge og ph. D., Medicinsk Afdeling C, Gentofte Hospital. Overlæge på Geriatrisk Afdeling B, Glostrup Hospital frem til 31. marts 2004.

Aase Nissen, specialkonsulent, cand. pharm. og MPH, Udviklingsfunktionen, Gentofte Hospital. Vicekontorchef i Sundhedsforvaltningens Udviklingsafdeling, Københavns Amt frem til 1. januar 2007.

Karin Stadsgaard, områdeleder for hjemmesygeplejerskerne, Hjemmeplejen, Ældre og Handicap, Ballerup Kommune. Tidligere leder af hjemmeplejen, område Nord, Brøndby Kommune frem til 15. marts 2007.

Anne Helms Andreasen, statistiker, cand. scient., Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed.

Herudover har følgende personer bidraget:
Eva Jepsen, ergoterapeut, Geriatrisk afdeling B, Glostrup Hospital (foretaget inklusion af patienter, opgaver i forbindelse med iværksættelse af opfølgning og dataindsamling)

Anna Viola Hammer, cand. mag. i etnologi, udviklings-konsulent, Køge Kommune. Tidligere Sundhedsforvaltningens Udviklingsafdeling, Københavns Amt frem til juli 2006 (deltaget i organisatorisk analyse, databearbejdning og rapportskrivning)

Jakob Kjellberg, cand. scient., M.Sc.Health Econ, Dansk Sundhedsinstitut (konsulent på økonomisk analyse)

Mette Gislum, statistiker, cand. scient., Kræftens bekæmpelse. Tidligere Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed (foretaget statistiske analyser)

Kristine Skovgaard Bossen, cand. scient. san. publ., Sundhedsstyrelsen. Tidligere Sundhedsforvaltningens Udviklingsafdeling, Københavns Amt (diverse opgaver i forbindelse med dataindsamling og forberedelse af evaluering)

Susanne Wilms, sygehjælper, Geriatrisk afdeling B, Glostrup Hospital (dataindsamling ved patientinterview)

Mette Wesselhoff, områdeleder, Vallensbæk kommune (initial repræsentant fra kommunerne)

Rikke Gut og Stine Schulze, Enheden for brugerundersøgelser, Region Hovedstaden. Tidligere Københavns Amt (bidrag til spørgeskemaer og fokusgruppeinterview)

Anders Rytter Bockhahn, Dea Seidenfaden og Mette Lehmann Andersen (studentermedhjælpere)

1.4 Litteraturgennemgang

I forbindelse med projektets planlægning blev lavet en litteraturgennemgang omhandlende opfølgning af ældre patienter i forbindelse med udskrivning samt litteratur, der belyser sikkerhed omkring anvendelse af medicin. På baggrund af projektets karakter, er der i forbindelse med afrapporteringen lavet en udvidet og opdateret gennemgang for bedre at belyse de sammenhænge i hvilke rapporten skal læses. Det er faldet naturligt at gruppere denne endelige litteraturgennemgang i følgende 4 emnegrupper:

- Shared Care/sektorovergang
- Generelle besøgsordninger
- Besøg i relation til udskrivning
- Sikkerhed omkring anvendelse af medicin

De 2 førstnævnte emner er belyst med gennemgang af udvalgte aktuelle rapporter. De 2 sidstnævnte emner, som er mere centrale for interventionen, er belyst med en egentlig litteraturgennemgang (se nedenfor om systematikken i litteraturgennemgangen).

1.4.1 Systematik i litteraturgennemgang

I litteraturgennemgangen er der gennemgået aktuelle nationale MTV rapporter af relevans for projektets fokus. Der foreligger 2 rapporter fra Sundhedsstyrelsen fra 2006: ”Hjemmet som arena for forebyggelse – med sundhedsplejerskeordninger og forebyggende hjemmebesøg hos ældre som eksempel” og ”Tværsektorielt samarbejde mellem almen praksis og hospital – Shared Care belyst ved AK behandling” (12;32). Nøglelitteratur er gennemlæst inden for disse emner, men ikke resumeret, idet der henvises til de 2 nævnte rapporter. Der er uddrag af disse rapporters konklusioner, hvor det har relevans for dette projekts formål.

Dernæst er det internationale perspektiv afdækket med litteraturgennemgang, dels af relevante Cochrane reviews, dels af metaanalyser med peer-review – hvoraf enkelte med særlig relevans er resumeret. Nyere undersøgelser efter 2000 er prioriteret.

Rapporter med rehabilitering som intervention er ikke vurderet som relevante. Mange undersøgelser og rapporter har som målgruppe én sygdom (apopleksi, kronisk obstruktiv lungesygdom, hjerteinsufficiens, hoftebrud). Disse er kun gennemgået i begrænset omfang, da nærværende rapport beskæftiger sig med en ikke-sygdomsspecifik population. Sluttelig er gennemgået væsentlige randomiserede kontrollerede studier. Nationale danske undersøgelser er generelt blevet prioriteret, da vurdering af effekt og muligheder for implementering skal ses i sammenhæng med sundhedsvæsenets

organisering og landets geografi. Forskere i Australien og USA har interesseret sig en del for disse emner, men adskiller sig hvad angår lokale forhold en del fra Danmark.

For projektets særlige fokus på forbedret opfølgning af den medikamentelle behandling har litteraturgennemgangen lagt vægt på undersøgelser, der belyser omfanget og betydningen af uoverensstemmelser mellem lægens og patientens oplysninger om indtag af medicin samt utilsigtede lægemiddelhændelser efter udskrivning fra sygehus. Der er kort gennemgået interventioner i forhold til patientens medikamentelle behandling efter udskrivelse fra sygehus og i forhold til complience.

1.4.2 Søgestrategi

Der er blandt andet søgt i The Cochrane Library, PubMed, DSI-biblioteksdatabase, Den nationale projektdatabase for MTV og Evaluering, og publikationslister på relevante institutioners hjemmesider er gennemgået (fx Forskningscenter for Ledelse og Organisation i Sygehusvæsenet). Der er suppleret med andre referencer og grå litteratur, hvor gruppen har fået kendskab til materialet.

Følgende søgeord har været anvendt hver for sig eller i kombination: home* visit*, home*intervention*, *discharge*, elder*, geriatric*, adverse drug event, drug related problem*/drug-related problem, drug safety, medication error, medication discrepancies, congruence, medication review, economic*.

1.4.3 Shared Care/sektorovergang

Gennemgangen af begrebet Shared Care er gjort, fordi tankegangen fra Shared Care er relevant ved udskrivning af ældre patienter, som ofte har kroniske sygdomme, og hyppigt omfattende medicinsk behandling. Som for de store kroniske sygedomme er der i udskrivningssituationen samme behov for systematiske fælles aftalte rutiner mellem flere ansvarlige sundhedsfaglige miljøer af typen: Hvem gør hvad, og hvad kan vi regne med?

Under den tilsyneladende generelle tilfredshed med sundhedsvæsenet i Danmark ulmer en kritik af manglende sammenhæng mellem sundhedsvæsenets aktører. Udskrivningssituationen er generelt en kritisk del af patientforløbet. Der sker her en ansvarsoverdragelse til flere potentielle modtagere, hvor modtagelse og vidensoverføring er usikker. Der er kun sjældent et konkret »håndslag« mellem læger: »Jeg tager over«. Man »håber«, at systemet med patientens medvirken klarer situationen. Et forhold, som ikke mindst hos ældre eller patienter med kroniske sygdomme, gør udskrivelsen til en risikosituation.

Der har været begrænset forskningsmæssig interesse for emnet. En engelsk forskergruppe i Manchester med professor Richard Baker som hovedkraft har med udgangspunkt i patientoplevelsen introduceret begrebet ”left in limbo”[1] som betegnelse for oplevelsen af, at man som patient ”falder mel-

1 Limbo: at føle sig i helvedes lorgård – at føle sig glemt

lem 2 stole" og føler sig glemt. I deres artikel "Left in limbo: Patients view on care across the primary/secondary interface" beskrives 5 forhold, som har betydning for patientens oplevelse af forløbet over "sektorgrænsen" (33): "Getting in" (at få adgang til passende behandling), "fitting in" (finde behandling, som "passer" til patientens behov), "knowing what's going on" (information) og "continuity" (kontinuitet og koordination mellem professionelle). Det 5. og væsentligste tema var risikoen for at føle sig i "limbo": Vanskelighederne med at sikre hensigtsmæssig "fremgang" i håndtering af ens samlede helbredssituation. Det kan dreje sig om vanskeligheder ved henvisning, undervejs i behandlingsforløbet eller i forbindelse med udskrivelse. Udfordringen er at sikre, at ethvert led i behandlerkæden påtager sig et konkret ansvar, hvilket ikke altid er tilfældet. Forfatterne konkluderer, at patienternes oplevelse af sundhedsvæsenets evne til at sikre fremgang i deres behandlingsforløb, og undgå at man føler sig glemt, kan være en afgørende indikator ved en samlet vurdering af sundhedsvæsenets præstation.

Danske patienttilfredshedsundersøgelser (LUP) bekræfter, at overgangen mellem sektorerne bør være et indsatsområde for kvalitetsudviklingen af sundhedsvæsenet. Den landsdækkende undersøgelse fra 2004 (se tekstboks) viser, at usikkerheden er særlig stor i forbindelse med udskrivelsen, idet en forholdsvis stor andel af patienterne vurderer, at der er et dårligt samarbejde mellem sygehuset og kommunen (17,8%) og at egen læge er dårligt informeret om indlæggelsen (22,3%) i forbindelse med udskrivelsen. Omvendt føler færre (8,6%), at sygehuset var dårligt informeret om deres situation ved indlæggelsen. Citat fra Københavns Amts Enhed for Brugerundersøgelser, som forestår de lokale og landsdækkende undersøgelser af patientoplevelser: "Et sammenhængende patientforløb forudsætter et velfungerende samarbejde mellem sygehuset og primærsektor. Tidligere undersøgelser har vist, at det især er i overgangene, at patienterne oplever kvalitetsbrist, hvilket bekræftes i denne undersøgelse" (34).

Landsresultat spørgsmål om overgange mellem sektorer (LUP 2004) (1)

Vidste du, hvor du skulle henvende dig, hvis der opstod ændringer i din tilstand, mens du ventede fx til egen læge, til sygehuset eller andre?

Ja: 83,1% Nej 16,9%

Hvordan vurderer du, at sygehusafdelingen var informeret om din situation, da du blev indlagt?

Virkelig godt/Godt): 90,4% Dårlig/virkelig dårlig: 8,6%

Hvordan vurderer du, at sygehuset og den kommunale hjemmepleje/ hjemmesygepleje samarbejdede om din udskrivelse?

Virkelig godt/Godt: 82,2% Dårlig/virkelig dårlig: 17,8%

Hvordan vurderer du alt i alt, at din egen læge blev orienteret om, hvad der var sket under din indlæggelse på sygehuset?

Virkelig godt/Godt: 77,7% Dårlig/virkelig dårlig: 22,3%

I 2006 har Sundhedsstyrelsens enhed for Medicinsk Teknologivurdering udgivet rapporten: "Tværsektorielt samarbejde mellem almen praksis og hospital – Shared Care belyst ved AK behandling" (12). Rapporten omfatter såvel en grundig generel gennemgang af litteratur om Shared Care begrebet, konkrete ordninger omhandlende en række sygdomme og en mere detaljeret gennemgang af organisering af antikoagulationsbehandling (AK behandling). Disse vil ikke blive gennemgået, men i stedet refereres projektgruppens anbefalinger:

- Enhver beslutning om indførelse af Shared Care bør hvile på en grundig forudgående analyse af sammenhænge i samarbejdet. Såfremt der ikke kan identificeres gensidig afhængighed mellem samarbejdspartnerne, er det hensigtsmæssigt at vælge alternativer til Shared Care.

- Ved konstruktion af et Shared Care-arrangement er det nødvendigt, at man sikrer sig, at det er opbygget således, at både patient og praksislæge har mulighed for personlig kontakt med hospitalet.

- Ved opbygning og iværksættelse af et Shared Care-arrangement er det vigtigt at holde sig for øje, at der udarbejdes retningslinjer/vejledninger som støtte for samarbejdet, idet Shared Care hovedsageligt er uformelt og kræver åbne og udnyttede kommunikationskanaler mellem patient, praksislæge og sygehuslæge, hvor retningslinjer og vejledninger kan lette kommunikationen.

- Der bør ikke i valget af et Shared Care-arrangement ligge en forventning om direkte økonomisk besparelse, idet det store krav om personlig kommunikation tager tid og dermed ikke taler for frigørelse af behandlerressourcer i sekundærsektoren. Det må derimod forventes at blive dyrere.

- Man bør i konstruktionsfasen holde sig for øje, at den nuværende bevægelse mod større sygehuse alt andet lige vil mindske mulighederne for en direkte, personlig kontakt mellem patient og praksislæge på den ene side og den faste Shared Care-ankermand på sygehuset på den anden side.

- Driften af et Shared Care-arrangement bør løbende evalueres, og evalueringen bør i højere grad inddrage afledte effekter af samarbejdet, idet den store gevinst formentlig ligger her.

I rapporten tydeliggøres at sundhedstjenesteforskning og evalueringer af denne art kun sker i begrænset omfang.

Gruppen konkluderer, at der ikke eksisterer en entydig definition på Shared Care eller en entydig "opskrift" på, hvorledes Shared Care bør organiseres, hvorfor det som udgangspunkt kan volde problemer at følge en anbefaling om etablering af Shared Care. Shared Care tankegangen er udsprunget af et paradoks mellem ressourceknaphed og et øget krav om effektivitet og

sammenhængende behandlingsforløb. Etablering og implementering af Shared Care-aftaler kan være en langvarig proces, hvor barrierer for etablering kan bunde i magt-ubalance, kulturkonflikt og uenighed om strukturen mellem de deltagende aktører. Forfatterne konstaterer, at vejen frem i dette univers sker ved, at alle involverede parter samles til identifikation og diskussion af problemstillingen, således at medejerskab sikres. I rapporten gøres opmærksom på, at et "delt ansvar" kan medføre juridiske problemer. Rapporten vælger ikke at definere begrebet Shared Care og opstille præmisser for velfungerende Shared Care, men gør opmærksom på en række forhold, man skal være opmærksom på jf. de ovenfor citerede anbefalinger.

Derved adskiller den danske rapport sig fra Peter Pritchards gennemgang af litteraturen og sammenfattende analyse i 1995. Peter Pritchard, en tidligere praktiserende læge med interesse for ledelse, samarbejde og IT skrev sammen med sociologen Jane Hughes hovedværket: "Shared Care – the future imperative" (11). De beskriver Shared Care, som løsningen på "komplekse forløb med fælles ansvar", hvor primærsektor og sekundærsektor har indgået aftaler om fælles ansvar, fælles mål og en aftalt opgavefordeling blandt de forskellige aktører[2]. Forudsætningen er en fælles kultur med gensidig kendskab til andre aktørers arbejdsbetingelser og respekt og forståelse for de andre aktørers faglige og organisatoriske forudsætninger.

Begrebet Shared Care anvendes især ved komplekse forløb med fælles ansvar, dvs. ved kroniske forløb, ved terminal pleje og hos gravide – altså situationer med flere ansvarlige, som det aktuelle projekt også fokuserer på. De beskriver, at udviklingen af en fælles organisation (Shared Care) forløber gennem følgende syv udviklingstrin:

1. Opbygning af kulturer i primær og sekundær sektor, med visionære ledere, som prioriterer samarbejde
2. Etablering af fælles kultur, forståelse og ansvar
3. Udvikling af fælles retningslinier mellem aktørerne (sektorerne) – hvem gør hvad?
4. Klare og effektive aftaler for kommunikation
5. Sikring af implementeringen – skriftlig vejledning er ikke tilstrækkelig. Det skal indlæres fx ved undervisning
6. Kvalitetssikring – evaluering fx ved audit - Virker det?
7. Revision af retningslinier, kommunikationsmåder, ressourcer?

Systematikken ligger op af kvalitetscirklens tankegang, men er her applice-ret på en kompleks tværsektoriel problemstilling.

2 Shared Care ifølge Peter Pritchard: Samarbejde mellem forskellige organisatoriske strukturer med vigtige grænseområder: "Shared Care applies when the responsibility for the health care of the patient is shared between individuals or teams who are part of separate organizations, or where substantial organizational boundaries exist." (11)

1.4.3.1 Resume

Problemer i forbindelse med sektorovergange er veldokumenterede, politisk i fokus og med et væsentligt forbedringspotentiale. Ønsket om forandringer er stort, men strategien med henblik på forandringer er uklar. Det mest konkrete bud på metode til udvikling af Shared Care er beskrevet af Peter

Pritchard og co., og omfatter en 7 trins udviklingsproces, som fastholder, at det kulturskabende arbejde bør være udgangspunktet for forandring.

1.4.4 Generelle forebyggende besøgsordninger hos ældre

Sundhedsstyrelsens rapport: "Hjemmet som arena for forebyggelse – med sundhedsplejerskeordninger og forebyggende hjemmebesøg hos ældre som eksempel"(2006) (32) er væsentlig i forhold til interventionen opfølgende besøg i hjemmet ved den praktiserende læge og hjemmeplejen. Der er ikke tale om en egentlig MTV rapport, men en litteraturgennemgang med det formål at give overblik over den eksisterende forskningsbaserede viden om effekter af hjemmebesøg til forebyggelse med fokus på de eksisterende ordninger med kommunale forebyggende hjemmebesøg. Forfatterne ser konkret på sundhedsplejerskeordningen og forebyggende hjemmebesøg til ældre.

Rapporten diskuterer emnet: generel versus en målrettet indsats således (citat): "Det er en fortløbende diskussion om fordele og ulemper ved en generel versus en målrettet indsats – ikke mindst set i et ressourcemæssigt perspektiv. Hvis man med en målrettet indsats kan nå dem, der har behov for det, kan man spare udgifterne til dem, der klarer sig selv. Kritikken af den generelle hjemmebesøgspraksis har været, at man bruger for mange ressourcer på borgere, der reelt ikke har behov for forebyggende besøg i hjemmet og ikke på dem, der virkelig har behovet….. Modsat er kritikken af den målrettede indsats, at man aldrig kan analysere sig frem til, hvem der er mest udsatte og har den højeste risiko for bestemte sygdomme. Mennesker er ikke enten syge eller ikke syge. Risiko for sygdom er et kontinuum i det enkeltes menneskes liv, og uden den generelle besøgspraksis mister man muligheden for at identificere dem, hvor den forebyggende indsats kan nytte".

Rapporten konkluderer, at forebyggende hjemmebesøg til ældre kan reducere dødelighed og indflytninger på plejehjem. Reduktion af dødelighed synes at være størst blandt den yngre del af de ældre, og effekten på plejehjemsindflytninger er associeret med flere antal besøg. Hjemmebesøg, som bygger på en flerstrenget indsats og som følges op, kan også reducere funktionsevnetab blandt ældre, der har bevaret eller kun let nedsat funktionsevne. Besøgsordninger af denne art har mindre effekt hos den svækkede del af befolkningen.

Der afrundes blandt andet med følgende: "Der er dog fortsat behov for forskning inden for væsentlige områder som fx indholdet i besøgene, konsekvenser af besøgene, hvem der mest har gavn af besøgene (målgruppe) samt organiseringen af indsatsen og samarbejdsmæssige forhold til den øvrige primærsektor". Det konkluderes, at ordningen med opsøgende hjemmebesøg formentlig er udgiftsneutral. Situationen ved udskrivelse eller samarbejdet med de praktiserende læger er ikke specifikt diskuteret.

En dansk masterafhandling fra Institut for Folkesundhedsvidenskab fra 2000 (35) beskriver indstillingen hos kommunerne og hos de praktiserende

læger til ordningen med forebyggende hjemmebesøg. Hvis de forebyggende hjemmebesøg skal kunne udnyttes til at styrke indsatsen for svage ældre konkluderer rapportens forfattere, at det er en forudsætning at de praktiserende læger inddrages. Konkret foreslås: 1. Alle amter bør indgå en §2 aftale[3] mhp. inddragelse af de praktiserende læger. 2. I forlængelse heraf bør udformes formel samarbejdsaftale om indhold og organisering. 3. Der er behov for lokalt tværfagligt læringsforum. Disse anbefalinger svarer godt til de grundvilkår, Peter Pritchard beskriver som forudsætning for etablering af Shared Care (ledelsesmæssig prioritering, konkrete forpligtende aftaler og fælles læringsforum til sikring af implementering) (11).

1.4.4.1 Resume

Forebyggende hjemmebesøg til alle ældre er en veletableret kommunal aktivitet, der kan reducere dødelighed og indflytninger på plejehjem. I den nuværende form er denne aktivitet generelt uden sammenhæng med de praktiserende læger.

1.4.5 Besøg i hjemmet i relation til udskrivning

Denne rapports fokus er den generelle udskrivelse af den ældre medicinske patient uden fokus på specifikke diagnoser, men i nedenstående gennemgang er enkelte diagnosespecifikke undersøgelser med konklusioner af mere generel karakter medtaget. Nyere undersøgelser er generelt prioriteret, men en række ældre danske undersøgelser er omtalt.

1.4.5.1 Cochrane reviews og metaanalyser

En gruppe engelske læger (22) har i 2002 systematisk gennemgået 54 randomiserede kontrollerede studier om forbedret udskrivelse af ældre patienter. De konkluderer, at genindlæggelser kan reduceres ved forbedret indsats (RR 0,85). Effekten af interventionen var mere varig, når den blev udført af en enkelt person, frem for et team. Der er bedst effekt, når interventionen både inddrager sygehuset og opfølgning i patientens hjem, men en lignende trend ses for interventioner der kun udføres i patientens hjem. Intervention som alene foregår på sygehuset eller alene foregår telefonisk, har lille effekt. Der kan ikke dokumenteres effekt på dødelighed af forbedret udskrivning. Økonomiske analyser viser, at komplekse patientuddannelsesprogrammer gør interventionen dyrere end kontrolgruppen, mens flere studier finder interventionen udgiftsneutral. Fem studier med geriatrisk vurdering rapporterer om lavere omkostninger ved interventionen.

En lignende litteraturgennemgang med New Zealandsk perspektiv i 2004 (20) konkluderer, at der er behov for et "continuum of care", som forudsætter en sammenhængende tværfaglig organisering. De finder behov for flere nationale studier, da implementering skal ses i sammenhæng med organisering af det enkelte lands sundhedsvæsen.

Et cochrane review fra 2005 (37) har gennemgået 16 undersøgelser omhandlende organisering af den opfølgende behandling for patienter med kronisk

3 § 2 aftale: Lokalaftale indgået mellem et Amt (eller Region) og områdets praktiserende læger, som supplerer eller fraviger den gældende overenskomst (36)

hjertesvigt. Intervention med multidiciplinært team kan på kort sigt give reduceret antal genindlæggelser. Case management (monitorering af patientens nøgletal kombineret med telefonisk kontakt eller besøg ad hoc) viste tendens til at kunne reducere mortalitet og genindlæggelser. Forfatterne kan ikke komme med klare anbefalinger og konkluderer, at emnet fortjener mere forskning.

Et andet Cochrane review (25) har i 2004 undersøgt effekten af planlægning før udskrivning ("Discharge planning from hospital to home"). De konkluderer, at emnet er svært at analysere grundet studiernes forskellige indikatorer, hvilket vanskeliggør en metaanalyse. Intervention med grundig planlægning af udskrivning er sikkert hensigtsmæssig, specielt i et sygehusvæsen med pres på akutte sengepladser, men evidensen er uklar. Dette er i overensstemmelse med den britiske gennemgang (22).

En væsentlig patientgruppe med apopleksi er ligeledes gennemgået i cochrane regi i 2005 (23). Det konkluderes, at man for en selekteret gruppe kan nedsætte afhængigheden af pleje og institutionalisering (plejehjem) og forkorte hospitalsindlæggelse med god patientaccept ved opfølgning og rehabilitering i hjemmet udført af sygehusets medarbejdere.

En anden cochrane gruppe som har set på "hospital i hjemmet" diskuterer værdien af afkortning af liggetid på sygehus (38). De gør opmærksom på, at denne arbejdsform er dyr grundet nye udgifter til udrykkende team, så afkortning af indlæggelse er mindre interessant end intervention, som nedbringer risikoen for genindlæggelser.

En metaanalyse af 18 randomiserede kontrollerede studier i JAMA fra 2004 beskæftiger sig også med forbedret udskrivning af patienter med hjertesvigt (21). Fokus er patientuddannelse, bedre information til sundhedsfaglige personer og optimering af den medicinske behandling. Interventionen er med sygeplejersker, farmaceuter og geriatriske cardiologer, men ikke primær intervention ved praktiserende læge. Generelt kan genindlæggelser reduceres (RR 0,75, $p<0,001$). Der ses et ikke signifikant fald i dødelighed (RR 0,87) og forbedret livskvalitet. I 11 af studierne er gennemført en økonomisk analyse, som viser samlet gevinst ved interventionen.

Fælles for undersøgelserne er, at almen praksis sjældent indgår i den direkte intervention, men interventionen indebærer typisk, at den praktiserende læge informeres grundigere end ved vanlig rutine.

1.4.5.2 Randomiserede kontrollerede studier om effekt af besøg i hjemmet efter udskrivning

Effekten af hjemmebesøg ved geriatriske teams er blevet undersøgt i et randomiseret, kontrolleret studie gennemført i 1991-92 på Glostrup Hospital (7). Studiet viser, at patienter, der modtog 4 besøg af teamet inden for 4 mdr. efter udskrivning, har signifikant færre genindlæggelser end kontrolgruppen – opgjort 24 uger efter udskrivning (44% vs. 64% $p<0,005$). Som følge

af hjemmebesøgene får flere i interventionsgruppen efterfølgende hjemmehjælp i forhold til kontrolgruppen.

Et andet dansk randomiseret kontrolleret studie fra Bispebjerg fra 1996-98 (10) med opfølgning på apopleksipatienter efter udskrivning ved enten hospitalslæge eller fysioterapeut eller ved udskrivning uden opfølgning viser signifikant reduktion i genindlæggelse (26% vs. 34% vs. 44%, p=0,028) i en periode på ½ år efter udskrivelse. Studiet viste, at de dårligste patienter, vurderet ud fra varighed af indlæggelse, fik mest ud af besøgene.

I et ældre studie fra Roskilde fra 1987-88 (9;39) omhandlende ældre på 75 år og derover, aflagde en hjemmesygeplejerske besøg i hjemmet dagen efter udskrivelse og praktiserende læge besøgte patienten 14 dage efter udskrivelsen. Studiet indikerer, at det største antal problemer, der afdækkes ved besøgene, er hos patienter med høj alder og hos ældre med længerevarende indlæggelser. I undersøgelsen, der inkluderede 75+ årige udskrevet fra sygehus til eget hjem, er afdækket væsentlige medicinske problemer hos 25%, sociale problemer hos 14% og psykiske problemer hos 17% (39). Der er endvidere behov for medicinjustering hos halvdelen af de besøgte. Denne undersøgelse viser ingen effekt på antallet af genindlæggelser, hvilket antages at hænge sammen med en begrænset opfølgningsperiode (9). Studiet resulterede i en signifikant reduktion i antallet af indflytninger på plejehjem.

En australsk randomiseret kontrolleret undersøgelse publiceret i 1999 (28) med multidisciplinær, men alligevel simpel opfølgning efter udskrivning af patienter med kronisk hjertesygdom viser væsentlig reduktion i ikke planlagte genindlæggelser (p=0,03). Interventionen bestod i ét besøg i hjemmet inden for 2 uger efter udskrivning ved specialiseret sygeplejerske. Ved besøget blev givet deltaljeret instruktion i observation og monitorering af sygdommen. Fund og plan rapporteredes til både speciallæge og praktiserende læge. Telefonisk opfølgning efter 3 og 6 mdr. Intervention med specialiseret sygeplejerske i tæt samarbejde med speciallæger og praktiserende læger synes at være en effektiv interventionsform med reducerede sundhedsomkostninger til følge.

En amerikansk gruppe publicerede i 1999 resultatet af en intensiv opfølgning af geriatriske patienter ved specialiseret geriatrisk sygeplejerske i samarbejde med patientens læge (8). Interventionen bestod i særlig grundig udskrivningsplan for opfølgning, besøg inden for 48 timer efter udskrivning, efter 1 uge, og siden efter behov, samt løbende mulighed for telefonisk kontakt til projektsygeplejerske. Interventionen nedsatte risikoen for genindlæggelse (20,3% vs 37,1% p<0,001) i en periode på 24 uger efter udskrivelse, og halverede forsikringsselskabets omkostninger.

En anden amerikansk gruppe (40) har i 1996 publiceret et studie hvor den praktiserende læge lavede tæt opfølgning efter udskrivning hos en gruppe socialt tunge patienter (veteraner) med svær kronisk sygdom (fx var 50% af

hjertepatienterne i NYHA gruppe[4] III og IV, 25% af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom var på hjemmeilt eller systemisk steroid). Uventet fandtes øget antal genindlæggelser pr. måned ved interventionen (0,19 vs. 0,14 p=0,005), men patienterne var mere tilfredse. En mulig forklaring kan være, at intensive besøg hos socioøkonomisk "tunge" og medicinsk svært syge patienter afdækker yderligere medicinske problemer, som kræver fornyet henvisning til sygehus. Der var også en tendens til at interventionsgruppen var mere syg end kontrolgruppen ved baseline.

Et stort australsk studie (27) med 739 patienter i et randomiseret studie fra 2004 viser også nedsat genindlæggelse efter 18 måneder (44,4 % vs. 54,3 % p=0,007) efter intensiv indsats fra geriatrisk team. De anbefaler fokuseret indsat over for højrisikopatienter defineret ved høj alder (>75 år) og en akut indlæggelse.

Et engelsk studie fra 2005 (26) med 2 besøg ved projektsygeplejerske efter udskrivning af en gruppe hjertepatienter demonstrerer også effekt i form af fald i antal genindlæggelser (35 vs.51, P<0,05). Interventionen viste bedre patienttilfredshed, men havde ikke effekt på dødeligheden.

1.4.5.3 Resume

Der er et forbedringspotentiale efter udskrivning i form af færre genindlæggelser ved forbedret opfølgning. Der er ikke entydige anbefalinger, men interventioner i forbindelse med udskrivning anbefales at omfatte besøg i hjemmet for at gøre en forskel. Nationale anbefalinger bør i et vist omfang baseres på nationale undersøgelser grundet forskellig organisering af sundhedssystemet. Der bør bl.a. indgå sundhedsøkonomisk analyse og vurdering af patientens oplevelse.

1.4.6 Sikkerhed omkring anvendelse af medicin

Langt størstedelen af den ældre befolkning er i behandling med lægemidler (41;42). Mere end 90% af de ældre over 75 år havde i 2001 anvendt en eller flere former for medicin (43). Generelt anvender de ældre et stigende antal lægemidler med stigende alder. Det mediane antal anvendte lægemidler for 75-84-årige var således 6 i løbet af et år, mens det mediane antal for de +85-årige var 7 (2001). Jo flere lægemidler der anvendes, jo større risiko er der for helbredsproblemer grundet bivirkninger, medicineringsfejl, manglende compliance mm. (44-46). Øget grad af svækkelse hos patienten øger endvidere risikoen for at der sker fejl ikke mindst i forhold til sektorovergange, hvor flere aktører er involverede, og der er risiko for manglende koordinering. Som udgangspunkt bør den praktiserende læge, der ordinerer og viderefører hovedparten af patientens medicinske behandling, have overblikket over patientens samlede medikamentelle behandling (47), men dette er langt fra altid tilfældet. Det er således relevant at se på i hvilken grad den ordinerende læge har overblik over hvilken medicin patienten anvender, og om patienten anvender den ordinerede medicin dvs. om lægen og patienten samt evt. omsorgsgivere er enige om, hvilken medicin patienten skal tage.

4 NYHA gruppe: Klassifikationssystem til inddeling af patienter med hjerteinsufficiens efter funktionskapacitet i 4 grupper (I – IV) (NYHA – New York Hearth Association), hvor gruppe I omfatter patienter uden symptomer ved almindelig aktivitet og gruppe IV omfatter patienter med svær funktionsbegrænsning og symptomer i hvile.

Nedenfor er gennemgået en række artikler, der beskriver denne undersøgelses primære effektmål: Overensstemmelse mellem hvad den praktiserende læge oplyser, at patienten tager af medicin og hvad patienten rent faktisk anvender. Endvidere beskrives litteratur, der omhandler omfanget af medicinrelaterede utilsigtede hændelser efter udskrivelse fra sygehus. Endelig omtales litteratur, der beskriver effekten af medicingennemgang foretaget ved hjemmebesøg.

1.4.6.1 Overensstemmelse mellem læge og patient om indtag af medicin

En undersøgelse fra Århus, der omhandlede 348 personer på 75 år, viser, at den praktiserende læge meget ofte ikke er bekendt med, hvilken medicin patienten indtager. Hos 55% af patienterne havde lægerne således ikke kendskab til alle patientens rapporterede receptpligtige lægemidler (48). For de lægemidler, som lægen oplyste, at patienten tog, var der uoverensstemmelse mellem patient og læge i hvilke lægemidler der blev oplyst hos 22%, anvendt dosering hos 77% og måde at tage medicinen på hos 66%. Lægemidler ordineret af andre læger var ekskluderet, og der blev fratrukket 20% for at tage højde for fejlnoteringer i lægens journal. Ifølge lægens oplysninger tog patienterne i gennemsnitligt 3,3 forskellige lægemidler. Der blev fundet potentielle lægemiddelinteraktioner med udtalt til moderat klinisk betydning hos 15% af deltagerne, og interaktionerne var positivt korreleret til indtag af mange lægemidler (polyfarmaci) (41).

Tilsvarende resultater findes i et andet nyere dansk studie fra Roskilde publiceret i 2004 (49), som kortlagde hyppigheden af uoverensstemmelser i oplysninger om medicinindtag ved indlæggelse, udskrivelse og 1 måned efter udskrivelse for 75 patienter. Den undersøgte patientgruppe omfattede alle aldre, og den mediane alder var 65 år. Det mediane antal anvendte lægemidler var 4 (0-15). En måned efter udskrivelse indtog halvdelen (55%) af patienterne lægemidler, som lægen ikke var bekendt med, og lægen mente tilsvarende, at 28% af patienterne indtog medicin, som patienten ikke selv oplyste at anvende. Der var uoverensstemmelser for i alt 85% af patienterne. 13% af de fundne forskelle blev 1 måned efter udskrivelsen vurderet som potentielt skadelige af et tværfagligt panel.

Et studie fra Nykøbing Falster fra 2006 på 100 patienter med en median alder på 73 år viser tilsvarende forhold. Her blev i forbindelse med indlæggelse på sygehus fundet uoverensstemmelser mellem medicinoplysninger fra egen læge og patienterne for 63% af patienterne (50). 40% af uoverensstemmelserne blev fundet klinisk relevante[5].

Der er således vist uoverensstemmelser mellem de praktiserende lægers og patienternes oplysning om indtag i et stort omfang i flere danske undersøgelser. Tilsvarende er fundet i udenlandske undersøgelser, hvor uoverensstemmelserne i nogle tilfælde er større end i de danske undersøgelser (51-57). I de danske undersøgelser er fra 13% til 40% af uoverensstemmelserne mellem praktiserende læge og patienten vurderet som klinisk betydende, dvs.

5 Uoverensstemmelser blev anset for at være kliniske relevante for patienten hvis de drejede sig om: 1) afhængighedsskabende lægemidler, 2) lægemidler med potentielt alvorlige bivirkninger, 3) dosisdispensering og 4) at patienten tog større dosis end egen læge angav. Klinisk betydning var i studierne som regel fastsat ved konsensus blandt et ekspertpanel som omfattede læger og farmaceuter.

der kan være en betydelig risiko ved at læge og patient ikke er enige om hvilken medicin der tages.

Der er i litteraturen endvidere beskrevet en del undersøgelser, der undersøger betydningen af utilstrækkelig information om patientens lægemidler ved indlæggelse. Et systematisk review fra 2005 viser at der var fejl i medicinhistorien hos op til 67% af patienterne (58). På baggrund af 6 af de gennemgåede studier findes, at 11-59% af fejlene var klinisk betydende[6]. Klinisk betydning var i studierne som regel fastsat ved konsensus blandt et ekspertpanel som omfattede læger og farmaceuter. Artiklen refererer at op til 27% af ordinationsfejlene på sygehusene kan tilskrives utilstrækkelig information om patientens medicin ved indlæggelse.

Et par danske studier viser tilsvarende resultater. Et nyere studie fra Viborg fra 2006 viste ligeledes, at der ved indlæggelse på medicinsk afdeling blev fundet ufuldstændige medicinoplysninger hos 69% af patienterne. Et klinisk ekspertpanel vurderede, at 18% af patienterne herved blev udsat for en potentiel alvorlig medicineringsfejl. I undersøgelsen indgik 48 patienter med en gennemsnitsalder på 71 år og et gennemsnitligt medicinforbrug på 6,4 (59).

Endvidere viser et studie fra Bispebjerg Hospital fra 2003 uoverensstemmelse hos 89% af patienterne i medicinhistorien i forbindelse med en indlæggelse (60). Hos 69% af patienterne gav et medicininterview med patienten ekstra oplysninger i forhold til indlæggelsesoplysningerne. Tilsvarende viste en rekvireret medicinliste fra de praktiserende læger flere oplysninger for 70% af patienterne. Hos 18% af patienterne blev manglende oplysninger af et ekspertpanel vurderet som havende potentiel klinisk betydning. Undersøgelsen omfattede 81 patienter med en median alder på 73 år.

Enkelte studier har opgjort uoverensstemmelser mellem epikrisens medicinoplysninger og sygehusets medicinjournal, og har fundet afvigelser for 16-36% af ordinationerne (61). Et dansk studie fra Århus fandt afvigelser i mere end dobbelt så mange tilfælde sandsynligvis pga. en mere detaljeret registrering af fejltyper (61). Hyppigste fejl var at ordinationer ikke overføres fra journalen til epikrisen. Der er således også store mangler i den information som primærsektoren modtager om patientens medikamentelle behandling fra sygehuset, ligesom der er mangler i den information, som sygehuset modtager ved indlæggelse (56;58-61).

1.4.6.2 Utilsigtede lægemiddelhændelser efter udskrivning fra sygehus

Flere, primært udenlandske, undersøgelser har kortlagt hyppigheden af utilsigtede lægemiddelhændelser i en periode efter udskrivning fra sygehus (13-18). Litteraturen er dog begrænset, og der er ikke fundet metaanalyser eller reviews om dette emne. Antallet af fundne hændelser varierer mellem 19% og 33%, og en større andel, typisk op mod en tredjedel, vurderes som værende mulige at forebygge. Det beskrives, at håndtering af medicin hos kroniske patienter, der nyligt er udskrevet fra en akut indlæggelse, ofte er suboptimal (46)

6 Klinisk betydning var i studierne som regel fastsat ved konsensus blandt et ekspertpanel som omfatter læger og farmaceuter.

Et amerikansk kohortestudie, publiceret i 2006, der undersøgte incidensen af utilsigtede lægemiddelhændelser hos 808 svage ældre efter udskrivelse fra sygehus, fandt hændelser hos 33% af patienterne (18). Ud af de fundne hændelser blev lidt over en tredjedel vurderet som værende mulige at forebygge. Polyfarmaci og anvendelse af warfarin blev fundet som uafhængige risikofaktorer for at få en utilsigtet hændelse.

Et europæisk studie fra 2004, der undersøgte lægemiddelrelaterede problemer identificeret af farmaceuter på europæiske apoteker i 6 lande, heriblandt Danmark, fandt problemer hos 64% af patienterne (16). De hyppigst identificerede problemer var manglende viden om medicinen, og hvorfor de tog den (30%). Bivirkninger forekom hos 23% af patienterne, praktiske problemer blev fundet hos 12%, og problemer omkring dosering blev fundet hos 24%.

Et amerikansk studie publiceret i 2003/2004 gennemgik journaler for 400 patienter, som samtidig blev telefonisk interviewet om hyppighed af utilsigtede hændelser inden for 5 uger efter udskrivelse fra en medicinsk indlæggelse (14;15). Gennemsnitsalderen var 57 år. Studiet fandt utilsigtede hændelser hos 19% af patienterne, heraf var en stor andel relateret til lægemidler (15). Studiet fandt således utilsigtede lægemiddelhændelser hos 11% af patienterne (14). For 16% af hændelserne var hændelsen livstruende. Hos 27% af patienter med hændelser, blev det vurderet, at problemerne kunne have været forebygget, og for 33% blev fundet problemer, hvor alvorligheden kunne have været signifikant reduceret. Mangelfuld monitorering af patienten var hyppig årsag til de problemer, hvor hændelsen kunne være forebygget eller alvorligheden mindsket. Risikoen for utilsigtede effekter var højest ved brug af kortikosteroider, antikoagulationsmidler, antibiotika, analgetika og kardiovaskulær medicin, og steg med antal ordinerede lægemidler. Patienter, der oplyste at have drøftet bivirkninger med en sundhedsprofessionel, havde halveret risiko i forhold til patienter, der ikke erindrede en sådan drøftelse.

Et canadisk studie publiceret i 2004, fandt utilsigtede hændelser hos 23% af 328 patienter med en gennemsnitsalder på 71 år, som blev udskrevet fra en medicinsk afdeling (13). Studiet havde samme hovedforfatter som ovenstående amerikanske studie. Hændelserne blev identificeret ved telefonisk patientinterview og journalgennemgang 1 måned efter udskrivelse. 3% af hændelserne medførte død og 3% permanent skade. Halvdelen af alle hændelser kunne være forebygget eller alvorligheden mindsket. 72% af hændelserne skyldtes lægemidler. Forfatterne konkluderer, at patienterne bør følges langt tættere efter udskrivning, idet monitorering af behandlingen blev fundet utilstrækkelig hos alle patienter med hændelser hvor alvorligheden kunne være mindsket og for en stor del af de patienter, hvor hændelserne kunne være forhindret.

Et amerikansk kohortestudie publiceret i 2003, der undersøgte utilsigtede lægemiddelhændelser hos ambulante patienter i en multi-speciale praksis,

fandt 50 hændelser per 1000 personår (17). Af de i alt 1523 identificerede utilsigtede hændelser blev 28% vurderet som værende mulige at forebygge. Specielt de alvorlige og livstruende hændelser blev fundet forebyggelige.

Apotekernes uddannelsescenter, Pharmakon, har gennemgået litteraturen omkring blandt andet lægemiddelrelaterede indlæggelser i en opdateret evidensrapport fra maj 2006 (19). Gennemgangen, der blandt andet baseres på metaanalyser og oversigtsartikler, finder at forekomsten af lægemiddelrelaterede indlæggelser er 6-14% svarende til mellem 69.000 og 162.000 årlige indlæggelser i Danmark. Bivirkninger, non-compliance og terapisvigt er årsag til de fleste indlæggelser. Det konkluderes, at ca. 3% af indlæggelserne er dødelige, op imod 80% af indlæggelserne vurderes til at være alvorlige, og op imod 60% af indlæggelserne vurderes som værende mulige at forebygge, dog afhængig af sygdomsgruppe. Risikoen for lægemiddelrelaterede indlæggelser ses at stige med alderen og med et øget antal lægemidler. Problemerne er oftest relateret til hjerte-karmedicin, diuretika, antikoagulerende midler, antibiotika, smertestillende medicin, herunder NSAID (gigtmidler) samt lægemidler der virker på centralnervesystemet.

1.4.6.3 Medicingennemgang efter udskrivelse

Studier der omhandler intervention i forhold til patientens medikamentelle behandling har vist forskellige resultater. Det er vist, at gennemgang af patientens medicin kan påvise og reducere problemer i forbindelse med den medicinske behandling, men et større studie viser også modsat rettet effekt af intervention.

En undersøgelse fra 2003 omhandlende hjemmebaseret opfølgning ved farmaceut til patienter på 60 år og derover, udskrevet med mere end 4 præparater, viser forbedret compliance og færre genindlæggelser (28 % vs. 45 %, p=0,05) i en periode på 90 dage efter udskrivelsen (62). Der indgik grundig instruktion af patienten og rapportering til læge og kommunalt personale.

Samme resultat findes i et amerikansk studie fra 2006 udført på medicinske patienter med et median antal lægemidler på 8. Her gav medicingennemgang og farmaceutisk vejledning ved udskrivelse fulgt op med telefonopkald lavere forekomst af forebyggelige utilsigtede hændelser forårsaget af medicin (1% vs. 11%, p=0,01) (63). Ovenstående studier viser, at tidlig, grundig indsats efter udskrivning har effekt.

Et større engelsk studie HOMER fra 2005 omfattende 872 patienter (over 80 år med minimum 2 lægemidler), der modtog hjemmebesøg ved farmaceuter efter udskrivelse fra en akut indlæggelse, giver overraskende øget frekvens af genindlæggelser i interventionsgruppen inden for 6 måneder (234 vs. 178, p=0,009) og ingen forbedring af livskvalitet (64).

Mange undersøgelser har endvidere undersøgt effekten af medicingennemgang uafhængigt af indlæggelse på sygehus (65-68). Typisk omhand-

ler undersøgelserne intervention ved en farmaceut, og viser både positive forbedringer af behandlingen og nogle studier finder kun begrænset effekt. Et dansk studie, hvor interventionen blandt andet omfattede medicingennemgang, individuel patientrådgivning og medicinskabseftersyn foretaget af apoteksfarmaceuter hos ældre over 65 år i behandling med 5 eller flere receptpligtige lægemidler, viste fald i indlæggelsesfrekvensen (31% vs. 42%, p=0,04) og i antallet af behandlingskrævende sygdomme (68).

Der synes ikke under danske forhold at være gennemført egentlige effektundersøgelser på medicinområdet, hvor patientens egen læge har været hovedaktør i interventionen.

1.4.6.4 Compliance/concordance[7]

Det er hyppigt forekommende, at patienter ikke fuldt ud efterlever den ordinerede behandling (69). Der gennemført en lang række undersøgelser med henblik på at forbedre compliance, men der er ikke klare metoder til hvordan compliance bedst muligt øges. Enkelte undersøgelser nævnes her.

Et cochrane review fra 2006 har beskæftiget sig med interventioner til forbedring af compliance (70). Konklusionen er at flere interventioner kan hjælpe på kort sigt, mens langsigtet intervention er vanskelig. I oversigten indgår en række interventioner som information, reminder, selvmonitorering, rådgivning, telefonisk opfølgning mm. Hjemmebesøg og fokus på udskrivning er ikke omtalt.

To reviews fra 2003 og 2004, der fokuserede på interventioner, der skulle øge compliance hos ældre personer (60 år og derover) fandt, at der ikke var stærk evidens til at fremhæve bestemte interventioner (71;72). De fandt dog, at der kan være positiv effekt af interventioner, der anvender multifaceteret og opfølgende intervention, herunder kognitiv støtte og interventioner med undervisning.

1.4.6.5 Resume

Der er betydelig uoverensstemmelse mellem lægens notater om patienternes medicin og det som faktisk indtages. 13-40% af uoverensstemmelserne er i danske undersøgelser vurderet som klinisk betydende. Der er store mangler i den information om patientens medikamentelle behandling, som sygehuset modtager ved indlæggelse, ligesom der er mangler i den information som primærsektoren modtager ved udskrivelsen. Utilsigtede lægemiddelhændelser er hyppige og omkring 1/3 vurderes i udenlandske studier som mulige at forebygge. Forekomsten af indlæggelser foranlediget af lægemiddelrelaterede problemer er skønnet til mellem 6% og 14%. Der er et væsentligt forbedringspotentiale ved bedre kontrol med patienternes medicin efter udskrivelse i forhold til patientsikkerhed og risiko for fornyet indlæggelse. Der er ikke klare anbefalinger for den konkrete organisering.

7 Compliance: Hvor god overensstemmelse der er mellem den medicin patienten tager, og det er der ordineret. Concordance: I hvilken grad medicinordination og medicinbrug er baseret på en fælles aftale mellem patient og læge eller andet sundhedsfagligt personale.

1.4.7 Overvejelser omkring metode i litteratur

Den indsamlede litteratur omfatter meget forskellige studier. Det er i cochrane reviews påpeget, at effektmålene er uensartede, hvorfor metaanalyser og samlede konklusioner er vanskelige (25). I det følgende omtales enkelte andre forhold i forbindelse med vurderingen af litteraturen.

Der er store regionale, nationale og geografiske forskelle i organiseringen af og indholdet i tilbuddene i sundhedsvæsenet fra land til land. Udenlandske studier kan derfor være vanskelige at overføre til og sammenligne med danske forhold. I litteraturgennemgangen nævnes studier fra specielt USA og Australien, men på grund af ovenstående fokuseres der i gennemgangen hovedsageligt på danske studier, hvor sådanne findes.

Endvidere er der store forskelle i formålene og indholdet i interventionerne i de enkelte studier. I de gennemgåede studier er der således forskel på omfanget og intensiteten i opfølgningerne efter en sygehusindlæggelse, samt hvilken aktør, der udfører opfølgningen. Valg af effektmål og mere snæver målgruppe kan desuden betyde, at nogle tilsyneladende relevante studier bliver mindre centrale og svære at sammenligne i forhold til dette projekts problemstilling, fordi studiernes resultater er bundet op på en specifik patientgruppe med et specifikt sygdomsforløb.

Til sidst er det vigtigt at påpege, at de refererede studier strækker sig over en forholdsvis lang tidsperiode fra opfølgningsstudiet i Roskilde i 1987 – til helt nye studier fra 2006. Man skal være opmærksom på, at organisering, økonomi, viden og motivation på sundhedsområdet kan have skiftet karakter i løbet af en næsten 20 års periode. Der er derfor foretaget en prioritering af internationale studier efter 2000.

1.4.8 Diskussion og sammenfatning

Gennem de senere år er ønsket om et sundhedsvæsen, der prioriterer sammenhæng og helhed steget. En række udviklingstendenser har øget behovet for aktivt at tænke sammenhæng: Effektiviserede og forkortede indlæggelser, mere specialiserede forløb og pres på medicinske sengepladser. Heroverfor står den praktiserende læge, som forventes at samle trådene på patientens samlede behandling, samt hjemmeplejen der for de svage ældre samler op efter udskrivelsen.

Litteraturen afspejler denne udvikling, og at dette behov for sammenhæng findes både nationalt og internationalt. Det gælder både litteratur, som tager udgangspunkt i patienternes oplevelser og litteratur som anlægger et samfundsøkonomisk perspektiv, dvs. færre genindlæggelser og færre omkostninger. Patienterne føler ikke sjældent, at de falder i mellem to stole og er overladt til sig selv (33). De landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser har sat fokus på dette forhold. I 2004 vurderede 17,8% af patienter, der nylig var udskrevet, at sygehusene og den kommunale hjemmepleje/ hjemmesygepleje samarbejdede dårligt eller virkelig dårligt om udskrivel-

sen (1). Tilsvarende vurderede 22,3 %, at den praktiserende læge blev orienteret dårligt eller virkelig dårligt om, hvad der var sket under indlæggelse på sygehuset. På baggrund af disse tal må det konkluderes, at forbedringspotentialet er væsentligt. Udskrivningssituationen er generelt en kritisk del af patientforløbet, idet der sker en ansvarsoverdragelse til flere potentielle modtagere, hvor modtagelse og vidensoverføring er usikker.

Ældre patienter i Danmark får mange lægemidler, idet mere end 90% af ældre over 75 år i løbet af et år anvender medicin, og antallet af anvendte lægemidler stiger med alderen (43). Flere studier har vist, at der er stor uoverensstemmelse mellem hvad patienten tager af medicin, og hvad egen læge oplyser. Der er således set afvigelser for mellem 63% - 89% af patienterne (49;50;59). Enkelte studier har opgjort den kliniske relevans af uoverensstemmelserne i primærsektoren. I et studie fra Roskilde blev det vurderet, at 13% af de fundne forskelle en måned efter udskrivelse var potentielt skadelige (49), og i et studie fra Nykøbing Falster blev 40% af uoverensstemmelserne fundet klinisk relevante (50).

Disse tal skal sammenholdes med, at 6-14% af alle indlæggelser på medicinske afdelinger er lægemiddelrelaterede, og at ca. 3% af de lægemiddelrelaterede indlæggelser medfører død for patienten (19). Endvidere har flere studier opgjort utilsigtede hændelser incl. lægemiddelrelaterede indlæggelser af størrelsesordenen 19-33%. Heraf har typisk ca. 1/3 af hændelserne været mulige at forebygge. Det er tal, som sætter kontrol med medicinsk behandling under pres, og kræver langt bedre strategier. Opfølgning på den medicinske behandling hos ældre må på denne baggrund vurderes at være et vigtigt område.

Hvordan kan vi forbedre overgangen fra et sygehusophold til eget hjem? Udgående team med specialiseret sygeplejerske fra sygehus har været anvendt. Der er eksempler på specialiserede teams for patienter med specifikke diagnoser som hjertesvigt eller apopleksi (23;28;73). Tidlig opfølgning i hjemmet efter udskrivning af apopleksi patienter nedsætter ifølge et studie fra Bispebjerg hyppigheden af genindlæggelser (10). Effekten af hjemmebesøg ved geriatriske teams er blevet undersøgt i et randomiseret, kontrolleret studie, der viste signifikant færre genindlæggelser i interventionsgruppen i forhold til kontrolgruppen (44% vs. 64%) (7). Et enkelt dansk studie fra Roskilde har inddraget primærsektorens aktører, hvor effekten af opfølgende besøg af hjemmesygeplejerske dagen efter udskrivelse suppleret med et besøg af praktiserende læge 14 dage efter er undersøgt (9). Der blev her fundet reduktion i antallet af indflytninger på plejehjem, men der blev ikke fundet effekt på antallet af efterfølgende indlæggelser.

Undersøgelser, hvor hjemmebesøg indgår som primær intervention, har vist forskellig effekt. Dette formodes at hænge sammen med intensiteten, faggruppe og varigheden af interventionen, ligesom valg af patientpopulation er af betydning (74). De danske undersøgelser fra Roskilde (39) og Bispebjerg

(10) synes at indikere, at der er størst effekt af besøgene hos patienter med størst risiko for forværring, vurderet ud fra høj alder og ældre med længerevarende indlæggelser

Den internationale litteratur og de relevante Cochrane reviews viser, at hurtig opfølgning i hjemmet er undersøgt – primært med specialiserede sygeplejersker udsendt fra sygehuset. Det kan afkorte indlæggelse, men til gengæld flytter man omkostningerne til udgående hospital. Der savnes fælles indikatorer, som vil bedre muligheden for metaanalyser med mere sikre konklusioner. I fremtidige studier ønskes mere fokus på reduktion af genindlæggelser end afkortning af indlæggelser (38). Mange studier har undersøgt specialiserede indsatser med fokus på en sygdom, og praktiserende læger synes kun inddraget i begrænset omfang i interventionen i de refererede reviews. Der er endvidere ingen Cochrane reviews, som har beskæftiget sig med effekten af besøgsordninger på kvaliteten af den givne medicinske behandling.

Der synes ud over et enkelt studie (9) ikke at være gennemført undersøgelser, hvor den praktiserende læge er hovedaktør i interventionen, eller hvor "primær sektorens team", den praktiserende læge og hjemmeplejen, i fællesskab overtager opfølgningen af patienten. De fleste studier med udgående sygeplejerske har dog en bedre orientering af den praktiserende læge og evt. hjemmepleje, som en del af deres intervention (8;27;28).

Selve den videnskabelige metode med randomiseret kontrollerede studier som metode ved vurdering af effekten af besøgsordninger, som er "overtaget" fra farmakologiske studier, anfægtes i en leder i BMJ 2001 af J Clark (75). Det beskrives her, at interventionen er kompleks med en række ikke kontrollerbare faktorer, som gør det svært at "bevise" effekten af indsatsen i et randomiseret kontrolleret design, og sværere at sammenligne effekterne af forskellige studier, da interventionerne kan være meget forskellige. Udvælgelsen af ensartede indikatorer er nødvendig. Sundhedstjenesteforsk ning med en mere bred analyse af interventionens effekter og betydning for omgivelserne er sjældent prioriteret. Randomiserede undersøgelser rejser ydermere typisk en række spørgsmål om målgruppe, interventionens art og omfang, som er svære at besvare – men hvad er alternativet, hvis rådgivning og planlægning skal være evidensbaseret?

Problemstillingen med tværfagligt ansvar i forbindelse med udskrivning af komplekse patienter giver anledning til at diskutere Shared Care begrebet. Dette er traditionelt anvendt om kronisk syge, som skal sikres relevant fortsat opfølgning i et komplekst tværfagligt miljø. Risikosituationen, udskrivning af gamle, der ofte er belastet af multimorbiditet og behandles med polyfarmaci, burde på lignende vis bero på præcise tværfaglige aftaler om: Hvem gør hvad? Hvem har ansvaret nu? Hvem tager over, når jeg slipper? Et system som beror på gensidige aftaler om faglig indsats og løbende kommunikation. Epikriser til tiden med en god fremadrettet plan er et stort fremskridt, men i komplekse situationer er det ikke nok.

2 Metode

I dette kapitel præsenteres projektets design samt metoder til belysning af projektets problemstillinger inden for elementerne teknologi, patientperspektiv og økonomi. For elementet organisation beskrives den anvendte metode og det indsamlede materiale i kapitel 6. Metoderne til den økonomiske analyse er kun kortfattet omtalt, men omtales mere detaljeret i kapitel 7. De deltagende borgere omtales i rapporten som "patienter", idet evalueringen omhandler opfølgning af et behandlingsforløb.

2.1 Forsøgsdesign

Undersøgelsen består af et randomiseret, kontrolleret interventionsstudie, hvor deltagende patienter er randomiseret til at deltage i enten en interventions- eller kontrolgruppe, og hvor data er indsamlet ved registreringsskemaer, patientinterviews ud fra spørgeskema og ved registerudtræk. Endvidere er der gennemført supplerende spørgeskemaundersøgelser samt fokusgruppeinterviews for at belyse de organisatoriske forhold ved interventionen.

2.1.1 Interventionen

Interventionen består af tre opfølgende kontakter mellem praktiserende læge, hjemmesygeplejerske og patient inden for de første 2 måneder efter patientens udskrivelse (figur 2.1).

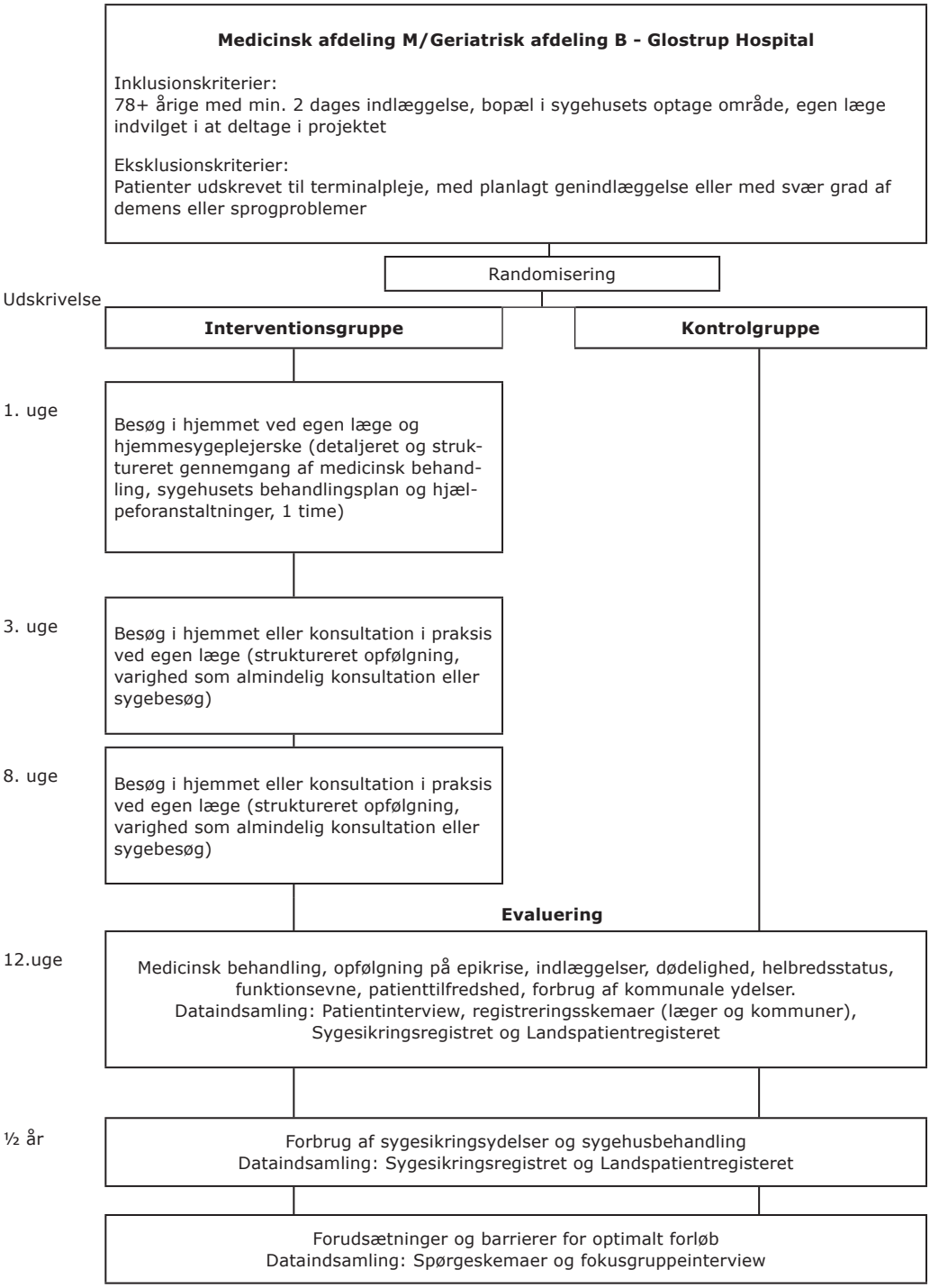
I interventionsgruppen er patienten besøgt af den praktiserende læge sammen med en hjemmesygeplejerske i patientens eget hjem ca. 1 uge efter udskrivelsen. Der blev afsat 1 time til dette besøg incl. transport. Ved kontakterne er der søgt foretaget en bred vurdering af patienternes situation. Med støtte i et udarbejdet skema er den medikamentelle behandling gennemgået, der er fulgt op på sygehusets behandling under standardiserede former, og patientens behov for sociale og praktiske hjælpeforanstaltninger er gennemgået. Ved behov er henvist til yderligere hjælpeforanstaltninger (hjemmehjælp, hjælpemidler, genoptræning mm.). For den medikamentelle behandling er det blandt andet registreret hvilken medicin patienten tog, afvigelser fra den ordinerede behandling, og om patienten havde problemer i forbindelse med indtagelsen. Endvidere er der foretaget et medicinskabseftersyn.

I 3. og 8. uge foregik opfølgningen enten ved et fornyet besøg i patientens hjem eller ved konsultation i lægens praksis afhængig af patientens samlede problematik. Også ved disse kontakter udfyldte den praktiserende læge et registreringsskema, der viste hvilke forhold, der blev gennemgået, og hvilke ændringer der blev foretaget. Hjemmesygeplejen skulle deltage ved 1. kontakt, herefter var det valgfrit, om hjemmesygeplejen deltog ved de to øvrige kontakter.

For kontrolpatienternes vedkommende foregik udskrivelse, opfølgning og kontakter mellem patienten og patientens egen praktiserende læge samt

hjemmesygeplejen uændret i forhold til de sædvanlige udskrivelses- og opfølgningsrutiner.

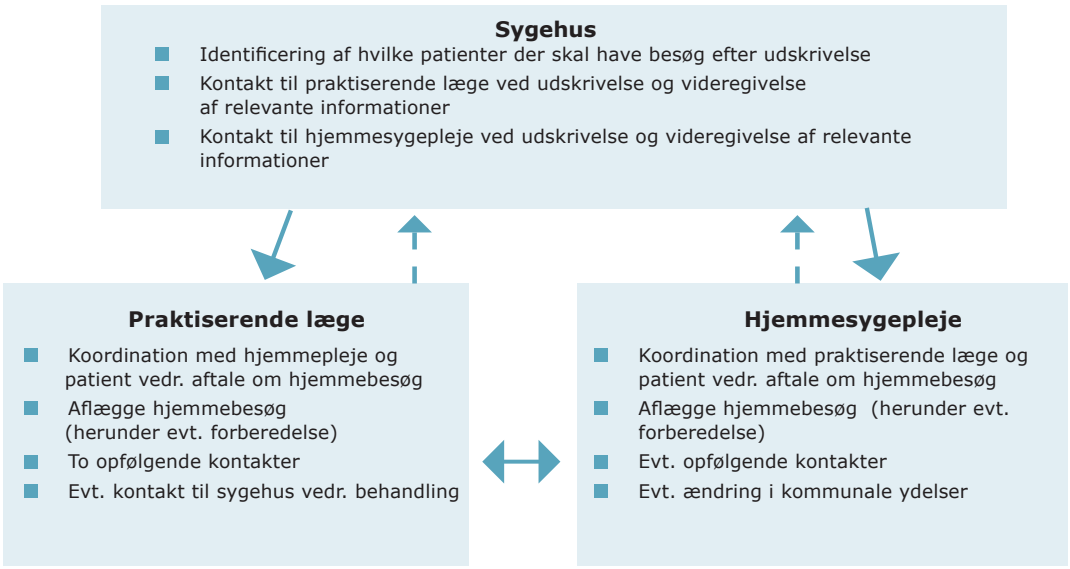
Figur 2.1 Projektopbygning



Patienterne fik herudover i både kontrol- og interventionsgruppen besøg af hjemmesygeplejen og ad hoc kontakt til lægen som inden projektets start.

I projektperioden stod en projektmedarbejder for de praktiske opgaver med inklusion af patienter samt henvendelse og videregivelse af informationer om patienterne til primærsektoren. Videregivelsen af oplysning om en interventionspatients udskrivelse til praktiserende læge og hjemmesygeplejerske blev sendt med fax på udskrivelsesdagen eller dagen efter. Faxen til lægen indeholdt oplysninger om, hvornår første besøg skulle være aflagt (inden for 8 dage efter udskrivelsen) samt kontaktoplysninger til hjemmeplejen. Lægen var ansvarlig for at lave aftale med hjemmesygeplejerske og patienten, og var også den, der modtog vejledning om det videre projektforløb samt registreringsskemaer til udfyldelse ved patientkontakterne. Figur 2.2 illustrerer de arbejdsprocesser i projektet, som vil være gældende i en eventuel fremtidig implementering.

Figur 2.2 Arbejdsflow for sundhedsfaglige aktører ved opfølgende hjemmebesøg



2.1.2 Deltagelse af praktiserende læger og kommuner

Inden projektstart blev de 7 kommuner i området omkring Glostrup Hospital og de praktiserende læger, der har klinik i de 7 kommuner, informeret om projektet og tilbudt at deltage. Informationen af lægerne foregik dels ved udsendelse af brev til alle praksis med en orientering om projektet og en blanket, hvor lægerne skulle oplyse, om de ønskede at deltage eller ej. Derudover blev lægerne informeret ved arrangementer i de lokale lægeselskaber.

De praktiserende læger, der ved disse henvendelser ikke meldte tilbage, hvorvidt de ønskede at deltage i projektet, fik tilsendt endnu et brev med en opfordring til at deltage. De læger, man heller ikke hørte fra i anden omgang, blev herefter ringet op af den praktiserende læge fra projektets styregruppe.

99 ud af i alt 158 (63%) praktiserende læger i de omkringliggende kommuner var tilmeldt projektet. I alt 63 læger (64%) nåede i inklusionsperioden på 20 måneder at have patienter, der blev inkluderet i projektet. Der er ikke forskel i køns- og alderssammensætningen af patientpopulationen mellem de praksis, der var tilmeldt, og praksis, der ikke var tilmeldt. Der blev ikke systematisk indsamlet begrundelser fra lægerne for afslag på deltagelse, men eksempler på begrundelser er for højt arbejdspres og at tilsvarende opfølgning i forvejen blev foretaget. Enkelte læger har i perioder holdt pause fra projektet som følge af sygdom eller for højt arbejdspres.

Alle 7 kommuner blev informeret om projektet per telefon, brev og ved fællesmøder for hjemmesygeplejerskerne i de enkelte kommuner. Alle indvilgede i at deltage i projektet.

Både kommunerne og de praktiserende læger modtog specielt honorar for det første hjemmebesøg. Ved de efterfølgende kontakter blev de praktiserende læger honoreret over den almindelige afregning med sygesikringen for en konsultation eller et sygebesøg. Kommunen modtog ikke honorar for eventuelle supplerende kontakter. Både kommunen og de praktiserende læger modtog endvidere honorar for at udfylde de udsendte registrerings- og spørgeskemaer.

2.1.3 Udvælgelse af patienter (inklusions- og eksklusionskriterier)

De medicinske og geriatriske afdelinger på Glostrup Hospital, der deltog i projektet, blev på alle hverdage i perioden november 2003 til juni 2005 gennemgået for at finde aktuelle patienter. Når patienter på en af de medvirkende afdelinger blev fundet egnet i forhold til projektets inklusions- og eksklusionskriterier, og patienterne var villige til at deltage i projektet, blev de randomiseret til henholdsvis interventions- og kontrolgruppen. Patienterne fik udleveret en informationsfolder med orientering om projektets formål og afgav skriftligt samtykke om deltagelse.

Følgende patienter blev inkluderet i undersøgelsen: Patienter på 78år og derover udskrevet fra medicinsk afdeling M eller geriatrisk afdeling B på Glostrup Hospital. Aldersgrænsen blev per marts 2004 ændret fra 80 år til 78 år. Patienterne skulle derudover opfylde følgende inklusionskriterier:

I Indlagt minimum 2 døgn for at frasortere indlæggelser, hvor sygehusbehandlingen må forventes at være minimal
II Udskrives til en af de 7 kommuner omkring Glostrup Hospital
III Egen læge have indvilget i at deltage i projektet

Hvis patienten blev afsluttet via daghospital, blev patienten først randomiseret ved endelig udskrivelse, mens enkeltstående ambulante besøg på sygehuset ikke udskød inklusion.

Følgende kriterier betød eksklusion af undersøgelsen:

i Udskrevet til terminalpleje
ii Udskrevet med planlagt genindlæggelse
iii Svær demens
iv Sprogproblemer

Svær demens og sprogproblemer var ikke valgt som eksklusionskriterier ved projektets start. Af hensyn til projektets gennemførlighed og metodeanvendelse ved inklusion og evaluering (spørgeskemaer, interviews) blev det fundet nødvendigt, at lade disse patientgrupper udgå af undersøgelsen. I forbindelse med tolkningen af resultaterne af interventionen skal det bemærkes, at de fire ovenstående eksklusionskriterier betyder, at nogle af de svageste patienter udgår af undersøgelsen, og at dette sandsynligvis har haft betydning i forhold til resultatet af interventionen.

2.1.4 Randomisering

Randomiseringen foregik ved lukkede kuverter med computergenererede tilfældige tal, hvor patienter, der fik udtrukket en kuvert med ulige tal, indgik i interventionsgruppen, og patienter, der fik en kuvert med lige tal, indgik i kontrolgruppen. Randomiseringen var lavet, så der for hvert 10. kuvert var det samme antal intervention- og kontrolpatienter. Patienterne kunne kun indgå i projektet én gang. Randomisering på patientniveau er valgt, idet det vurderes, at risikoen for at lægen på eget initiativ udfører tilsvarende intervention på patienter i kontrolgruppen er meget lille.

2.1.5 Effektmål

De primære fokusområder for interventionen evalueres ved følgende effektmål:

- Uoverensstemmelse mellem den praktiserende læges kendskab til patientens medicinindtag og det patientoplyste indtag af medicin opgjort ved antal patienter og antal uoverensstemmelser i 12. uge efter udskrivelsen (primære effektmål)

- Omfanget af lægens opfølgning efter 12. uge på sygehusets anbefalinger i epikrisen opdelt på ændring/kontrol af medicinsk behandling, paraklinisk kontrol, klinisk kontrol og anden opfølgning.

- Omfanget af efterfølgende indlæggelser opgjort ved antal indlagte patienter, antal indlæggelser, indlæggelsesdage og antal dage til 1. efterfølgende indlæggelse i en periode 12 uger og 26 uger efter udskrivelsen.

Behandling med lægemidler udgør et væsentligt element i den fortsatte behandling efter en sygehusindlæggelse. Er denne behandling ikke optimal kan dette i sig selv have afledte effekter for patientens videre forløb med risiko for medicineringsfejl, behandlingsvigt og mulig behov for indlæggelse,

idet litteraturen viser, at en større del af de uoverensstemmelser, der findes mellem lægens medicinliste og patientens reelle medicinindtag, er potentielt skadelige og kan resultere i fejl (48;49;58-60). Forudsætningerne for en optimal lægemiddelbehandling er, at den praktiserende læge, som skal varetage den fortsatte behandling af patienten, har et klart overblik over den medicin, patienten tager.

Overensstemmelse mellem den praktiserende læges kendskab til patientens medicinindtag og det patientoplyste indtag af medicin er derfor valgt som primært effektmål. Hvis der er afvigelse mellem de oplyste lægemidler (aktive indholdsstoffer), lægemiddelformer eller døgndoseringer er det registreret som en afvigelse. Det har ikke været et mål i projektet at opgøre forekomsten af potentielt skadelige uoverensstemmelser eller at opgøre faktisk forekomne utilsigtede hændelser relateret til lægemidler.

Styrken ved dette effektmål er, at der som resultat af interventionen forventes at kunne påvise målbare forbedringer i løbet af interventionsperioden med et realistisk antal inkluderede patienter. Svagheden ved effektmålet er imidlertid, at dataregisteringen forudsætter at både læge og patient kan afgive valide data. Lægens oplysninger baseres på egne journaloptegnelser, hvor fx oplysninger om ændret medicinering foretaget af speciallæger og sygehuse ikke altid indføjes i journalsystemets medicinkort. Data afspejler dog de realistiske forhold, som lægen typisk vil basere en videre behandling ud fra, og anses derfor at udgøre det relevante grundlag for undersøgelsens formål. Visse patientgrupper forventes ikke at kunne afgive valide data om egen medicinering (fx demente og patienter med sprogproblemer), hvorfor anvendelsen af dette effektmål har forudsat eksklusion af flere patienter. Da disse patienter ikke forventedes at repræsentere en gruppe med bedre overensstemmelse i medicineringen i forhold til den inkluderede patientpopulation, vil denne eksklusion højst medvirke til en underestimering af undersøgelsens resultat.

Graden af fuldførelse af sygehusets anbefalinger i epikrisen er relevant i forhold til at sikre at der bliver fulgt op på kendte problemstillinger påpeget af sygehuset. Effektmålet opgøres ud fra lægernes angivelse af fuldførelsesgraden, og baseres derfor ikke på fuldt objektive data, hvilket svækker styrken af målet.

Fordelen ved at opgøre omfanget af efterfølgende indlæggelser, er at det er baseret på objektive registerdata, som kan indhentes for alle patienter uanset habitualstatus. Ulempen er imidlertid, at hyppigheden af efterfølgende indlæggelser ved styrkeberegningen forventedes at være så lav, at det ville kræve en væsentlig større studiepopulation for at kunne påvise en signifikant effekt af interventionen end det var praktisk mulig at gennemføre (se afsnit 2.1.6).

Øvrige sekundære mål, der indgår i den samlede vurdering af patientens behandling, helbredsforhold og de økonomiske konsekvenser er primært opgjort 12 uger efter udskrivelsen og omfatter:

- Praktiserende læges ændringer i patientens medicin som et udtryk for en aktiv stillingtagen til patientens medikamentelle behanding.

- Patientoplevede lægemiddelrelaterede problemer (bivirkninger og praktiske problemer) og patientoplyst compliance.

- Helbredsstatus opgjort ud fra udvalgte spørgsmål fra SF36 og spørgsmål udviklet af Kirsten Avlund og Mikkel Vass m.fl. (76) samt spørgsmål udviklet af Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed (77) og Statens Institut for Folkesundhed (78).

- Basal funktionsevne opgjort ud fra mobilitetsspørgsmål udviklet af Kirsten Avlund (76;79) og timed up and go-test.

- Den patientoplevede tilfredshed med forløbet omkring overgang fra sygehus til egen bolig opgjort ud fra spørgsmål udviklet primært af Enheden for Brugerundersøgelser, Københavns Amt.

- Patientens forbrug af omsorgs- og hjælpeforanstaltninger fra kommunen (hjemmehjælp, hjemmesygeplejerske, madordning, aktiviteter med og uden fysisk træning, hjælpemidler, boligindretning) samt ændring af boligforhold (fx flytning fra egen bolig til plejebolig).

- Økonomiske konsekvenser opgjort på baggrund af registreret tidsforbrug til interventionen hos aktørerne, samtlige sygesikringsomkostninger incl. medicinudgifter og omkostninger i forbindelse med sygehusbehandling i form af DRG- og DAGS-værdier[8] opgjort 26 uger efter udskrivelsen.

2.1.6 Beregning af deltagerantal

Deltagerantallet er estimeret på baggrund af en styrkeberegning baseret på en binomialfordeling og med et signifikansniveau på 5% og en styrke på 80%. For det primære effektmål er der i tidligere studier fundet uoverensstemmelse mellem, hvad patienten oplyser at tage af medicin, og hvad lægen oplyser for minimum halvdelen af de ældre patienter (48;49). Opfølgningen indebærer at lægen laver en medicinstatus for patienten. Det ansås for realistisk, at lægen på baggrund af denne medicinstatus ville foretage en opdatering i eget journalsystem, således at der kunne forventes en væsentlig reduktion i denne uoverensstemmelse. Ud fra en antagelse om at kunne reducere denne uoverensstemmelse med 30% kræves et antal på ca. 180 patienter i henholdsvis kontrol- og interventionsgruppe ved den valgte statistiske styrke, i alt 360 patienter.

8 DRG: Diagnose Relaterede Grupper. System til prisfastsættelse af sygehusindlæggelser DAGS: Dansk Ambulant GrupperingsSystem. System til prisfastsættelse af ambulante sygehusydelser (se afsnit 7.1).

To danske undersøgelser omhandlende hjemmebesøg har vist et bortfald af størrelsesordenen 14-15%, hvor dataindsamlingen (patientinterview, registerdata mv.) blev foretaget 6 -12 måneder efter udskrivelsen (9;10). Med et estimeret bortfald på 15% skulle således inkluderes 220 patienter i hver gruppe, i alt 440 patienter.

Styrkeberegning blev endvidere foretaget i forhold til at teste, om antallet af genindlæggelser, der er et centralt effektmål i forhold til interventionen, kunne reduceres som følge af interventionen. Ud fra registerdata blev det opgjort, at gennemsnitligt 28% af patienterne på medicinsk og geriatrisk afdeling blev genindlagt inden for et halvt år. En tidligere dansk undersøgelse med opfølgning efter udskrivelse ved geriatrisk team har vist relativ reduktion på 31% (7). Denne patientgruppe havde en højere geninlæggelsesfrekvens (64% i kontrolgruppen) i forhold til det forventede for denne undersøgelses patientgruppe. Der blev til styrkeberegningen valgt en reduktion i indlæggelsesfrekvensen på 30%, hvilket krævede et patientantal på ca. 470 personer i hver gruppe. Så store patientgrupper ville ikke kunne samles uden en meget lang interventionsperiode eller inddragelse af flere hospitaler, kommuner og praktiserende læger. Det har dog efterfølgende vist sig, at den beregnede indlæggelsesfrekvens var stærkt underestimeret.

2.1.7 Etiske forhold

De deltagende patienter er informeret mundtligt og skriftligt om projektet, og der er for alle patienter indhentet informeret samtykke i overensstemmelse med lov om patienters retsstilling. Projektet er ikke anmeldt til den Videnskabsetiske Komité, da det falder uden for loven om et videnskabsetisk komitésystem og behandling af biomedicinske forskningsprojekter, men der er indhentet godkendelse til projektet jf lov om patienters retsstilling §29, stk. 2 fra Sundhedsstyrelsen. Endelig er projektet anmeldt til Datatilsynet.

2.2 Metoder til dataindsamling

Dataindsamlingen i projektet er primært sket ved registrerings- og spørgeskemaer, strukturerede patientinterviews, registeranalyse samt fokusgruppeinterviews. Data er indsamlet ved baseline i forbindelse med patientens udskrivelse og ved evalueringen i 12. uge efter patientens udskrivelse (figur 2.1). Derudover er indsamlet en række data, der beskriver opfølgningen af interventionspatienterne. Registerdata er indhentet for hhv. 12 og 26 uger efter udskrivelsen.

2.2.1 Indsamling af baselinedata for alle deltagende patienter

I forbindelse med udskrivelsen fra sygehuset blev der indsamlet en række oplysninger for både interventions- og kontrolpatienter (bilag 1). Indsamlingen foregik ved interview og test af patienten samt indsamling af epikrise og eventuelt oplysninger fra journalen og Sygehusenes patientregistreringssystem GS!åben. Følgende oplysninger blev indsamlet:

- Køn, alder, civilstand, boligforhold, kontakt til familie/venner/naboer
- Hoved- og bidiagnoser for indlæggelsen, indlæggelseslængde
- Medikamentel behandling ved udskrivelsen
- Funktionsevne (Timed up and go test, Modificeret Barthel-indeks, udvalgte spørgsmål om funktionsevne)
- Kognitiv funktion (Mini Mental State Examination - MMSE)
- Helbredsstatus (udvalgt spørgsmål fra SF-36)
- Sociale og sundhedsmæssige ydelser fra kommunen ved udskrivelse (hjemmesygeplejerske, hjemmehjælp mm)

Måling af funktionsevne og kognitiv funktion er nærmere beskrevet i afsnit 2.2.4.1.

For patienter, der blev ekskluderet eller ikke ønskede at deltage, blev der udfyldt et skema med faktuelle oplysninger om køn, alder, boligforhold, diagnoser og indlæggelseslængde. Disse oplysninger blev indsamlet til sammenligning af repræsentativiteten af de deltagende patienter (se afsnit 3.2 om udebliveranalyse).

2.2.2 Registreringer i løbet af interventionsperioden

I forbindelse med hver af de tre opfølgende kontakter udfyldte patientens praktiserende læge, evt. i samarbejde med hjemmesygeplejerske et registreringsskema (bilag 2) med oplysninger om blandt andet den lægelige opfølgning på epikrisen, om organisering af den medicinske behandling (fx hvem der har ansvaret for ophældning og indtag af medicin, hvordan medicinen gives mv.), resultater af medicinskabseftersyn og gennemgang af aktuel medicinsk behandling, herunder gennemgang af behovet for medicinen og compliance samt patientens behov for kommunale ydelser. Endelig blev lægen og hjemmesygeplejersken bedt om at tage stilling til relevansen af besøget og registrere, hvor meget tid de hver havde brugt på besøget incl. transport.

Når en deltager blev udtrukket som kontrolpatient og udskrevet, blev den praktiserende læge og kommunen ikke informeret ud over, at der blev sendt et skema til kommunen med anmodning om oplysninger om patientens forbrug af hjemmehjælp.

2.2.3 Registreringer ved afslutningen af interventionen i 12. uge efter udskrivelsen

Alle inkluderede patienter blev interviewet af en projektmedarbejder efter et struktureret spørgeskema for at indhente oplysning om indtag af medicin, patientoplevede problemer med medicin, basal funktionsevne, helbredsstatus og tilfredshed med forhold omkring udskrivelsen. Evalueringen blev foretaget i patientens hjem i 12. uge efter udskrivelsen.

Den praktiserende læge udfyldte ligeledes i 12. uge men uafhængigt af patientinterviewet for både kontrol- og interventionspatienter et skema med

oplysninger om den enkelte patients aktuelle medikamentelle behandling, hvilke ændringer der var foretaget siden udskrivelsen og opfølgning på evt. supplerende behandling eller undersøgelse anbefalet i epikrisen. Endvidere rapporterede lægen antal kontakter med patienten i løbet af perioden. Lægen skulle oplyse sit kendskab til patientens aktuelle medicinindtag med status samme dato, som patientinterviewet blev gennemført.

Fra kommunerne blev der registreret oplysninger om patientens forbrug af sundhedsydelser og sociale ydelser (hjemmesygepleje, hjemmehjælp, madordning, hjælpemidler, evt. ændrede boligforhold mm.) fra udskrivelsen og til 12. uge, samt forbruget af ydelser i den 12. uge.

Skemaerne kan ses i bilag 3.

2.2.4 Udvikling og validering af anvendte spørgeskemaer

Til indsamling af oplysninger om patienttilfredshed, funktionsevne og helbred er der taget udgangspunkt i spørgsmål fra andre validerede spørgeskemaundersøgelser. Der er således anvendt udvalgte spørgsmål fra lokale og landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser fra Enheden for Brugerundersøgelser i det tidligere Københavns Amt (1;5), 85-års undersøgelsen fra Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed (77), Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne fra Statens Institut for Folkesundhed (78), SF-36 spørgsmålene og spørgsmål fra en undersøgelse om forebyggende hjemmebesøg ved Københavns Universitet, Institut for Folkesundhed (76). Der er foretaget mindre tilpasninger af enkelte spørgsmål.

Til afdækning af hvilke emner, der skulle spørges ind til for at beskrive eventuelle lægemiddelrelaterede problemer, blev der taget udgangspunkt i forskellige materialer om lægemiddelrelaterede problemer, blandt andet inddelingerne fra the PCNE Classification for Drug Related Problems (80), PAS®-system (81), Westerlund (82) og Strand (83). Endvidere har Pharmakon (Apotekernes uddannelsescenter) bidraget med resultater fra tidligere undersøgelser, herunder en oversigt over hyppigst rapporterede bivirkninger (84). De anvendte spørgsmål omkring praktiske problemer og bivirkninger er konstrueret ud fra dette materiale. Det er valgt at fokusere udelukkende på patientens oplevede problemer, da det ikke har været muligt at foretage en detaljeret klinisk vurdering af patienternes medicinske behandling.

Den undersøgte gruppe af patienter omfatter i vid udstrækning svækkede personer. Det er begrænset, hvor mange spørgsmål disse patienter kan overkomme at svare på ved et interview, ligesom gruppen kan have svært ved at skelne forskellige spørgsmål fra hinanden, fx om fysisk og psykisk sygdom. Det blev derfor frarådet at anvende omfattende evalueringsspørgsmål omkring helbredsevaluering som fx det generiske instrument SF36, hvorfor undersøgelsen generelt baseres på udvalgte spørgsmål. Til belysning af de øvrige fokusområder er der udviklet spørgsmål, som er afprøvet på en række testpersoner.

Spørgeskemaerne til lægerne er pilottestet af 3-5 læger, som blev bedt om at kommentere skemaerne med fokus på dækningsgrad, relevans, forståelse og anvendelighed. Kommentarerne er herefter indarbejdet. Kommuneskemaerne blev sendt til godkendelse i de enkelte kommuner med henblik på, om de anførte oplysninger kunne indberettes. Forinden var kommunerne kontaktet telefonisk for at klarlægge, hvilke oplysninger der kunne oplyses og i hvilken form.

Spørgeskemaet til patienterne blev afprøvet på 5 personer (68 – 79 år) ved en simpel validering med fokus på konstruktions- og indholdsvaliditet (85-87): Personerne, der omfattede en indlagt patient og 4 personer, der varierede mht. sygdomsgrad og kognitiv funktion, blev bedt om at svare på spørgsmålene, samt for de konstruerede spørgsmål at beskrive med egne ord, hvad de mente, der blev spurgt om i spørgsmålet. Endvidere blev de udspurgt, om svarmulighederne var dækkende, og om der var andre emner, som de mente også skulle indgå i spørgeskemaet. Herudover blev skemaet tilrettet med hensyn til rækkefølgen af spørgsmålene ved de første evalueringsbesøg. For to personer blev skemaet afprøvet med 3 måneders interval for at afprøve reproducerbarheden af svarene. Det blev ved patientinterviewene valgt at anvende lukkede svarkategorier for at sikre en så ensartet besvarelse som muligt. Valg af en mere åben interviewform kunne have suppleret de mere kvantitative opgørelser, men grundet det forholdsvist store antal inkluderede ville en sådan form blive for tidskrævende. Der var i skemaerne mulighed for at supplere og uddybe med mere kvalitative udsagn

Til patientspørgeskemaet blev udarbejdet en kodevejledning, således at der kunne gives samme forklaring til spørgsmålene uanset interviewer. I alt 4 medarbejdere gennemførte interviewene, heraf foretog 2 af projektmedarbejderne de fleste interviews.

2.2.4.1 Måling af funktionsevne samt kognitiv funktion

Timed up and go test, Barthel Index og en række funktionsevnespørgsmål udviklet af Kirsten Avlund er anvendt til at undersøge patienternes fysiske tilstand ved baseline. Patienternes kognitive funktion er vurderet ud fra Mini Mental State Examination (MMSE). Ved evalueringen i 12. uge efter udskrivelsen er timed up and go testen og funktionsevnespørgsmålene anvendt.

Barthel Index måler den basale funktionsevne (Basic Activity of Daily Living) inden for 10 emner fx funktionen omkring fødeindtagelse, kontinens, forflytning, toiletbesøg, påklædning og badning (88;89). Barthel Index findes i flere versioner, og der anvendes en version, hvor patienten scores mellem 0 og 15 point afhængig af funktion (90). Der er forskellige max point inden for de enkelte områder. Fuld funktion i samtlige 10 parametre scorer 100 point. Patienter med en score på 25 point og derunder vurderes som havende svær funktionsnedsættelse, en score mellem 26-49 point viser moderat funktionsnedsættelse, 50-79 point viser let funktionsnedsættelse, mens en score på 80 og derover viser ingen eller ubetydelig funktionsnedsættelse.

Timed Up and Go er en enkel test, som kan anvendes som screening ved mistanke om funktionstab og dårlig balance. Det måles, hvor lang tid patienten er om at rejse sig fra en stol, gå tre meter væk, vende om, gå tilbage og sætte sig i stolen igen (88). Gennemføres den på under 20 sekunder, anses patienten for sikker i sin fysiske funktion og uden særlig risiko for fald eller behov for fysisk træning. Anvendes 30 sekunder eller mere har patienten en dårlig funktion med et eventuelt behov for rehabilitering. Anvendes mellem 20 og 30 sekunder bør der foretages en yderligere vurdering af funktion og balance.

Derudover blev patienterne bedt om at vurdere deres egne basale funktionsevner. I spørgsmålene om patienternes basale funktionsevne blev der taget udgangspunkt i Kirsten Avlunds (KA) afhandling "Måling af funktionsevne fra 70- til 75-års-alderen" (76;79), hvor KA har udviklet spørgsmål til at måle ældre menneskers mobilitet og funktionsevne. Der blev endvidere udregnet en træthedsscore og afhængighedsscore for patienterne på baggrund af tillægsspørgsmålene "Bliver de træt?" og "Skal de have hjælp?", hvis der blev svaret ja til hovedspørgsmålet i de ovenstående funktionsevnespørgsmål. I begge spørgsmål er det muligt at opnå fra 1-6 point. Der gives point, hvis patienten kan klare aktiviteten uden enten at blive træt eller skulle have hjælp. En patient, der opnår en høj skalaværdi, har en god funktion, mens en lav skalaværdi betyder, at patienten har en dårlig funktion.

Den kognitive funktion blev målt ved *Mini Mental State Examination* (MMSE), der kan anvendes som screeningsinstrument ved mistanke om demens (88;91). I testen bedes patienten svare på en række spørgsmål om blandt andet tid, sted, opmærksomhed og forståelse, skrive en sætning og rekonstruere en tegning. Patienter med en score under 10 point vurderes som havende svær demens, en score mellem 10-19 point kan indikere moderat demens, mens en score på 20 og derover er en indikation på ingen eller let demens (92).

2.2.5 Registeroplysninger

Oplysning om genindlæggelser og dødsdatoer blev indhentet fra Landspatientregistret og sygehusenes patientregistreringssystem (GS!åben). Sygehusydelserne omfatter oplysninger om antal kontakter og omkostninger opgjort i DRG- og DAGS-takster (se afsnit 7.1). Forbrug af og omkostninger til ydelser betalt af sygesikringen blev indhentet fra Sygesikringsregistret. Registeroplysningerne er opgjort på baggrund af data 12 uger og 26 uger efter udskrivelsen. Opgørelserne af omkostninger er nærmere omtalt i kapitel 7 om økonomi.

2.2.6 Statistisk bearbejdning

Alle analyser er gennemført som intention-to-treat, dvs. alle patienter inkluderes i analyserne, uanset om de har modtaget en opfølgning eller ej. Patienter, der er registreret som udgået af projektet, er inkluderet, hvor data er tilgængelige, dvs. ved analyser baseret på registerudtræk.

Der er primært benyttet to forskellige tests til at udregne om der er signifikant forskel på kontrol- og interventionspatienterne i de forskellige analyser. Til analysen af de variable, der har en ikke-kontinuert (kategorisk) skala (køn, boligform mm.), er der benyttet et Chi^2-test. Der er desuden benyttet Monte Carlo Estimate for the Exact Test i de tilfælde, hvor der var for få besvarelser til at anvende Chi^2-testet. Til analysen af de variable, der har en kontinuert skala (alder, indlæggelseslængde, timetal mm.), er der benyttet p-værdien fra et Wilcoxon rank test (2-sidet).

I tabellerne er angivet antallet af patienter, hvor der ikke findes oplysninger. Dette dækker både over manglende indberetninger og specielt ved spørgsmål fra patientinterviewet – at patienten har angivet ikke at kunne svare på det konkrete spørgsmål.

Ved baseline blev der fundet en signifikant forskel på kontrol- og interventionspatienter i forhold til hoveddiagnose (afsnit 3.4.1.2). Forskellene bestod primært i at flere interventionspatienter end kontrolpatienter havde en diagnose, der omhandlede kredsløbsorganerne[9]. Der er ikke generel enighed om hvorvidt der bør udføres justerede analyser, da det kan give risiko for at introducere skævheder i materialet. Det er dog i analyserne af data valgt at foretage ordinale logiske regressionsanalyser, hvor der både er foretaget en ujusteret og en justeret analyse. I den justerede analyse er der således justeret for forskellen i hoveddiagnosen mellem interventions- og kontrolpatienter. Resultaterne af den justerede analyse viser generelt ingen forskel i forhold til den ujusterede analyse. Forskellen i hoveddiagnosen på interventions- og kontrolpatienterne har således ikke nogen generel indflydelse på udbyttet af interventionen. Det er derfor valgt at afrapportere resultaterne fra de simple tests. Hvor der er forskelle på de justerede og ujusterede analyser, er dette angivet i teksten. Data vedrørende tid til første indlæggelse efter udskrivelsen samt død er analyseret ved en Cox regressionsmodel.

Idet der ikke er nogen forventning om, at der for effektmålene generelt vil være større forskelle på patienterne fra en lægepraksis til en anden, er der valgt ikke at justere for læge i analyserne. For genindlæggelse og død anses der ikke at være tvivl om, at patienterne giver uafhængige observationer. For medicinoplysninger er der muligvis mindre forskelle på, hvor opmærksomme de praktiserende læger er på medicinforbruget blandt deres patienter. Imidlertid har alle patienter i projektet været indlagt, og muligheden for at få information om ændret medicin er lige stor for alle læger. For anden medicin (håndkøbsmedicin og medicin ordineret af speciallæger), hvor lægen i høj grad er afhængig af patientens oplysninger, anses mulighederne for oplysning om dette også at være ligeligt fordelt.

I de økonomiske analyser benyttes bootstrap til at give et empirisk 95% konfidensinterval på den gennemsnitlige forskel mellem interventions- og kontrolgruppen. Der benyttes 10.000 bootstrap samples for hver variabel.

9 *Analyserne af patienternes hoveddiagnose er baseret på inddeling af de enkelte hoveddiagnoser i 16 overordnede kategorier efter Sundhedsstyrelsens klassifikation af sygdomme (93). Hoveddiagnosen var for en stor del af patienterne genoptræning med de uspecifikke hoveddiagnosekoder DZ508 og DZ509, og det blev derfor valgt at anvende 1. bidiagnose i stedet for disse hoveddiagnoser. For de øvrige patienter med andre diagnosekoder i genoptræningskategorien fastholdes kategorien som hoveddiagnose. Der blev ikke fundet signifikant forskel på interventions- og kontrolgruppen med de oprindelige hoveddiagnoser (se afsnit 3.4.1.2).*

Der er i forbindelse med gennemgangen af data i denne rapport foretaget en lang række tests. For at tage hensyn til risikoen for tilfældige udfald, er der for studiets hovedfokus (uoverensstemmelser i oplyst medicinindtag, opfølgning på epikrise og indlæggelser) fortolket med et signifikansniveau på 0,05, mens der for de øvrige analyser er fortolket med et signifikansniveau på 0,01.

3 Datamateriale

I dette kapitel præsenteres resultaterne af en ikke-deltageranalyse (udebliver-analyse) og en bortfaldsanalyse. Analyserne beskriver repræsentativiteten af de deltagende patienter i forhold til den generelle patientpopulation på de to deltagende afdelinger, og dermed generaliserbarheden af undersøgelsens resultater. En sammenlignende analyse af baseline-data for interventions- og kontrolpatienterne beskriver, hvorvidt de to deltagende grupper er sammenlignelige ved interventionens start.

Analyserne baseres på data indsamlet på inklusionstidspunktet, dvs. umiddelbart inden patientens udskrivelse.

3.1 Deltagerantal

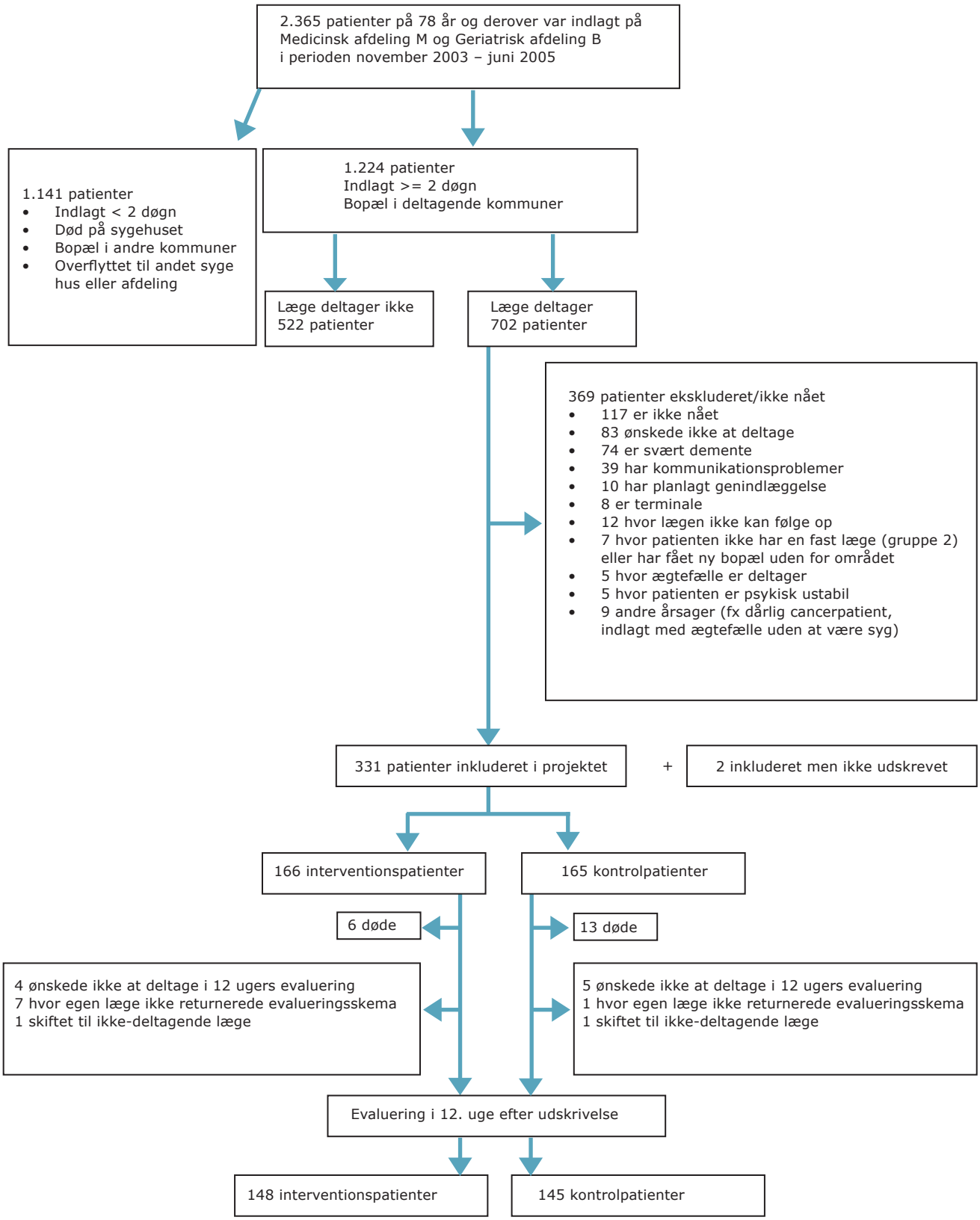
Figur 3.1 viser en oversigt over patientflowet i projektet. I alt 2.365 patienter på 78 år og derover var indlagt på medicinsk afdeling M eller geriatrisk afdeling B, Glostrup Hospital i inklusionsperioden november 2003 til juni 2005. Heraf opfyldte 702 patienter inklusionskriterierne med at være indlagt 2 eller flere døgn, have bopæl i en af de 7 deltagende kommuner i området omkring Glostrup Hospital, og at egen læge deltog i projektet.

369 patienter blev ekskluderet. Den hyppigste årsag til eksklusion var, at projektmedarbejderen ikke kunne nå at inkludere patienten (32%) typisk pga. ferie eller en hurtig beslutning om at patienten skulle udskrives. Andre hyppige årsager var, at patienten ikke ønskede at deltage (22%), var svært dement, så det ikke var muligt at tilvejebringe de ønskede oplysninger (20%) eller havde kommunikationsproblemer (afasi[10] eller fremmedsprogede) (11%). Der var planlagt genindlæggelse eller terminale udsigter for 5% af patienterne, og for 5% havde lægen meldt ind, at denne ikke kunne foretage en opfølgning. Øvrige årsager fremgår af figur 3.1.

Der blev i alt inkluderet og udskrevet 331 patienter i projektet, 166 interventionspatienter og 165 kontrolpatienter. 2 patienter (1 kontrol- og 1 interventionspatient) blev inkluderet, men blev aldrig udskrevet i projektperioden. 38 patienter (11%) udgik inden for de første 12 uger efter udskrivelsen som følge af død (50%), ønske om ikke at deltage i opfølgningsbesøget (24%), manglende returnering af evalueringsskema fra lægen (22%), og 5% af patienterne havde skiftet til en læge, der ikke deltog i projektet. For 293 patienter forelå således evalueringsmateriale for patient- og lægeevaluering i 12. uge efter udskrivelsen, heraf var 148 interventionspatienter og 145 kontrolpatienter. Hvor analyserne baseres på registerdata, dvs. indlæggelser, dødelighed og forbrug af sygesikringsydelser indgår samtlige patienter, der er inkluderet og udskrevet, i analysen.

10 *Forstyrrelse i sprogfunktion fx pga. apoplexi*

Tabel 3.1 Patientflow fra inklusion til 12. uge efter udskrivelse



3.2 Udebliveranalyse

Udebliveranalysen sammenligner ikke-deltagerpatienter med deltagende patienter. Analysen er opdelt i to trin. Trin 1 er en sammenligning af patienter, der opfylder inklusionskriterierne 78+ år, indlagt 2 eller flere dage og bopæl i en af de 7 deltagende kommuner, men som adskiller sig i forhold til om patientens læge deltager i projektet eller ej[11]. Den samlede patientgruppe på 1.224 patienter opdeles således i en gruppe på 522 patienter, hvor egen læge ikke deltager, og en gruppe på 702 personer, hvor egen læge deltager. Trin 2 af udebliveranalysen omfatter de 702 patienter, hvor lægen deltager. I dette trin sammenlignes de 369 patienter, der ekskluderes af projektet, med de 333 patienter, der inkluderes [12].

I udebliveranalysen identificeres eventuelle forskelle mellem personlige oplysninger som køn, alder, bopælskommune og boligform samt sygdomsrelaterede oplysninger i form af hoveddiagnose og indlæggelseslængde.

3.2.1 Resultater af udebliveranalyse

Resultatet af analysen af trin 1 viser, at der er en signifikant forskel i forhold til, hvilke kommuner patienterne kommer fra (p=<0,0001), og at der er signifikant forskel i forhold til hoveddiagnosen (p=0,019). Resultaterne vist i tabeller findes i bilag 6.

Forskellen i patienternes bopælskommune viser, at der er en større andel af patienter, hvor lægen deltager, der kommer fra Brøndby, mens andelen af patienter, hvor lægen ikke deltager, er størst i Glostrup og Høje Tåstrup. Forskellen i kommunetilknytning forventes at være af mindre betydning, idet levestandard, helbredsstatus mv. for ældre over 78 år ikke forventes at adskille sig væsentligt i de 3 kommuner[13] .

Den signifikante forskel i hoveddiagnose mellem de to patientgrupper er svær at beskrive, da forskellen består af små forskydninger i alle diagnosegrupper. De små forskydninger betyder, at man derfor ikke kan udpege forskelle på patientgrupperne inden for bestemte diagnosegrupper.

Resultatet af analysen af trin 2 i udebliveranalysen viser, at der er en signifikant forskel på de inkluderede og ekskluderede patienter for hoveddiagnose (p=0,011), indlæggelseslængde (p=0,016) og boligform (p= 0,041). Der er tendens til, at der er lidt flere kvinder blandt de inkluderede patienter i forhold til de ikke inkluderede (p=0,069). For hoveddiagnose ses forskellen blandt andet for sygdomme i åndedrætsorganer (9% blandt inkluderede patienter vs. 5% blandt ekskluderede) og for stofskiftesygdomme og diabetes (18% vs. 22%). Indlæggelseslængden var lidt længere for de inkluderede end de ekskluderede patienter (median indlæggelseslængden 10 dage vs. 8 dage). Det maksimale antal dage indlagt var ens i de to grupper (257 dage vs. 250 dage). Endvidere bor færre af de inkluderede patienter på plejehjem (4% vs. 7%). Denne forskel kan sandsynligvis forklares ved, at gruppen af

11 *Årsagen til at sammenligne patienter, hvor lægen deltager i projektet med patienter, hvor lægen ikke deltager er, at eksklusionskriterierne ikke er undersøgt for de patienter, hvor egen læge ikke deltager. Gruppen af patienter, hvor egen læge ikke deltager, kan derfor indeholde patienter, der ellers ville være blevet ekskluderet.*

12 *2 patienter blev inkluderet men aldrig udskrevet. Patienterne indgår i denne analyse i gruppen af inkluderede patienter.*

13 *Befolkningen er lidt yngre i Høje Tåstrup kommune, men fordelingen af socioøkonomisk gruppering adskiller sig, bortset fra andelen af pensionister, ikke væsentligt mellem de tre kommuner (94).*

ekskluderede patienter omfatter et større antal demente patienter, der typisk bor i plejebolig.

Overordnet er konklusionen på udebliveranalysen, at forskellene mellem de deltagende patienter og de ikke-deltagende patienter er af en karakter, der ikke er af større betydning for repræsentativiteten af den undersøgte population i forhold til den øvrige patientpopulation på de deltagende afdelinger. Det skal dog bemærkes, at kriterierne for eksklusion af patienter med svær demens, sprogproblemer (herunder afasi) og terminalpleje betyder, at de svageste patienter udgår af undersøgelsen.

3.3 Bortfaldsanalyse

Bortfaldspatienter består af de patienter, der i første omgang blev inkluderet i projektet, men som udgik undervejs af forskellige årsager. Bortfaldsanalysen er således en sammenligning af de 293 kontrol- og interventionspatienter, der gennemførte hele forløbet, og de 40 inkluderede patienter, der udgik undervejs i projektet[13]. I analysen er kontrol- og interventionspatienterne slået sammen i en gruppe, som kaldes "deltagere". Gruppen af bortfaldspatienter består af 19 interventionspatienter og 21 kontrolpatienter og udgør 12 % af den samlede gruppe af inkluderede patienter. Årsagerne til bortfald fremgår af figur 3.1.

Forskelle mellem bortfaldspatienter og deltagergruppen er vurderet ud fra personlige oplysninger som køn, alder, bopælskommune, boligform og sociale kontakter samt sygdoms- og funktionsevnerelaterede oplysninger i form af hoveddiagnose for indlæggelsen, indlæggelseslængde, funktionsniveau ved Barthel index, timed up and go-test og funktionsevnespørgsmål, kognitiv funktion ved MMSE, selvvurderet helbred og forbrug af hjælp fra kommunen.

3.3.1 Resultater af bortfaldsanalyse

Der er fundet signifikante forskelle mellem bortfaldspatienter og deltagergruppen mht. selvvurderet helbred (p=0,036) og funktionsevne ved Barthel index, når sidstnævnte inddeles i 4 hovedgrupper fra ubetydelig til svær funktionsnedsættelse (p=0,027). Der er en tendens til at være forskel i forhold til hvilke kommuner patienterne kommer fra (p=0,064). Resultater vist i tabeller findes i bilag 7.

I forhold til helbredsspørgsmålet er der betydelig flere udgåede patienter (63%) end deltagere (37%), der har det mindre godt eller direkte dårligt.

Tilsvarende gælder, at flere af de udgåede patienter har et dårligt funktionsniveau. Flere af deltagerne (79%) end de udgåede patienter (65%) har en "ubetydelig funktionsnedsættelse" (80-100 point), mens flere udgåede patienter (10%) end deltagere (1%) har en "svær funktionsnedsættelse" (0-25 point) opgjort ved Barthel Index.

Forskellen i patienternes fysiske og psykiske helbred hænger blandt andet sammen med, at halvdelen af bortfaldspatienterne udgik af projektet på grund af dødsfald. Mange af disse patienter vurderede på inklusionstidspunktet deres helbred som mindre godt eller dårligt. De fundne forskelle på bortfalds- og deltagerpatienter, kan således anses for at være et naturligt resultat af årsagen til bortfaldet.

3.4 Sammenligning af baselinedata for interventions- og kontrolpatienter

Undersøgelsen baserer sig på 293 patienter, der opfyldte inklusionskravene og gennemførte hele projektperioden. Patienterne fordeler sig på 148 interventionspatienter og 145 kontrolpatienter. I det følgende beskrives patientkarakteristika og forskelle for grupperne ved baseline.

Sammenligningen af de to patientgrupper sker på baggrund af personlige oplysninger (køn, alder, bopælskommune, boligform, sociale kontakter) samt helbreds- og funktionsoplysninger omfattende hoveddiagnose for indlæggelsen, indlæggelseslængde, medicinforbrug oplyst i epikrise ved udskrivelsen, funktionsniveau ved Barthel index, timed-up-and-go-test og funktionsspørgsmål, selvvurderet helbred, kognitiv funktion ved MMSE, omfang af indlæggelser ½ år før inklusion samt brug af kommunale ydelser ved udskrivelsen.

3.4.1 Resultater af sammenligning af interventions- og kontrolpatienter

3.4.1.1 Personlige data

Sammenligning af køn, alder, boligform samt personlige forhold som samliv og sociale kontakter, altså hvorvidt patienten er enke eller lever sammen med ægtefælle og omfanget af kontakt med familie og venner, viser stort set ingen forskel mellem interventions- og kontrolpatienterne (tabel 3.2).

Der er en overvægt af kvinder i begge grupper (66%), og median alder er 83-84 år. Langt de fleste bor i en almindelig bolig. Næsten 60% af patienterne lever som enker eller enkemænd, mens ca. 30% stadig bor sammen med ægtefælle eller samlever. Størstedelen af patienterne i begge grupper har daglig eller ugentlig kontakt med familie og venner både ved besøg og ved telefonisk kontakt. Mindre end 10% af patienterne i begge grupper har kontakt med familie og venner sjældnere end månedlig eller aldrig.

Tabel 3.2 Oversigt over de inkluderede patienters personlige data

Variabel	**Intervention** (n=148)	**Kontrol** (n=145)	**P- værdi** [1]
Køn	66% er kvinder	66% er kvinder	0,90
Alder	Median 84 år	Median 83 år	1,00[2]
Bolig	95% bor i alm. bolig	97% bor i alm. bolig	0,37
Samliv	59% enke/enkemænd 30% bor med partner 8% er skilt 3% altid boet alene	57% enke/enkemænd 29% bor med partner 10% er skilt 4% altid boet alene	0,75
Kontakt med familie og venner ved besøg[3]	61% dagligt/ugentligt 29% månedligt 10% sjældnere	57% dagligt/ugentligt 36% månedligt 7% sjældnere	0,41
Kontakt med familie og venner per telefon	80% dagligt/ugentligt 11% månedligt 9% sjældnere	81% dagligt/ugentligt 14% månedligt 5% sjældnere	0,33

[1] Chi²-test
[2] Wilcoxon rang test
[3] 1 interventionspatient mangler oplysning om kontakt ved besøg

For begge grupper kommer den største andel af patienter fra Brøndby, herefter følger Høje Tåstrup og Glostrup (tabel 3.3).

Tabel 3.3 Fordeling af patienter på bopælskommune

	Intervention		**Kontrol**	
Kommune	Antal patienter	%	Antal patienter	%
Brøndby	52	35%	48	33%
Høje Tåstrup	35	24%	36	25%
Glostrup	20	14%	23	16%
Hvidovre	13	9%	13	9%
Albertslund	12	8%	8	6%
Ishøj	10	7%	14	10%
Vallensbæk	6	4%	3	2%

p= 0,83 (Chi² test)

3.4.1.2 Hoveddiagnose og indlæggelseslængde

Der er signifikant forskel på interventions- og kontrolpatienterne i forhold til hoveddiagnosen (p=0,010).

Der blev foretaget to analyser på hoveddiagnose, fordi den første analyse af patienternes hoveddiagnose viste, at en stor andel af patienterne (34%) havde den mere uspecifikke hoveddiagnose genoptræning (hoveddiagnosekoder DZ508 og DZ509). Den første ikke-korrigerede analyse viste ikke signifikant forskel på interventions- og kontrolpatienter (p=0,22).

Den anden analyse af hoveddiagnosen blev foretaget for at få præciseret diagnoserne for patienter med hoveddiagnosen genoptræning yderligere. Første bidiagnose er anvendt i stedet for hoveddiagnoserne DZ508 og DZ509. For de øvrige patienter med andre diagnosekoder i genoptræningskategorien blev kategorien fastholdt som hoveddiagnose. Den primære forskel mellem grupperne findes for sygdomme i kredsløbsorganerne, hvor der er 30% af

interventionspatienterne og 19% af kontrolpatienterne, der har en diagnose. Oversigt over patienternes hoveddiagnose findes i bilag 8.

Der er ifølge Wilcoxon rang test ikke signifikant forskel i indlæggelseslængden for de to grupper (p=0,46). Medianværdien for interventionsgruppen er 9 dage og 13 dage for kontrolgruppen.

3.4.1.3 Indlæggelser 26 uger før projektstart

Hyppigheden af indlæggelser i de to grupper før projektstart er belyst ved opgørelse af antal indlæggelser per patient 26 uger før projektstart. Der er ikke forskel i antallet af patienter, der har været indlagt i perioden mellem de to grupper (p=0,95). Endvidere findes ikke signifikant forskel på rangordenen af antal indlæggelser og antal indlægelsesdage i perioden 26 uger før inklusionsindlæggelsen (bilag 8 og tabel 3.4).

Tabel 3.4 Antal indlæggelsesdage i perioden 26 uger før inklusion

	Intervention (n=166)		**Kontrol** (n=165)	
Indlæggelsesdage	Antal personer	%	Antal personer	%
0	95	57%	95	58%
1-7 dage	24	14%	39	24%
8-14 dage	16	10%	10	6%
15-28 dage	14	8%	12	7%
29 dage eller derover	17	10%	9	5%

p=0,45 (Wilcoxon rang test udført på ikke-grupperede data)

3.4.1.4 Brug af medicin

Opgørelse af forskelle i medicinbrug ved udskrivelsen er belyst ved epikrisens oplysninger om medicin, dvs. den medicin, som sygehuset er bekendt med ved patientens udskrivelse.

Der er ikke fundet forskel mellem interventions- og kontrolpatienterne i hvor mange lægemidler, de er i behandling med. Det mediane antal lægemidler per patient er 6 for både interventions- og kontrolpatienterne (tabel 3.5).

Tabel 3.5 Mediane antal lægemidler registreret i epikrisen

	Intervention (n=148) 25%	median	75%	max	**Kontrol** (n=145) 25%	median	75%	max	**P-værdi** [1]
Receptpligtig medicin	2	4	6	12	2	4	5	11	0,26
Håndkøbsmedicin	1	2	3	9	1	2	3	6	0,41
Kosttilskud/ naturlægemidler	0	0	0	2	0	0	0	3	0,35
Totalt	4,5	6	9	18	4	6	8	16	0,38

[1] Wilcoxon rang test

Der er enkelte mindre forskelle i hvilke typer af lægemidler, som patienterne i de to grupper er i behandling med. Den hyppigst anvendte medicintype er hjerte-kar medicin. Henholdsvis 76% af interventionspatienterne og 70% af kontrolpatienterne er i behandling med et eller flere lægemidler inden for denne gruppe (bilag 8). Der er signifikant flere patienter i interventionsgruppen, der behandles med antidepressiv medicin (p=0,048). Endvidere er der en tendens til, at flere interventionspatienter får stærkere smertestillende medicin (p=0,10), og at lidt flere kontrolpatienter får antibiotika ved udskrivelsen (p=0,13). I bilag 8 findes oversigter over anvendelsen af lægemidler i de to patientgrupper.

3.4.1.5 Forbrug af kommunale ydelser visiteret ved udskrivelsen

Der er ikke signifikante forskelle i forbruget af kommunale ydelser mellem de to patientgrupper ved udskrivelsen (tabel 3.6). 81% af interventionspatienterne og 77% af kontrolpatienterne modtager hjemmehjælp (p=0,34) og 65% hhv. 56% modtager hjælp fra hjemmesygeplejerske (p=0,11). Der er således en tendens til at interventionspatienterne får lidt mere hjælp fra en hjemmesygeplejerske end kontrolpatienterne. I alt får 82% af interventionspatienterne og 81% af kontrolpatienterne hjælp fra kommunen i form af hjemmehjælp og/eller hjemmesygepleje (p=0,70).

Det mediane forbrug af hjemmehjælp er for begge grupper ca. 3,5 timer ugentligt, og for hjemmesygepleje svarer det mediane forbrug til, at patienter i interventionsgruppen får besøg hver 2. uge, mens kontrolpatienterne får besøg hver 3. uge (tabel 3.6). Ca. 6% af patienterne i begge grupper modtager privathjælp, og 36-40% har madordning.

Tabel 3.6 Bevilget ugentligt forbrug af kommunale ydelser ved udskrivelsen[1]

	Intervention					Kontrol					P-værdi[2]
	25%	Median	75%	Max	Middel-værdi	25%	Median	75%	Max	Middel-værdi	
Hjemmehjælp - antal timer	1,0	3,5	8,0	51,6	6,0	0,6	3,2	8,3	33,8	5,4	0,41[3]
Hjemmesygepleje - antal besøg	0	0,5	1	42	1,8	0	0,3	1	8	0,8	0,11[3]
Privat hjælp – antal timer	3% får hjælp 1-3 timer 3% får hjælp over 3 timer 94% modtager ikke privat hjælp					5% får hjælp 1-3 timer 1% får hjælp over 3 timer 94% modtager ikke privat hjælp					0,38
Madordning – antal dage	5% får mad 1-6 dage 31% får mad 7 dage 64% har ingen madordning					9% får mad 1-6 dage 31% får mad 7 dage 60% har ingen madordning					0,37
Dagcenter med træning - antal gange [4]	10% går 1-3 gange 90% går ikke i dagcenter					8% går 1-3 gange 91% går ikke i dagcenter					0,68
Dagcenter uden træning - antal gange [4]	7% går 1-3 gange 3% går > 3 gange 90% går ikke i dagcenter					7% går 1-3 gange 1% går > 3 gange 92% går ikke i dagcenter					0,53

[1] Der mangler data for 4 interventionspatienter og 1 kontrolpatient. Oplysninger for i alt 144 interventinspatienter og 144 kontrolpatienter.
[2] Monte Carlo Estimate for the Exact test
[3] Wilcoxon rang test
[4] Der tages forbehold for data idet manglende oplysning kan være registreret som "går ikke i dagcenter"

3.4.1.6 Helbredstilstand, herunder funktionsevne og kognitiv funktion

Patienternes fysiske og kognitive funktion ved inklusionen blev vurderet ud fra patienternes egen vurdering af deres helbredstilstand, egen vurdering af basale funktionsevner ved udvalgte spørgsmål, Timed up and go-test, Barthel Index og MMSE for kognitiv funktion[14].

Størstedelen af patienterne vurderer deres helbred som godt eller mindre godt. Der er en mindre retning i data mod at kontrolpatienterne vurderer deres helbred lidt bedre end interventionspatienterne. 10% flere af kontrolpatienterne end interventionspatienterne føler, de har det godt, vældig godt eller fremragende (tabel 3.7). Det kan bemærkes, at lidt flere interventionspatienter får antidepressiv medicin.

14 Tests og spørgsmål er nærmere beskrevet i kapitel 2, afsnit 2.2.4.1.

Tabel 3.7 Selvvurderet helbred ved udskrivelsen

	Intervention		Kontrol	
	Antal patienter	%	Antal patienter	%
Uoplyst	.	.	1	.
Fremragende	3	2%	3	2%
Vældig godt	9	6%	13	9%
Godt	73	49%	81	56%
Mindre godt	52	35%	37	26%
Dårligt	11	7%	10	7%

p= 0,45 (Chi2 test)

I testen af patienternes kognitive tilstand (MMSE) er det højeste pointtal 30. Medianen ligger her meget tæt, 26 point for interventionspatienterne og 25 for kontrolpatienterne. Testen tyder for størstedelen af de inkluderede patienter på ingen eller kun let demens (tabel 3.8).

Tabel 3.8 Oversigt over patienternes kognitive tilstand ved udskrivelsen (Mini Mental State Examination)

	Intervention		Kontrol	
Indikation om demens	Antal patienter	%	Antal patienter	%
Ingen/let demens (20-30 point)	132	89%	120	83%
Moderat demens (10-19 point)	13	9%	23	16%
Svær demens (0-9 point)	3	2%	2	1%

p= 0,60 (Wilcoxon rang test på ugrupperede data)

En stor del af patienterne i begge grupper har en forholdsvis god funktionsevne (tabel 3.9). Omkring 40% af patienterne udfører timed up and go-testen på under 20 sekunder. Der var dog også en stor andel, der af forskellige årsager ikke kunne udføre testen på sygehuset. Hovedparten af patienterne har en ubetydelig til let funktionsnedsættelse vurderet ud fra Barthel index. Patienternes basale funktionsevne blev endvidere målt ved seks enkelte spørgsmål. Størstedelen af patienterne i begge grupper mener, at de kan klare de indendørs aktiviteter, mens andelen falder til omkring halvdelen eller under, når aktiviteterne omhandler at gå rundt udendørs. Der er en retning i data mod, at kontrolpatienterne for de udendørs aktiviteter og trappegang har en lidt bedre funktionsevne end interventionspatienterne.

Tabel 3.9 Funktionsevne ved udskrivelse

Tests	**Intervention** (n=148) Antal patienter	%	**Kontrol** (n=145) Antal patienter	%	**P-værdi**[1]
Timed up and go					
Under 20 sek.	60	40%	56	38%	0,98
Mellem 20-30 sek.	20	14%	20	14%	
Mere end 30 sek.	14	9%	13	9%	
Kunne ikke udføre testen	54	36%	56	38%	
Barthel Index					
Ubetydelig funktionsnedsættelse (100-80 p)	115	78%	115	79%	0,98[2]
Let funktionsnedsættelse (79-50 p)	24	16%	22	15%	
Moderat funktionsnedsættelse (49-26 p)	7	5%	6	4%	
Svær funktionsnedsættelse (25-0 p)	2	1%	2	1%	
Funktionsevne					
Rejse sig fra stol/seng	145	98%	143	99%	0,67
Gå omkring indendørs	140	95%	140	97%	0,41
Kan komme udendørs	144	97%	139	96%	0,50
Gå ude i godt vejr	79	53%	87	60%	0,25
Gå ude i dårligt vejr	62	42%	73	51%	0,13
Gå på trapper	89	60%	97	67%	0,23

[1] Chi²-test
[2] Monte Carlo Estimate for the Exact Test

Der blev udregnet en træthedsscore og afhængighedsscore for patienterne på baggrund af tillægsspørgsmålene ”Bliver de træt?” og ”Skal de have hjælp?”, hvis patienten havde svaret ja i de seks funktionsevnespørgsmål. I begge scorer er det muligt at opnå fra 1-6 point. Der gives point, hvis patienten kan klare den enkelte aktivitet uden enten at blive træt hhv. have hjælp. Hvis en patient opnår en høj skalaværdi betyder det, at patienten har en god funktion, mens en lav skalaværdi betyder, at patienten har en dårlig funktion.

Størstedelen af patienterne opnår en forholdsvis god score, og kan således klare de basale funktioner (næsten) uden at blive træt og (næsten) uden hjælp. Der er dog lidt flere interventionspatienter end kontrolpatienter, der er afhængige af hjælp for at kunne udføre aktiviteterne, men forskellen er ikke signifikant (tabel 3.10).

Tabel 3.10 Samlet træthedsscore og afhængighedsscore ved udskrivelsen

	Træthed				Afhængighed			
Samlet score	**Intervention**		**Kontrol**		**Intervention**		**Kontrol**	
	Antal patienter	%	Antal patienter	%	Antal patienter	%	Antal patienter	%
uoplyst	.	.	1	.	.	.	1	.
6	30	20%	32	22%	46	31%	60	42%
5	18	12%	12	8%	20	14%	16	11%
4	17	11%	18	13%	25	17%	20	14%
3	38	26%	35	24%	26	18%	27	19%
2	12	8%	13	9%	17	11%	12	8%
1	12	8%	14	10%	5	3%	7	5%
0	21	14%	20	14%	9	6%	2	1%
	p= 0,95 (Chi²-test				p= 0,18 (Chi²-test			

Anm.: Høj score betyder god funktion. Lav score betyder dårlig funktion

3.4.2 Konklusion af sammenligning af interventions- og kontrolpatienter ved baseline

Analysen af baseline-data for interventions- og kontrolpatienterne viser, at der er signifikant forskel på de to patientgrupper i forhold til hoveddiagnose (p=0,01), når første bidiagnose anvendes som hoveddiagnose i stedet for hoveddiagnoserne for genoptræning (DZ508 og DZ 509). Uden justeringen er der ingen signifikant forskel i hoveddiagnose på de to patientgrupper. Forskellen i den justerede hoveddiagnose findes primært i, at flere interventionspatienter (30%) end kontrolpatienter (19%) er indlagt med sygdomme i kredsløbsorganerne.

Både interventions- og kontrolpatienternes kognitive og fysiske tilstand er relativt god. De fysiske og kognitive tests og spørgsmål viser, at størstedelen af patienterne i begge patientgrupper opnår de højeste scorer, og at der ikke er signifikante forskelle mellem patientgrupperne. Disse resultater skal ses i forhold til projektets eksklusionskriterier om svær demens, terminale patienter mv., der har været medvirkende til at ekskludere den svageste gruppe af patienter. Der er en retning i data, der tyder på, at interventionspatienterne har en lidt dårligere helbredstilstand end kontrolpatienterne, men forskellene er ikke signifikante.

3.5 Gennemførelsesgrad af interventionen

Der blev inkluderet i alt 166 patienter i interventionsgruppen. Heraf modtog 155 (93%) patienter den 1. opfølgning. 129 (78%) fik 2. opfølgning og 119 (72%) fik den 3. opfølgning.

For enkelte patienter er det ikke oplyst, om patienterne har modtaget en opfølgning, idet registreringsskemaerne ikke er returneret. For ingen af disse patienter er der udbetalt honorar for opfølgning, og det antages derfor at opfølgning ikke er foretaget. I et tilfælde, hvor fakturering ikke er modtaget,

er opfølgningen medtaget som en udgift, idet det mundtligt er oplyst, at opfølgning er foretaget.

Interventionen indebærer, at den første opfølgning er et hjemmebesøg i patientens hjem. To kontakter blev dog foretaget som konsultationer i lægens praksis. Ved 2. og 3. opfølgning var det valgfrit, om konsultationen skulle udføres som et hjemmebesøg eller som en konsultation i lægens praksis. 99 (77%) af kontakterne mellem lægen og patienten ved 2. opfølgning blev dog aflagt som sygebesøg, og ved 3. opfølgning var 86 (72%) af kontakterne mellem lægen og patienterne aflagt som sygebesøg i patientens hjem. Øvrige kontakter blev aflagt som konsultation i lægens praksis.

Ved første besøg var der en høj deltagelse af sundhedsfagligt personale fra hjemmesygeplejen i kommunen. Ved 128 (83%) af besøgene deltog en hjemmesygeplejerske og/eller en social- og sundhedsassistent. Dette tal faldt afgørende ved de to efterfølgende besøg, hvor tallene for hjemmesygeplejerskernes deltagelse var henholdsvis 33 (26%) for 2. opfølgning og 19 (16%) for 3. opfølgning. Deltagelse af fagpersonale fremgår endvidere af beskrivelsen af omkostningerne ved interventionen (afsnit 7.2.5).

3.6 Diskussion

De tre analyser, udebliveranalysen, bortfaldsanalysen og sammenligningen af baselinedata for interventions- og kontrolpatienterne viser enkelte signifikante forskelle på patientgrupperne.

For udebliveranalysen drejer det sig om signifikante forskelle på kommunetilknytning, hoveddiagnose, indlæggelseslængde og boligform. Forskellene på hoveddiagnose og indlæggelseslængde anses for at være meget små, og ikke umiddelbart mulige at forklare. Forskellene i kommunetilknytning vurderes som mindre relevante, idet det ud fra socioøkonomisk gruppering vurderes, at der ikke er betydende forskel på patienternes levestandard i de deltagende kommuner (94). Forskellen i andelen af patienter, der bor i plejebolig, kan forklares ved, at der i gruppen af ekskluderede patienter er en stor gruppe demente patienter, der bor i plejebolig.

Bortfaldsanalysen viser, at de patienter, der er udgået i projektforløbet, føler sig signifikant dårligere tilpas end deltagergruppen, og at de har en dårligere funktionsevne. Forskellene skyldes, at halvdelen af bortfaldspatienterne udgik af projektet på grund af dødsfald, og forskellene anses således for at være et naturligt resultat af denne årsag til bortfald.

Sammenligningen af interventions- og kontrolpatienterne viste en signifikant forskel mellem grupperne i forhold til hoveddiagnosen, når første bidiagnose anvendes som hoveddiagnose i stedet for diagnoserne for genoptræning. Der er registreret 45 (30%) interventionspatienter og 28 (19%) kontrolpatienter, der lider af sygdomme i kredsløbsorganerne. Hjerte-karsygdom er

sammen med lungesygdom og faldulykker blandt de hyppigste årsager til indlæggelse for ældre mennesker (6). Da det er vurderet, at denne forskel i hoveddiagnosen kunne have indflydelse på resultatet af interventionen, er der i analyserne af effekten af interventionen foretaget en ujusteret og efterfølgende en justeret analyse, der korrigerede for forskellen mellem interventions- og kontrolpatienter i forhold til sygdomme i kredsløbsorganerne (se afsnit 2.2.6). Resultaterne af den justerede analyse viser imidlertid ingen eller ubetydende forskelle i forhold til den ujusterede analyse. Forskellen i hoveddiagnose mellem interventions- og kontrolpatienterne har således ikke haft indflydelse på resultaterne af interventionen. Interventions- og kontrolpatienterne kan derfor opfattes som to sammenlignelige patientgrupper.

I forbindelse med tolkningen af resultaterne af interventionen er det nødvendigt at bemærke, at kriterierne for eksklusion af patienter med svær demens, sprogproblemer (herunder afasi) og terminalpleje betyder, at de svageste patienter udgår af undersøgelsen, og at dette sandsynligvis har haft betydning for resultatet af interventionen. Af hensyn til projektets gennemførlighed og metodeanvendelse (spørgeskemaer, interviews mv.) blev det valgt at lade disse patientgrupper udgå af undersøgelsen.

Projektet er gennemført med patienter, der bor i de sydvestlige omegnskommuner af København. Området omfatter både kommuner med en yngre og kommuner med en ældre befolkningssammensætning end landsgennemsnittet (94). For området som helhed er lidt færre af de ældre borgere på 78 år og derover i forhold til fordelingen på landsplan, og uddannelsesniveauet opgjort ud fra socioøkonomiskgruppering er lidt lavere. Forskellene er dog små (under 1 procentpoint). Området som helhed adskiller sig ikke væsentligt fra den generelle køns- og alderssammensætning samt socioøkonomiske gruppering på landsplan.

3.7 Kapitelsammenfatning

Det samlede resultat af udebliveranalysen er, at der ikke er betydende forskelle mellem de patienter, der deltager i projektet og den øvrige population, der har været indlagt på de medicinske og geriatriske afdelinger i perioden. Dog bor lidt færre af de deltagende patienter i plejebolig, hvilket antages at være en følge af eksklusionskriteriet om svær demens og afasi. Gruppen af deltagende patienter anses med de anførte forbehold at være repræsentative for gruppen af ældre borgere over 78 år, der opfylder projektets inklusionskriterier, og er dermed generaliserbare for denne målgruppe.

Bortfaldet i analysen viser, at det generelt er patienter med dårligere selvvurderet helbred og funktionsevne, der udgår af projektet. Dette svarer til, at halvdelen af de udgåede patienter dør i perioden.

Der er ved inklusionen generelt ikke fundet forskel på patienterne i interventions- og kontrolgruppen. Ved en justering af hoveddiagnosen, hvor 1.

bidiagnose blev anvendt i stedet for hoveddiagnosen genoptræning, var der signifikant forskel på de to grupper. Alle analyser er foretaget med og uden justering for forskelle i hoveddiagnose, men der er ikke vist forskelle mellem de to analyser, der giver anledning til at betvivle, at randomiseringen er gennemført tilfredsstillende.

4 Teknologien

Dette kapitel indeholder en beskrivelse af resultaterne af interventionen ud fra en sammenligning af interventionspatienterne, der har modtaget øget opfølgning fra primærsektorens aktører efter udskrivelse fra sygehuset, med kontrolpatienterne, der er udskrevet efter sædvanlig praksis. Der redegøres her for resultaterne af undersøgelsens effektmål samt resultater af en række andre indsamlede data.

I en vurdering af teknologien indgår ud over effektevalueringen normalt en vurdering af teknologiens anvendelsesområde samt en risikovurdering af interventionen. Det er vurderet, at en øget opfølgning af patienternes behandling ikke vil medføre nogen væsentlige gener for patienten, og der er derfor ikke foretaget nogen risikovurdering af interventionen. Overvejelser omkring interventionens anvendelsesområde findes i kapitel 6 om organisation og i den samlede vurdering i kapitel 8.

Projektet har specielt fokus på opfølgning af patientens medicinske behandling, opfølgning på behandlingsplanen fra sygehuset samt på efterfølgende indlæggelser. Undersøgelsens øvrige effektmål beskrevet i dette kapitel omfatter dødelighed, patienternes helbredsstatus samt mobilitet og funktionsevne.

4.1 Metode

Datamaterialet til analyse af undersøgelsens effektmål omfatter materiale, der er indsamlet i 12. uge efter interventions- og kontrolpatienternes udskrivelse fra sygehuset, det vil sige 4 uger efter interventionens sidste opfølgning. Endvidere indgår registerdata, der omfatter oplysninger op til 26 uger efter udskrivelsen. Materialet omfatter registreringsskemaer udfyldt af de praktiserende læger og hjemmeplejen samt af en survey i form af et spørgeskema, som blev udfyldt af en projektmedarbejder under et interview i patientens hjem.

I enkelte tilfælde medtages relevante beskrivende oplysninger fra de registreringsskemaer, som de praktiserende læger udfyldte i forbindelse med de tre opfølgningskontakter med interventionspatienterne.

En beskrivelse af hvilke materialer, der er taget udgangspunkt i til de anvendte effektmål, og hvilke metoder der er anvendt til indsamling af data kan findes i kapitel 2 (Metode). Nedenfor beskrives enkelte forhold omkring opgørelsen af uoverensstemmelser i oplyst medicinindtag, der ikke er beskrevet i kapitel 2.

I opgørelsen over afvigelse i lægeoplyst og patientoplyst medicinindtag, er der foretaget sammenligning af medicinen ud fra indholdsstof, lægemiddelform og dosering. Afvigelser i indholdsstof er defineret ved afvigelser i

ATC-kode[15]. Hvor lægen har angivet, at medicinen tages ved behov (p.n.), er afvigelser ikke medtaget. Ved afvigelser i lægemiddelform er der foretaget sammenligning ud fra følgende kategorier: Tabletter/kapsler, depottabletter, mikstur, inhalationsspray, inhalationspulver, inhalationsvæske, næsespray, injektionsvæske, vaginalpræparater og øjendråber. Ved opgørelse af afvigelser i dosering anvendes den samlede døgndosering. Der ses jævnligt afvigelser i doseringstidspunkt mellem det patienten oplyser, og hvad lægen oplyser. Afvigelserne kan både dække over afvigelser i tidspunktet for indtagelse af den enkelte dosis og antallet af doser i døgnet. Det er dog ikke muligt at opgøre hyppigheden heraf, da doseringstidspunkt ikke konsekvent er angivet på skemaerne. For specielt blodpropforebyggende behandling med warfarin (Marevan), har det ikke været muligt at opgøre eventuelle forskelle, da dosering typisk har været oplyst som "efter skema".

4.2 Resultater

4.2.1 Medikamentel behandling

I dette afsnit beskrives i hvilken grad der er overensstemmelse mellem lægens opfattelse af patientens medikamentelle behandling og patientens faktiske indtag af medicin. Endvidere omtales en række andre forhold om interventions- og kontrolpatienternes medikamentelle behandling. Dette omfatter omfanget af ændringer foretaget i patienternes medikamentelle behandling, patienternes anvendelse af medicin og i hvilket omfang patienten får hjælp til indtagelsen af medicinen. Der er en beskrivelse af patienternes oplevelse af lægemiddelrelaterede problemer, egen compliance (efterlevelse af den ordinerede behandling) samt forhold omkring det medicinskabseftersyn, som lægen og hjemmesygeplejersken foretog hos interventionspatienterne ved det første opfølgende hjemmebesøg. Flere af sidstnævnte mere beskrivende forhold af patientens brug af medicin er kort omtalt i rapporten, men er nærmere beskrevet i bilag 9.

4.2.1.1 Overensstemmelse mellem patient- og lægeoplyst medicinindtag

Undersøgelsens primære effektmål er overensstemmelse mellem, hvad lægen oplyser, patienten aktuelt er i behandling med, og det patientoplyste indtag af medicin. Dette mål er et kombineret udtryk for, i hvor høj grad egen læge har et samlet overblik over patientens medicinske behandling, og i hvor høj grad patienten følger den ordinerede behandling (dvs. compliance). Uoverensstemmelserne er opgjort efter afvigelser i oplyst lægemiddel (indholdsstof), afvigelse i doseringsform og afvigelse i samlet døgndosis opgjort i den 12. uge efter udskrivelsen. Se endvidere metodeafsnit 4.1.

Analyserne viser, at den øgede opfølgning af patienterne kan bidrage til en højere grad af enighed mellem patient og læge om, hvilken medicin der anvendes, mens der ikke opnås større enighed om, hvilken dosering medicinen tages i, når der opgøres på antal patienter, hvor der registreres uoverensstemmelser.

15 ATC-kode: Anatomic Therapeutic Chemical classification index. Klassifikationssystem til inddeling af lægemiddelstoffer efter anatomisk virkested, terapeutisk anvendelse og kemisk sammensætning (95).

Der er således signifikant færre interventionspatienter i forhold til kontrolpatienter, der tager et eller flere lægemidler, som patientens egen læge ikke har kendskab til, og signifikant færre interventionspatienter, hvor patientens læge oplyser medicin, som patienten ikke selv oplyser at tage (tabel 4.1). Patienten tager hyppigere medicin, som lægen ikke har kendskab til, i forhold til at lægen oplyser medicin, som patienten ikke tager. Alt i alt er der meget stor uoverensstemmelse mellem, hvilken medicin lægen mener, patienten tager, og hvad patienten faktisk indtager af medicin i begge grupper, men der ses en signifikant mindre hyppighed af uoverensstemmelser i interventionsgruppen (76%) i forhold til kontrolgruppen (91%) (p=0,0003) (bilag 9, tabel B9.1).

Der er ingen forskel mellem de to grupper på antallet af patienter, hvor der er uoverensstemmelse, når der opgøres på lægemiddelform og døgndosering. For 5-6% af patienterne er der afvigelse i, hvilken lægemiddelform der anvendes, og for halvdelen (51-52%) af patienterne er der for et eller flere lægemidler afvigelse i, hvilken døgndosering medicinen tages i (bilag 9). Der er ikke forskel på, om patienten tager en større dosis eller mindre dosis end lægen oplyser (tabel 4.1). Opgjort på antal lægemidler, hvor der forekommer en uenighed om dosering, ses signifikant færre afvigelser i interventionsgruppen. Der ses således uoverensstemmelser for 13% af lægemidlerne i interventionsgruppen mod 19% i kontrolgruppen (p=0,0098) (bilag 9, tabel B9.2).

Tabel 4.1 Uoverensstemmelse mellem patient- og lægeoplyst medicinindtag. Antal patienter

	Intervention (n=148)		**Kontrol** (n=145)		**P-værdi**[1]
Type af afvigelse	Antal patienter	%	Antal patienter	%	
Al medicin ekskl. hudmidler, naturlægemidler og kosttilskud [2]					
Patient tager lægemidler som lægen ikke har kendskab til	94	64%	111	77%	0,015
Læge oplyser medicin som patient ikke anvender	65	44%	82	57%	0,030
Patienten tager større doser end lægen oplyser	43	29%	43	30%	0,91
Patienten tager mindre doser end læge oplyser	46	31%	53	37%	0,32
Receptpligtig medicin ekskl. hudmidler					
Patient tager lægemidler som lægen ikke har kendskab til	51	34%	70	48%	0,016
Læge oplyser medicin som patient ikke anvender	42	28%	57	39%	0,048
Patienten tager større doser end læge oplyser	32	22%	27	19%	0,52
Patienten tager mindre doser end lægen oplyser	34	23%	38	26%	0,52

[1] Chi²-test

[2] Kosttilskud i form af kalk og jern er inkluderet

Der er færre uoverensstemmelser blandt den *receptpligtige medicin* (tabel 4.1). I alt er der her forskel for 51% af interventionspatienterne og 65% af kontrolpatienterne (p=0,019) i hvilken medicin lægen og patienten oplyser, at der anvendes (bilag 9, tabel B9.1). Ses på antal patienter, der har afvigelser i lægemiddelform og døgndosering for den receptpligtige medicin, er der heller ikke her forskelle, hhv. 4-5% har uoverensstemmelser i lægemiddelform, og 39-40% har uoverensstemmelser i dosering (bilag 9, tabel B9.1).

Der er ligeledes signifikant færre afvigelser hos den enkelte patient i interventionsgruppen, når der opgøres på antallet af uoverensstemmelser i hvilke lægemidler, der oplyses anvendt (tabel 4.2). Dette på trods af at interventionspatienterne anvender flere lægemidler (afsnit 4.2.1.3). Der er stor spredning på, hvor mange afvigelser der ses hos den enkelte patient. Der er således set op til 12 uoverensstemmelser hos en enkelt patient.

Tabel 4.2 Uoverensstemmelser mellem patient- og lægeoplyst medicinindtag i om et lægemiddel (ATC-gruppe) anvendes. Antal afvigelser per patient

	Intervention		**Kontrol**		**P-værdi** [1]
	Antal patienter	%	Antal patienter	%	
Al medicin ekskl. hudmidler, naturlægemidler og kosttilskud [2]					
0	36	24%	13	9%	0,024
1	30	21%	39	27%	
2	32	22%	32	22%	
3 og derover	50	34%	61	42%	
Receptpligtig medicin ekskl. hudmidler					
0	72	49%	50	34%	0,011
1	43	29%	50	34%	
2	19	13%	22	15%	
3 og derover	14	9%	23	16%	

[1] Wilcoxon rang test udført på ikke-grupperede data
[2] Kosttilskud i form af kalk og jern er inkluderet

4.2.1.2 Uoverensstemmelser fordelt på medicintyper

Ses på hvilke medicintyper de forskellige typer af uoverensstemmelser forekommer for, er andelen af uoverensstemmelser ikke overraskende højere for håndkøbsmedicin set i forhold til receptpligtig medicin (tabel 4.3). Samlet set udgør håndkøbsmedicin 47% af det samlede antal uoverensstemmelser. Til sammenligning udgør håndkøbsmedicin 36% af de anvendte lægemidler i 12. uge efter udskrivelsen.

Når der afgrænses til receptpligtig medicin oplyser lægen for interventionspatienterne signifikant færre lægemidler, som patienten ikke tager, i forhold til kontrolgruppen. Forskellen mellem grupperne er lidt mindre, når der ses på den medicin som patienten tager uden at lægen har kendskab til det, samt når der ses på uoverensstemmelser i oplyst dosering. For håndkøbsmedicin ses der også en tendens til færre uoverensstemmelser for alle typer af afvigelser.

Tabel 4.3 Antal lægemidler med uoverensstemmelser fordelt på type af afvigelse samt recept- og håndkøbsmedicin

Type af afvigelse	Type af medicin	Intervention		Kontrol		P-værdi [1]
		Antal lægemidler	%	Antal lægemidler	%	
Patient tager lægemidler som lægen ikke har kendskab til[3]	Receptpligtig medicin	87	12%	99	18%	0,067
	Håndkøbsmedicin	122	30%	112	36%	0,14
Læge oplyser medicin som patient ikke anvender [4]	Receptpligtig medicin	55	8%	93	16%	<0,0001
	Håndkøbsmedicin	53	15%	62	22%	0,018
Uoverens-stemmelse i lægemiddel-form[5]	Receptpligtig medicin	7	1%	6	1%	0,80
	Håndkøbsmedicin	3	1%	1	0%	0,64[2]
Uoverens-stemmelse i dosis[6]	Receptpligtig medicin	74	13%	75	17%	0,056
	Håndkøbsmedicin	44	16%	45	23%	0,070

[1] Chi²-test
[2] Monte Carlo Estimate for the Exact test
[3] Andel er sat i forhold til patientoplyst medicinindtag
[4] Andel er sat i forhold til lægeoplyst medicinindtag
[5] Andel er sat i forhold til medicinindtag oplyst af både patient og læge
[6] Andel er sat i forhold til medicinindtag oplyst af både patient og læge ekskl. lægemidler hvor dosering ikke kan sammenlignes (4% af lægemidler i interventionsgruppen og 3% i kontrolgruppen)

Uoverensstemmelserne er spredt ud på mange forskellige typer af lægemidler, både medicin, der bør tages fast, og medicin, der i højere grad anvendes efter behov. Der er således tendens til en mindre hyppighed af uoverensstemmelser i interventionsgruppen for blodpropforebyggende medicin, hjerte-kar medicin, medicin mod osteoporose, smertestillende medicin og medicin mod mavesår. Dette gælder både når man ser i forhold til medicin, som patienten oplyser at tage uden den praktiserende læges kendskab, og til den medicin, som den praktiserende læge oplyser uden at patienten tager den (bilag 9, tabel B9.3-B9.4). Mindre hyppighed af uoverensstemmelser i dosering ses primært blandt lægemidler, hvor patienten oftere selv justerer i dosering. Der er således en tendens til færre afvigelser for afføringsmidler, smertestillende medicin, psykofarmaka og midler mod astma og KOL (bilag 9, tabel B9.5).

4.2.1.3 Ændringer i patientens medikamentelle behandling

Egen læge er spurgt om, i hvilket omfang der i almen praksis er foretaget ændringer i patientens medicin i perioden fra udskrivelsen og 12 uger frem. Medicin, der var foretaget ændringer for, skulle anføres sammen med antallet af ændringer for det enkelte lægemiddel.

Der er foretaget signifikant flere ændringer i interventionspatienternes medikamentelle behandling i forhold til kontrolgruppen. For 59% af interventionspatienterne og 44% af patienterne i kontrolgruppen er der foretaget ændringer i medicinen (p=0,013). Fordelingen af antal ændringer per patient fremgår af tabel 4.4.

Tabel 4.4 Antal ændringer i den enkelte patients medikamentelle behandling foretaget af almen praksis i perioden fra patientens udskrivelse og 12 uger frem

	Intervention		**Kontrol**		**P-værdi** [1]
	Antal patienter	%	Antal patienter	%	
Uoplyst	5	.	2	.	
Ingen ændringer	59	41%	80	56%	0,0095
1-2	49	34%	40	28%	
3-4	19	13%	15	10%	
5 og derover	16	11%	8	6%	

[1] Wilcoxon rang test udført på ikke-grupperede data
[2] Antal lægemidler er opgjort på antal forskellige lægemiddelstoffer

4.2.1.4 Patientoplyst medicinindtag i 12. uge efter udskrivelsen

I 12. uge efter udskrivelsen får patienter i interventionsgruppen signifikant flere lægemidler i forhold til kontrolgruppen (tabel 4.5). Det mediane antal lægemidler, som interventionspatienterne er i behandling med, er 7 mod 6 hos kontrolpatienterne. For receptpligtig medicin er antallet af lægemidler 5 for interventionspatienterne mod 4 for kontrolpatienterne og for håndkøbsmedicin 3 mod 2. Kosttilskud udgør kun en mindre del af den samlede mængde medicin, som patienterne tager.

Tabel 4.5 Mediane antal anvendte lægemidler ekskl. hudmidler oplyst af patienten i 12. uge efter udskrivelse

	Intervention (n=148)				**Kontrol** (n=145)				**P-værdi** [1]
	25%	Median	75%	Max	25%	Median	75%	Max	
Receptpligtig medicin	3	5	7	12	2	4	5	10	0,0020
Håndkøbsmedicin	1	3	4	7	1	2	3	7	0,0063
Kosttilskud/ naturlægemidler[2]	0	0	0	4	0	0	0	4	0,87
Totalt[3]	5	7	10	16	4	6	8	15	0,0005

[1] Wilcoxon rang test
[2] Oplysning om kosttilskud og naturlægemidler er kun indhentet fra 123 interventionspatienter og 121 kontrolpatienter
[3] Kosttilskud og naturlægemidler indgår ikke i det totale antal

Der er stor spredning på, hvor mange lægemidler den enkelte patient tager. En patient i interventionsgruppen og 3 patienter i kontrolgruppen tager ingen medicin, og der tages i alt op til 16 forskellige lægemidler.

Det højere forbrug i interventionsgruppen fordeler sig på mange forskellige lægemiddelgrupper. Der er således flere interventionspatienter, der tager hjertekar og blodpropforebyggende medicin, smertestillende medicin, antidepressiv medicin og medicin mod astma og kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) i forhold til kontrolpatienterne. Oversigt over hvilke lægemidler, der anvendes, findes i bilag 9.

Det skal bemærkes, at flere interventionspatienter end kontrolpatienter ved inklusionen var indlagt med sygdomme i kredsløbsorganerne, som typisk behandles med mange typer af medicin (afsnit 3.4.1.2). Det mediane antal lægemidler for patienter med hjerte-kredsløbsdiagnoser er således 8, mens det for øvrige patienter er 6 lægemidler[16].

Omkring halvdelen af patienterne, 56% (63 ud af 113) af interventionspatienterne og 51% (57 ud af 111) af kontrolpatienterne angiver, at de får ordineret medicin fra flere forskellige læger, dvs. ud over medicin fra egen læge anvendes også medicin udskrevet af sygehus eller speciallæger. Det kan ikke med sikkerhed fastslås, hvilken medicin der udskrives fra sygehuse og speciallæger, og hvilken der udskrives fra de alment praktiserende læger, hvorfor tallene må tages med et forbehold.

4.2.1.5 Hjælp til ophældning og indtagelse af medicin

Der er en tendens til, at flere interventionspatienter end kontrolpatienter får hjælp til dosering af deres medicin. Dette stemmer overens med, at interventionspatienterne anvender mere medicin. En stor del får fast hjælp til at ophælde deres medicin i doseringsæske (60% af interventionspatienterne og 51% af kontrolpatienterne), og 3% af både interventions- og kontrolpatienter får medicinen dosispakket på apoteket (tabel 4.6).

Blandt dem, der får hjælp til at få medicinen ophældt i doseringsæske, er det primært en hjemmesygeplejerske eller social- og sundhedsassistent, der doserer medicinen (hos ca. 90% af patienterne). Resten får hjælp af familie eller venner.

Blandt de patienter, der anvender doseringsæske, får 58% af interventionspatienterne og 67% af kontrolpatienterne pakket al deres medicin i doseringsæsker (p=0,33). Resten har medicin, som tages ved siden af den doserede.

Ca. ¼ af patienterne i begge grupper får hjælp til at indtage medicinen (tabel 4.6). 1/3 af disse patienter får hjælp af familie og venner, mens 2/3 får hjælp af en hjemmehjælper eller andet fagligt personale fra kommunen.

16 En analyse der justerer for at der er flere interventionspatienter med sygdomme i kredsløbsorganerne mindsker forskellene mellem grupperne, men der er samlet fortsat en signifikant forskel mellem interventions- og kontrolgruppen.

Tabel 4.6 Hjælp til ophældning og indtag af medicin i 12. uge efter udskrivelse

	Intervention		Kontrol		P-værdi [1]
	Antal patienter	%	Antal patienter	%	
Uoplyst	4		8		.
Doserer selv uden hjælpemidler	42	29%	55	40%	0,053
Doserer selv i doseringsæske	11	8%	8	6%	0,54
Fast hjælp til at ophælde i doseringsæske	87	60%	70	51%	0,12
Apoteket dosispakker	4	3%	4	3%	1,00 [2]
Fast hjælp til at tage medicinen[3]	30	27%	22	23%	0,52

[1] Chi² test
[2] Monte Carlo Estimate for the Exact Test
[3] Oplysning mangler for 35 interventions- og 48 kontrolpatienter

For interventionspatienterne er der ved 1. opfølgningsbesøg i hjemmet registreret et uopfyldt behov for hjælp til ophældning af medicin for 9 patienter og behov for hjælp til at indtage medicinen for 5 patienter. Dette kan ud over at interventionspatienterne får mere medicin end kontrolpatienterne også have bidraget til, at flere patienter i interventionsgruppen får hjælp til ophældning af medicinen.

4.2.1.6 Patientoplevede lægemiddelrelaterede problemer

Ved interviewet af patienten i 12. uge efter udskrivelsen er der spurgt ind til, om patienten havde oplevet praktiske problemer eller bivirkninger i forbindelse med brug af deres medicin. Besvarelserne af disse spørgsmål kan findes i bilag 9. Der er en tendens til, at interventionspatienterne, der anvender mere medicin i forhold til kontrolpatienterne, hyppigere oplever bivirkninger af den medicin de tager (26% mod 18%). Idet interventionspatienterne tager flere lægemidler er der også risiko for flere lægemiddelrelaterede problemer, og umiddelbart synes interventionen ikke at kunne ændre på dette forhold. 11-22% af de, der oplever bivirkninger, tager indimellem ikke medicinen pga. bivirkninger. En femtedel af patienterne har oplevet andre problemer omkring indtagelsen af medicinen som fx at få medicinen ud af beholderen eller at synke medicinen.

4.2.1.7 Patientoplyst compliance

Ved interviewet af patienten i 12. uge efter udskrivelsen er der ligeledes spurgt ind til, hvor hyppigt patienten enten glemmer at tage medicinen eller tager mere eller mindre medicin end aftalt med læge eller hjemmesygeplejerske.

Langt hovedparten af patienterne angiver, at de meget sjældent glemmer at tage sin medicin. 9% af interventionspatienterne og 11% af kontrolpatienterne angiver, at de en eller flere gange om måneden glemmer at tage deres medicin (tabel 4.7). Resten mener, at det er sjældnere eller ved det ikke. Det skal her bemærkes, at en stor andel af patienterne, ca. 70% af interventionspatienterne og 60% af kontrolpatienterne, får deres medicin enten ophældt

i doseringsæske eller dosispakket på apotek, hvor sandsynligheden for at glemme en dosis er mindre. Ca. ¼ får fast hjælp til at tage medicinen.

Ligeledes angiver en mindre del af patienterne indimellem at tage en anden mængde af medicinen end det, der er aftalt med lægen eller hjemmesygeplejersken, hhv. 11% af interventionspatienterne og 6% af kontrolpatienterne (tabel 4.7). Hyppigst undlader patienterne at tage medicinen eller tager mindre[17]. De hyppigste lægemidler, der tages mere eller mindre af, i forhold til det ordinerede, er smertestillende medicin, vanddrivende medicin, blodtrykssænkende medicin og astmamedicin.

Ved de opfølgende kontakter registrerede de praktiserende læger afvigelser i forhold til den ordinerede behandling. Der blev her noteret en afvigelse for ca. 20% af patienterne. Det største antal afvigelser blev fundet ved det 1. opfølgende hjemmebesøg. Afvigelserne skyldes primært at patienten springer doser over eller helt stopper med medicinen. Dette svarer til det patienterne oplyser i interviewene, om end hyppigheden her er lavere. En hyppig årsag til afvigelserne angives at være bivirkninger eller gener af behandlingen.

Tabel 4.7 Patientoplyst compliance i 12. uge efter udskrivelse

	Intervention		**Kontrol**		**P-værdi** [1]
	Antal patienter	%	Antal patienter	%	
Glemmer at tage medicin[2]:					0,46
en eller flere gange om ugen	1	1%	.	.	
en eller flere gange om måneden	11	8%	14	11%	
sjældnere end en gang om måneden	127	91%	113	89%	
Tager indimellem mere eller mindre af den aftalte medicin[3]	16	11%	8	6%	0,11

[1] Monte Carlo Estimate for the Exact Test
[2] 9 interventionspatienter og 18 kontrolpatienter mangler oplysning om compliance
[3] 6 interventionspatienter og 11 kontrolpatienter mangler oplysning om de tager mere eller mindre af den aftalte medicin

17 Af i alt 22 rapporteringer om lægemidler der tages anderledes end aftalt, undlades medicinen i 6 tilfælde, i 13 tilfælde tages mindre medicin og i 3 tilfælde tages mere medicin.

18 Medicinskabseftersynet blev foretaget i 82% af opfølgningsbesøgene, det vil sige for 114 interventionspatienters vedkommende. I de tilfælde, hvor eftersynet ikke blev udført, var begrundelserne, at et eftersyn var blevet foretaget kort forinden af hjemmesygeplejersken, eller at patienten ikke havde noget medicin udover den aktuelle. Endelig var der to tilfælde, hvor opfølgningsbesøget ikke foregik i patientens hjem men i konsultationen, og eftersynet kunne således ikke foretages.

4.2.1.8 Medicinskabseftersyn ved 1. opfølgningsbesøg hos interventionspatienterne

Ved det første opfølgningsbesøg i hjemmet hos interventionspatienterne skulle den praktiserende læge sammen med hjemmesygeplejersken gennemgå patienternes medicinskab i forbindelse med gennemgangen af patientens medikamentelle behandling. Medicin, som ikke blev anvendt, blev registreret, herunder om medicinen skulle forblive eller fjernes fra patientens hjem[18].

Størstedelen af patienterne har ikke uhensigtsmæssige præparater stående, som er fjernet ved besøget. I 65% af tilfældene er der således ikke fjernet nogen lægemidler (tabel 4.8). Der hvor der fjernes præparater, er der oftest tale om 1 - 2 præparater. Det højeste antal præparater, der er fjernet hos en patient, er 14 præparater. De hyppigst fjernede midler er smertestillende midler og midler til hjerte-karsygdomme.

Tabel 4.8 Antal lægemidler der blev fjernet efter medicinskabs-eftersyn hos interventionspatienterne

Antal lægemidler	Antal patienter	%
Mere end 3	11	10%
3	6	5%
2	11	10%
1	12	11%
0	74	65%

Opgørelsen viser endvidere, at 71% af de patienter, der fik foretaget et medicinskabseftersyn, har præparater stående udover den medicin de aktuelt er i behandling med. Lidt over ¼ har mere end 3 lægemidler stående (tabel 4.9). Det højeste antal præparater, der er registreret hos en patient er 16.

Tabel 4.9 Medicinskabseftersyn hos interventionspatienterne. Antal lægemidler i medicinskabet ud over patientens daglige medicin

Antal lægemidler	Antal patienter	%
Over 3	30	26%
3	13	11%
2	19	17%
1	19	17%
0	33	29%

4.2.2 Effektuering af behandlingsplan i epikrisen

De praktiserende læger er ved 12. uge bedt om at notere, om de havde modtaget epikrisen fra sygehuset, om der i epikrisen var anbefalet opfølgning, og om opfølgningen havde fundet sted. Der blev spurgt til tre områder og en opsamlingskategori: Ændring/kontrol af medicin, kontrol af parakliniske fund (fx laboratorietests), klinisk kontrol og anden opfølgning.

Epikrisen foreligger for størstedelen (90%) af interventionspatienterne ved det første opfølgningsbesøg. I 88% af tilfældene forelå endvidere et medicinskema fra sygehuset. For 63% af patienterne i både interventionsgruppen og kontrolgruppen er der i epikrisen anbefalet en eller anden form for opfølgning.

De praktiserende læger har i højere grad fuldført anbefalingerne fra sygehuset for interventionspatienterne i forhold til kontrolpatienterne. Lægerne er signifikant bedre til at foretage klinisk kontrol hos interventionspatienterne, og der er en tendens til, at opfølgningen for de parakliniske undersøgelser er bedre. Der er ingen forskel i opfølgningen af den medicinske behandling foreslået i epikrisen (tabel 4.10). Signifikant flere patienter i interventionsgruppen anbefales en klinisk opfølgning.

Tabel 4.10 Opfølgning på anbefalinger i epikrise. 12. uge efter udskrivelse

Anbefalinger	Intervention		Kontrol		P-værdi
	Antal patienter	%	Antal patienter	%	
Ændring af medicin					
Opfølgning anbefalet [3]	45	31%	49	35%	0,56[1]
Heraf:					
Fuldført	36	82%	36	80%	1,00[2]
Delvist udført	3	7%	3	7%	
Ikke udført	5	11%	6	13%	
Uoplyst	1	-	4	-	
Kontrol af parakliniske fund					
Opfølgning anbefalet [4]	45	31%	36	25%	0,25[1]
Heraf:					
Fuldført	38	88%	21	68%	0,085[2]
Delvist udført	1	2%	1	3%	
Ikke udført	4	9%	9	29%	
Uoplyst	2	-	5	-	
Klinisk kontrol					
Opfølgning anbefalet [3]	51	35%	33	23%	0,023[1]
Heraf:					
Fuldført	41	95%	21	72%	0,021[2]
Delvist udført	1	2%	2	7%	
Ikke udført	1	2%	6	21%	
Uoplyst	8	-	4	-	
Anden anbefaling					
Opfølgning anbefalet [5]	38	27%	36	26%	0,81[1]
Heraf:					
Fuldført	20	77%	9	50%	0,27[2]
Delvist udført	1	4%	1	6%	
Ikke udført	5	19%	8	44%	
Uoplyst	12	-	18	-	

[1] Chi^2 -test
[2] Monte Carlo Estimate for the Exact Test
[3] 4 interventionspatienter og 3 kontrolpatienter mangler oplysning om kontrol af medicin og klinisk kontrol
[4] 5 interventionspatienter og 3 kontrolpatienter mangler oplysning om kontrol af parakliniske fund
[5] 7 interventionspatienter og 5 kontrolpatienter mangler oplysning om anden anbefaling

4.2.3 Indlæggelser

Antallet af efterfølgende indlæggelser er opgjort henholdsvis 12 uger og 26 uger efter inklusion. I dette afsnit beskrives primært resultaterne fra perioden 26 uger efter udskrivelsen, idet resultaterne for 12-ugers perioden i de fleste tests viste samme resultater. Supplerende tabeller findes i bilag 9.

Den øgede opfølgning efter udskrivelsen har vist at kunne medføre, at der indlægges færre interventionspatienter i forhold til kontrolgruppen. Overordnet kan det således konstateres, at andelen af patienter, der har været indlagt minimum én gang i perioden indtil 26 uger efter inklusion, er signifikant højere i kontrolgruppen (52%) i forhold til interventionsgruppen (40%) (tabel 4.11).

Tabel 4.11 Indlæggelser i perioden 26 uger efter inklusion

	Intervention	Kontrol
Antal personer der indlægges[1]	67 (40%)	86 (52%)
Samlet antal indlæggelser	134	156
Samlet antal indlæggelsesdage	1.470	1.594

[1] p=0,032 (Chi²-test)

Opgøres på *antal indlæggelser* hhv. *antal indlæggelsesdage* per patient, er der en stærk tendens til, at hyppigheden af antal indlæggelser og antal indlæggelsesdage er mindre blandt interventionspatienterne i forhold til kontrolpatienterne (tabel 4.12 og bilag 9, tabel B9.12). Forskellene mellem grupperne er akkurat ikke signifikant, når der ses på rangfordelingerne ved en ordinal logistisk regressionsanalyse. Odds Ratio for at have mange indlæggelsesdage er 0,68 (95%-CI: 0,45-1,027), p=0,067) for perioden 26 uger efter inklusion[19]. Tilsvarende er OR for at have mange indlæggelser 0,69 (95%-CI: 0,46-1,038, p=0,074)[20].

Tabel 4.12 Antal indlæggelsesdage i perioden fra patientens udskrivelse og 26 uger frem

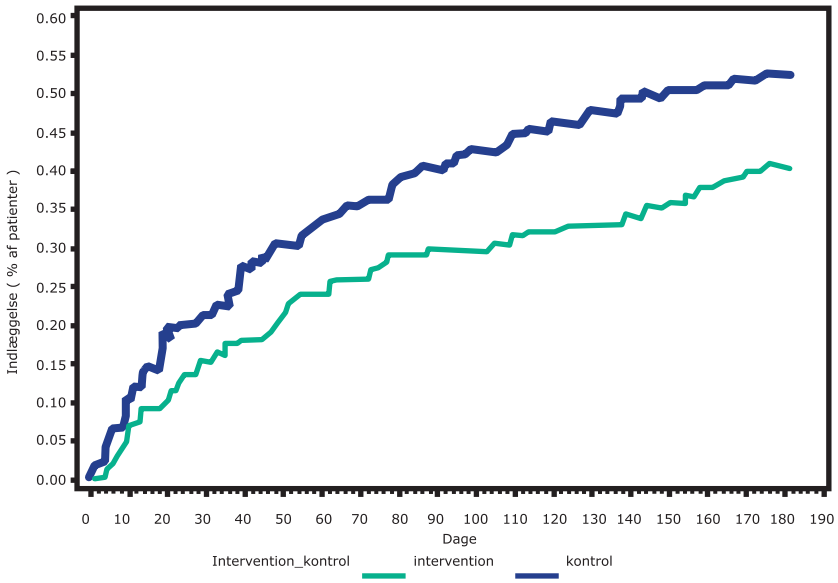
	Intervention		Kontrol	
Indlæggelsesdage	Antal personer	%	Antal personer	%
0	99	60%	79	48%
1-7 dage	22	13%	27	16%
8-14 dage	9	5%	24	15%
15-28 dage	21	13%	16	10%
29 dage eller derover	15	9%	19	12%

p=0,066 ved Wilcoxon rang test udført på ikke-grupperede data

Opgøres på *forskellen i antal indlæggelser og antal sengedage* fra 26 uger før inklusion til 26 uger efter inklusion for den enkelte patient, er der ligeledes en tendens til at antallet af indlæggelser henholdsvis sengedage reduceres mere i interventionsgruppen end i kontrolgruppen (p=0,076 for ændring i antal indlæggelser og p=0,11 for ændringer i antal sengedage). Analysen er nærmere beskrevet i bilag 9.

Der er signifikant længere tid til første indlæggelse for interventionspatienterne i forhold til kontrolpatienterne, når der opgøres *antal dage til første indlæggelse* efter inklusion (figur 4.1). En Cox-regressionsanalyse, hvor der tages højde for patienter, der dør uden at have været indlagt[21], viser, at sandsynligheden for en ny indlæggelse til ethvert tidspunkt er lavere for interventionsgruppen end for kontrolgruppen inden for de første 26 uger efter udskrivelse. Hazard ratio er 0,69 (95%-CI: 0,50-0,95, p=0,02). Kontrolpatienterne har således flere indlæggelser, og de finder sted tidligere end for interventionspatienterne. Det mediane antal dage til 1. indlæggelse er 49 dage for interventionspatienterne og 39 dage for kontrolpatienterne.

Figur 4.1 Kaplan-Meyer kurve for genindlæggelse inden for 26 uger efter 1. udskrivelse



p=0,025 (Cox-regressionsanalyse)

Idet interventionen omhandler medicinske patienter, er det interessant at skelne mellem indlæggelser på *medicinske afdelinger og øvrige indlæggelser*. De fleste af de efterfølgende indlæggelser sker på internmedicinske afdelinger. Der ses her en stærk tendens til forskel mellem grupperne, idet 36% af interventionspatienterne og 45% af kontrolpatienterne er indlagt på en internmedicinsk afdeling inden for 26 uger efter inklusion (p=0,066). Afgrænses til de ikke medicinske afdelinger ses også tendens til færre indlæggelser (13% vs. 19%, p=0,13).

Blandt de ikke-medicinske afdelinger indgår primært indlæggelser på ortopædkirurgiske afdelinger og kirurgisk gastroenterologiske afdelinger. Idet den største afvigelse mellem interventions- og kontrolgruppen findes på de ortopædkirurgiske afdelinger, er hovedparten af epikriserne fra disse indlæggelser gennemgået. Indlæggelserne skyldes her med få undtagelser akutte indlæggelser som følge af fald. Da stort set ingen af de ortopædkirurgiske indlæggelser var planlagte indlæggelser, og hensigten med de opfølgende hjemmebesøg er en helhedsvurdering af patienten, kan det ikke udelukkes, at interventionen også kan have en effekt på antallet af fald, og det er valgt at inkludere det samlede antal indlæggelser i opgørelsen af interventionens effekt. Det fremgår af bilag 9 hvilke afdelinger patienterne har været indlagt på.

Langt de fleste patienter, der er indlagt i perioden 26 uger efter udskrivelsen, indlægges en eller to gange (82%). En enkelt patient er indlagt 11 gange. Blandt de patienter, der indlægges, er der ikke signifikant forskel i *antallet af indlæggelser* eller i *antallet af indlæggelsesdage* hos den enkelte patient mellem interventions- og kontrolgruppen.

19 En justeret analyse af sandsynligheden for at have mange indlæggelsesdage inden for 12 uger efter inklusion viser signifikant forskel (OR 0,64, 95%-CI: 0,41-0,998, p=0,049), men forskellen på OR i den ikke-justerede og justerede analyse er lille. I den justerede analyse tages højde for at flere patienter i interventionsgruppen ved inklusion var indlagt med hjerte-karsygdom.

20 Sandsynligheden for at have mange indlæggelser er signifikant mindre i interventionsgruppen i forhold til kontrolgruppen indenfor 12 uger efter inklusion. OR er her 0,62 (95%-CI: 0,40-0,98, p=0,040).

21 I perioden 26 uger efter inklusion dør 2 personer uden at have været genindlagt.

Der er foretaget analyser på *subgrupper* af patienterne for at identificere om visse karakteristika resulterer i en bedre effekt af opfølgningen. Analyserne er foretaget ved logistisk regression[22] for patienter, der har været indlagt ½ år før projektperioden, patienter der ved baseline vurderede eget helbred som mindre godt eller dårligt, patienter med nedsat funktionsevne samt patienter, der anvender mere end 4 lægemidler. Der er ikke fundet signifikant forskellig effekt af interventionen for patientgrupper hhv. med og uden de nævnte karakteristika. Der er dog en retning mod en bedre effekt for patienter, der har været indlagt minimum 2 gange i halvåret før inklusionsindlæggelsen (p=0,15) og patienter med dårligt selvvurderet helbred (p=0,25). Odsratio for indlæggelse for de to patientgrupper er hhv. 0,28 (95%-CI: 0,09-0,84) og 0,46 (95%-CI: 0,21-0,99). For patienter der både har dårligt selvvurderet helbred og har haft en indlæggelse i halvåret før inklusion er OR 0,29 (95%-CI: 0,09-0,94). Opgøres på alle patienter er odsratio for at opleve en indlæggelse 0,62 (95%-CI: 0,40-0,96).

4.2.4 Dødelighed

9% af interventionspatienterne og 12% af kontrolpatienterne dør inden for 26 uger efter den enkelte patients udskrivelse fra sygehuset. For de patienter, der dør i perioden, er det mediane antal dage fra udskrivelsen til patientens dødsdato højere for interventionspatienterne end for kontrolpatienterne (tabel 4.13).

Tabel 4.13 Antal dage fra udskrivelse til dødsdato i en periode 26 uger efter udskrivelse

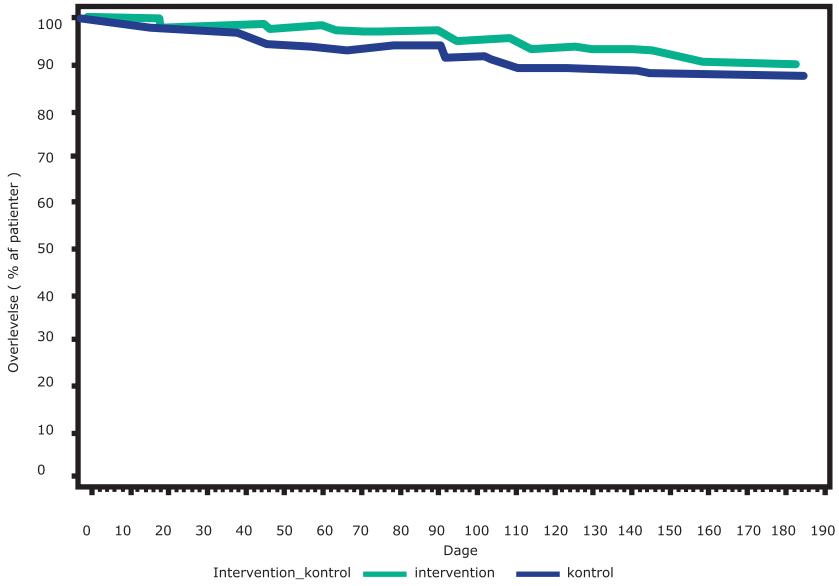
	Antal personer der er døde	Median	Minimum	Maksimum
Intervention	15	107	16	177
Kontrol	20	72,5	20	143

I figur 4.2 ses Kaplan-Meier overlevelseskurver for de to grupper af patienter. Der er en Hazard Ratio for død på 0,72 (95%-CI: 0,37-1,41, p=0,34) i interventionsgruppen i forhold til kontrolgruppen, når der tages højde for antal dage til død[23]. Der er således en retning i data mod at interventionsgruppen har mindre risiko for at dø inden for 26 uger efter udskrivelsen, men effekten er ikke signifikant.

22 Der regnes på sandsynligheden for genindlæggelse 26 uger efter 1. udskrivelse. I modellen er medtaget deltagerstatus (intervention-kontrol), subgruppe (ja/nej) og interaktionen mellem disse. Følgende subgrupper er undersøgt: indlæggelse ½ år før inklusion, min. 2 indlæggelser før inklusion dårligt selvvurderet helbred (helbred mindre godt eller dårligt), nedsat funktioneevne (Barthel index under 80, timed up and go test gennemført på 20 sek. eller derunder/ikke gennemført test) samt patienter der anvender mere end 4 lægemidler

23 Cox regressionsanalyse.

Figur 4.2 Kaplan-Meyer overlevelseskurve inden for 26 uger efter 1. udskrivelse



p=0,34 (Cox-regressionsanalyse)

4.2.5 Selvvurderet helbred

Ved patientinterviewene 12 uger efter udskrivelsen er både interventions- og kontrolpatienterne bedt om at vurdere deres helbred gennem en række spørgsmål (se metode i kapitel 2 og bilag 3). Spørgsmålene lægger vægt på patienternes nuværende vurdering af deres helbredssituation, men også i hvilket omfang patienterne føler sig begrænset socialt og fysisk af deres helbred.

Der kan ikke påvises nogen signifikante forskelle i selvvurderet helbred mellem interventions- og kontrolgruppen (tabel 4.14 – tabel 4.16). Lidt flere kontrolpatienter vurderer dog i 12. uge efter udskrivelsen deres helbred som ”mindre godt eller dårligt” (41%) i forhold til vurderingen ved baseline (33%), men der er også lidt flere (19% vs. 11%), der vurderer deres helbred som ”fremragende” eller ”vældig godt” (p=0,02) (tabel 3.7 og tabel 4.14). For interventionspatienterne er den andel, der vurderer deres helbred som ”mindre godt eller dårligt” nogenlunde uændret (46% vs. 43%).

Ses på ændringen for den enkelte patient, er der generelt ikke store forskelle mellem de to grupper (bilag 9, tabel B9.16). Blandt de patienter, der ved udskrivelsen vurderer deres helbred som mindre godt eller dårligt, er der ingen forskel mellem de to grupper. 29% af interventionspatienterne og 34% af kontrolpatienterne vurderer deres helbred som bedre (dvs. godt, vældig godt eller fremragende) 12 uger efter. Blandt de, der vurderede deres helbred som fremragende eller vældig godt ved udskrivelsen, vurderer flere af kontrolpatienterne (50% vs. 33%) deres helbred som uændret, og flere af interventionspatienterne (67% vs. 44%) vurderer deres helbred som godt, dvs. lidt dårligere end ved udskrivelsen. Der findes ved ordinal logistisk regression ikke forskel på grupperne.

Patienterne har desuden vurderet deres helbredsstatus i forhold til for et år siden. Her er retningen den samme. Flere interventionspatienter føler, at de har det dårligere i forhold til kontrolpatienterne (tabel 4.14). Der ses ingen forskel på patienternes vurdering ved spørgsmålet om, hvorvidt patienterne er tilfredse med deres liv, som det former sig for tiden.

På spørgsmålet om, hvorvidt helbredet begrænser patienterne i at lave aktiviteter, de ellers normalt har kunnet udføre, inden for de seneste 4 uger, svarer 27% af interventionspatienterne og 20% af kontrolpatienterne, at de føler sig begrænset (p=0,17). Der er således en retning mod, at flere interventionspatienter føler sig hæmmet i at kunne udføre aktiviteter på grund af deres helbred. Patienterne har endvidere vurderet begrænsningerne i forhold til fysiske aktiviteter og i forhold til deres sociale liv. Af tabel 4.15 fremgår det, at 37%-43% vurderer, at de næsten aldrig er friske nok til at gennemføre de aktiviteter, de har lyst til. Derimod føler kun få patienter i begge patientgrupper, at helbredet har vanskeliggjort det at se andre mennesker de seneste 4 uger.

Tabel 4.14 Selvvurderet helbred og tilfredshed med livet i 12. uge efter udskrivelse

	Intervention		**Kontrol**		**P-værdi** [1]
	Antal patienter	%	Antal patienter	%	
Helbredsvurdering[2]					0,67
Fremragende	7	5%	8	6%	
Vældig godt	12	8%	19	13%	
Godt	60	41%	57	40%	
Mindre godt	51	35%	45	32%	
Dårligt	16	11%	13	9%	
Helbred sammenlignet med et år siden[3]					0,36
Bedre	19	13%	18	13%	
Nogenlunde det samme	43	30%	52	38%	
Dårligere	82	57%	68	49%	
Tilfredshed med livet alt i alt[4]					0,80
Meget tilfreds	43	34%	43	36%	
Nogenlunde tilfreds	54	43%	54	45%	
Lidt utilfreds	17	13%	12	10%	
Meget utilfreds	13	10%	10	8%	

[1] Chi² test
[2] 2 interventionspatienter og 3 kontrolpatienter mangler oplysning om helbredsvurdering
[3] 1 interventionspatient og 7 kontrolpatienter mangler oplysning om sammenligning af helbred med året før
[4] 21 interventionspatienter og 26 kontrolpatienter mangler oplysning om tilfredshed med livet

Tabel 4.15 Føler du dig frisk til at gennemføre det, som du har lyst til?/Hvor stor del af tiden har dit helbred vanskeliggjort det at se andre mennesker de seneste 4 uger?

	Intervention		Kontrol		P-værdi [1]
	Antal patienter	%	Antal patienter	%	
Frisk til at gennemføre aktiviteter[2]					0,59
Ja, for det meste	47	34%	44	35%	
Ja, af og til	32	23%	35	28%	
Nej, næsten aldrig	59	43%	47	37%	
Helbred vanskeliggjort sociale kontakter[3]					0,92
På intet tidspunkt	108	76%	109	78%	
Kun lidt af tiden	10	7%	12	9%	
Noget af tiden	13	9%	11	8%	
Det meste af tiden	6	4%	5	4%	
Hele tiden	5	4%	3	2%	

[1] Chi²–test
[2] 10 interventionspatienter og 19 kontrolpatienter mangler oplysning om friskhed til at gennemføre aktiviteter
[3] 6 interventionspatienter og 5 kontrolpatienter mangler oplysning om helbred har vanskeliggjort kontakter

Der tegner sig ikke et entydigt billede af om patienterne har følt smerter eller ubehag inden for de sidste 4 uger, og der er heller ikke signifikant forskel på interventions- og kontrolpatienterne (tabel 4.16). De to patientgrupper oplever smerter og ubehag på forskellig måde. I interventionsgruppen oplever flere fx smerter og besvær med vejrtrækning end kontrolpatienterne. Dette svarer til, at lidt flere interventionspatienter er i behandling med smertestillende medicin og medicin mod astma og kronisk lungesygdom. Kontrolpatienterne oplever omvendt fx større ubehag med eksem end interventionspatienterne. På det overordnede spørgsmål om patienterne har følt smerter eller ubehag de sidste 4 uger, er der lidt flere interventionspatienter end kontrolpatienter, der har følt middelstærke eller stærke smerter. Forskellene er ikke signifikante.

En sammentælling af, hvor mange af de 14 ovennævnte symptomer patienterne har i hver af de to patientgrupper, viser ingen signifikante forskelle i forhold til antallet af de generende symptomer (p=0,42). 39% af interventionspatienterne og 41% af kontrolpatienterne er generet af 0-3 symptomer. 49% af interventionspatienterne og 50% af kontrolpatienterne er generet af 4-7 symptomer, mens 12% af interventionspatienterne og 8% af kontrolpatienterne er generet af 8 eller flere symptomer.

Tabel 4.16 Patienternes vurdering af smerter og ubehag de seneste 4 uger. 12. uge efter udskrivelse

	Intervention		Kontrol		P-værdi [1]
Smerter og ubehag	Antal patienter	%	Antal patienter	%	
Smerter i bevægeapparatet	100	69%	87	62%	0,19
Hovedpine	40	28%	32	23%	0,34
Hjertebanken	29	20%	27	19%	0,88
Nervøsitet/uro/angst	38	27%	33	24%	0,58
Søvnproblemer	47	33%	52	37%	0,40
Nedtrykthed	40	28%	40	29%	0,85
Træthed	87	61%	86	62%	0,6
Ondt i maven	24	17%	22	16%	0,85
Tynd/hård mave	59	41%	46	33%	0,16
Eksem	35	24%	45	32%	0,14
Forkølelse	26	18%	23	17%	0,74
Besvær med vejrtrækning	57	40%	44	32%	0,16
Svimmelhed	66	46%	66	47%	0,87
Generet af andet	10	7%	10	8%	0,92
Smerter de seneste 4 uger:					0,17
Ingen smerter	42	29%	54	39%	
Lette smerter	35	24%	38	27%	
Middelstærke	40	28%	26	19%	
Stærke smerter	26	18%	22	16%	

[1] Chi² test. Ved de enkelte spørgsmål mangler oplysninger for mellem 2-9 interventionspatienter og 2-12 kontrolpatienter

4.2.6 Funktionsevne og mobilitet

I 12. uge efter udskrivelsen er patienterne som ved inklusionen testet i Timed up and go. Resultatet af testen viser, at der ikke er forskel på interventions- og kontrolpatienterne. Lidt under halvdelen af patienterne i begge grupper gennemfører testen på under 20 sekunder (tabel 4.17). I forhold til testen ved baseline kan en lidt større andel af patienterne i begge grupper gennemføre testen på kortere tid 12 uger efter udskrivelsen, ligesom der er flere, der kan gennemføre testen (tabel 3.9 i afsnit 3.4.1.6).

Tabel 4.17 Timed up and go test i 12. uge efter udskrivelse[1]

	Intervention		Kontrol	
Tid	Antal patienter	%	Antal patienter	%
Under 20 sek.	63	43%	64	45%
20-30 sek.	27	18%	24	17%
Over 30 sek.	8	5%	7	5%
Kunne ikke udføre testen	49	33%	47	33%

p= 1,0 (Chi² test)

[1] Data mangler for 1 interventionspatient og 3 kontrolpatienter

I 12. uge efter udskrivelsen har patienterne vurderet deres evner i forhold til de seks funktionsevnespørgsmål, som også er besvaret ved baseline[24]. Lige som ved baseline[24] tegner der sig et billede af, at kontrolpatienterne har en bedre funktionsevne end interventionspatienterne, idet lidt flere patienter i kontrolgruppen svarer ja til, at de kan klare de forskellige aktiviteter (tabel 4.18).

Funktionsevnen er specielt for udendørs aktiviteter generelt dårligere 12 uger efter udskrivelse i forhold til baseline. En opgørelse på ændringerne i den enkelte patients angivelse ved udskrivelsen og 12 uger efter viser, at størstedelen af patienterne bibeholder den funktion, de angav ved udskrivelsen, men at der er mange patienter, der angiver en dårligere funktion for de udendørs aktiviteter og trappefunktion i 12. uge efter udskrivelsen (16-30% af patienterne) (bilag 9, tabel B9.17). Kun få angiver en bedre funktion.

Tabel 4.18 Funktionsevne i 12. uge efter udskrivelse

	Intervention		Kontrol		p-værdi [1]
Funktionsevne	Antal patienter [2]	%	Antal patienter [2]	%	
Rejse sig fra stol/seng	136	93%	139	98%	0,05
Gå omkring indendørs	132	91%	132	94%	0,3
Komme udendørs	119	82%	114	81%	0,89
Gå ude i godt vejr	61	42%	74	52%	0,08
Gå ude i dårligt vejr	37	25%	35	25%	0,9
Gå på trapper til 2. sal	70	48%	78	55%	0,2

[1] Chi² –test
[2] Ved de enkelte spørgsmål mangler oplysninger for mellem 0-2 interventionspatienter og 3-5 kontrolpatienter

Ligesom ved baseline er der udregnet en træthedsscore og afhængighedsscore for patienterne på baggrund af tillægsspørgsmålene "Bliver De træt?" og "Skal De have hjælp?", hvis patienten havde svaret ja til hovedspørgsmålene i de ovenstående funktionsevnespørgsmål[25]. Der er ikke fundet forskel på de to patientgrupper, hverken i forhold til træthed eller afhængighed.

Opgørelserne af patienternes trætheds- og afhængighedsscore ved 12. uge efter udskrivelsen er meget forskellige fra oplysningerne ved baseline. Ved 12. uge angiver patienterne i højere grad end ved baseline, at have behov for hjælp for at kunne udføre aktiviteterne, eller at de bliver trætte (tabel 3.10 i afsnit 3.4.1.6).

24 De seks spørgsmål udvalgt i samråd med Kirsten Avlund, på baggrund af afhandlingen "Måling af funktionsevne fra 70- til 75-års-alderen (se kapitel 2).

25 I begge scorer er det muligt at opnå fra 1-6 point. Der gives point, hvis patienten kan klare aktiviteten uden enten at blive træt eller skulle have hjælp. Hvis en patient opnår en høj skalaværdi betyder det, at patienten har en god funktion, mens en lav skalaværdi betyder, at patienten har en dårlig funktion (se endvidere afsnit 2.2.4.1).

Tabel 4.19 Samlet træthedsscore og afhængighedsscore 12 uger efter udskrivelsen

Samlet score	Træthed				Afhængighed			
	Intervention		Kontrol		Intervention		Kontrol	
	Antal patienter	%	Antal patienter	%	Antal patienter	%	Antal patienter	%
6	18	12%	17	12%	26	18%	26	18%
5	14	9%	18	12%	23	16%	32	22%
4	19	13%	14	10%	23	16%	16	11%
3	26	18%	30	21%	20	13%	22	15%
2	38	26%	39	27%	31	21%	32	22%
1	14	9%	5	3%	10	7%	6	4%
0	17	11%	19	13%	13	9%	8	6%
	p= 0,50 (Chi² test)				p= 0,63 (Chi² test)			

Anm.:Høj score betyder god funktion. Lav score betyder dårlig funktion.
Data mangler for 2 interventionspatienter og 3 kontrolpatienter.

4.3 Diskussion

4.3.1 Medikamentel behandling

Studiet finder signifikant bedre overensstemmelse mellem medicinoplysninger fra den praktiserende læge og fra patienten i interventionsgruppen i forhold til kontrolgruppen. Interventionen bevirker således, at den praktiserende læge får et bedre overblik over patientens medikamentelle behandling, som er en af forudsætningerne for en optimal lægemiddelbehandling. En vigtig del af opfølgningen består i at lave en medicinstatus for patienten, at vurdere det fortsatte behov og at koordinere og sikre enighed om behandlingen med patienten og hjemmesygeplejen, hvor denne er involveret i medicineringen. Endvidere indgår der en gennemgang af patientens medicinskab for at sike en dybdegående gennemgang af patientens brug af medicin.

De fundne andele af uoverensstemmelser i 12. uge efter udskrivelsen er høje i både kontrol- og interventionsgruppen, hvilket vidner om et fortsat stort potentiale for forbedring. Der er ikke fundet egentlige interventionsstudier, der undersøger om dette mål kan forbedres, men de høje andele bekræfter resultater fra tidligere undersøgelser, der har belyst problemets omfang (48-50). Oplysninger om graden af uoverensstemmelse varierer mellem undersøgelserne. Forskelle på opgørelsesmetoderne, hvilken medicin der indgår, og hvilke aldersgrupper der er inkluderet, gør undersøgelserne svære at sammenligne.

Andre danske undersøgelser refererer, at 36-55% af patienterne anvender medicin, som egen læge ikke er klar over, og at lægerne oplyser medicin, som patienten ikke anvender for 22-31% af patienterne (48-50). Tallene for denne undersøgelse er en del højere, idet 34-77% af patienterne oplyser flere lægemidler og 28-57% af patienterne oplyser færre, afhængig af om håndkøbslægemidler medtages, og om patienten har modtaget opfølgning. Ikke overraskende er andelen af uoverensstemmelser størst blandt håndkøbslægemidler,

som patienten selv kan købe uden en recept fra lægen. Der rapporteres i andre undersøgelser om uenighed om hvilken dosering lægemidlet tages i hos 40-71% af patienterne (48;49). Denne undersøgelse fandt uoverensstemmelser mellem 39-52% afhængig af om håndkøbslægemidler medtages, og patienten har modtaget opfølgning. De fundne forskelle i forhold til tidligere studier må antages at skyldes, at de tidligere undersøgelser omfatter yngre patienter, der får færre lægemidler end i denne undersøgelse, ligesom der i et af studierne er korrigeret for unøjagtigheder i lægens medicinjournal med 20%. Selvom denne intervention kun i nogen grad forbedrer lægens overblik over behandlingen, er den her gennemførte intervention et bidrag til at forbedre væsentlige forhold omkring den medicinske behandling.

Uoverensstemmelse mellem det lægeoplyste og patientoplyste medicinindtag kan have mange årsager. En væsentlig faktor er, at der er mange aktører, der kan være involveret i patientens samlede medicinering: Patientens egen praktiserende læge, praktiserende speciallæger, sygehuslæger og vagtlæger. Det giver risiko for manglende overblik og usikkerhed om, hvem der har det samlede ansvar for behandlingen. Det er ud fra de indsamlede medicinoplysninger fra patienten ofte ikke muligt at fastslå, om en given medicin er ordineret af en anden læge end patientens egen praktiserende læge, hvor den praktiserende læge derfor ikke nødvendigvis har kendskab til medicinen. Omkring halvdelen af patienterne har oplyst at have fået medicin fra flere forskellige læger, hvilket bidrager til lægens manglende overblik. I denne undersøgelse er alle lægemidler medtaget uanset om de er ordineret af egen læge eller ej.

En anden faktor er, at patienten af bevidste eller ubevidste grunde ikke følger den ordinerede behandling (manglende compliance). 6-11% af patienterne i projektet oplyser, at de indimellem tager en anden mængde end aftalt. Typisk undlades medicinen, eller der tages mindre. Kun få patienter oplyser at glemme deres medicin. Disse tal er lavere end i en tidligere undersøgelse, hvor 24% af 75-årige angav ind imellem at afvige fra den ordinerede behandling (48). Andelen af patienter, der ikke følger lægens anvisning, kan dog være underestimeret, idet materialet baseres på patientens hukommelse (recall bias) og vilje til at videregive personlige oplysninger om manglende compliance (96). Det er tidligere estimeret, at non-compliante patienter kun identificeres af størrelsesordenen 25-50% ved interviews (96). De fremkomne resultater skal tolkes med dette forbehold. Ved opfølgningsbesøgene og de efterfølgende kontakter rapporterede de praktiserende læger afvigelser fra ordineret behandling for ca. 20% af patienterne.

Uoverensstemmelser kan også skyldes, at lægens ændringer og meddelelser om andre lægers ændringer ikke bliver ajourført i den praktiserende lægens medicinkort i patientjournalen på trods af at oplysningerne er tilgået lægen. Det er således set i en del tilfælde, at lægen ikke har noteret aktuel behandling ind i eget journalsystem i forbindelse med opfølgningsbesøgene. Endvidere kan der være problemer med at registrere lægemidler som seponeret i

journalsystemerne, da dette ikke sker automatisk. Det er dog dette grundlag, som lægerne anvender som udgangspunkt i forbindelse med patientens behandling, og må derfor anses som det relevante grundlag at opgøre på.

Det forventes, at der i fremtiden vil blive et langt bedre grundlag med en fælles elektronisk oversigt over patientens medikamentelle behandling, som kan deles mellem sygehus, almen praksis, speciallæger, hjemmeplejen i kommunerne og patienterne. Læger, patienter og apoteker (efter accept fra patienten) har siden 2004 haft mulighed for adgang til at logge på en elektronisk oversigt over den medicin, som patienten har købt på apoteket (medicinprofilen.dk). Systemet kan dog ikke tilgås direkte fra lægernes journalsystemer. Der er i øjeblikket et udviklingsarbejde i gang, der sigter mod at udvide den elektroniske medicinprofil, således at fx sygehusene automatisk kan indberette udskrivningsmedicin til systemet, samtidig med at det sigtes mod, at oplysningerne bliver tilgængelige i de forskellige sundhedsfaglige aktøreres egne journalsystemer. Dette vil i væsentlig grad optimere forudsætningerne for gennemskuelighed i patientens medicinering fx før og efter en indlæggelse. Endvidere vil et fælles datagrundlag kunne bidrage til at sikre, at lægen og hjemmesygeplejen har fælles oplysninger om den medicin, som er ordineret til patienten. Ved de opfølgende besøg blev der ved ca. 30% af besøgene ikke fundet fuld overensstemmelse mellem epikrisen og en eventuel medicinliste til patienten eller hjemmeplejen, så behovet er tydeligt. Selvom et fremtidigt system vil kunne sikre en bedre overensstemmelse mellem aktørernes kendskab til hvilken medicin, der er ordineret, anses det stadig for at være vigtigt, at der sker en koordinering og stillingtagen til patientens videre behandling, hvor patienten og dennes hjælpere involveres.

Det er i høj grad relevant at se på, i hvilket omfang uoverensstemmelserne medfører en potentiel risiko for patienten. Dette projekt har ikke haft til formål at foretage en klinisk vurdering af betydningen af de enkelte uoverensstemmelser, og det må antages, at antallet af klinisk betydende uoverensstemmelser er i samme størrelsesorden som tidligere undersøgelser. Der foreligger enkelte danske undersøgelser, der har set på relevansen af uoverensstemmelser mellem lægens oplysning om patientens medicinbrug, og den medicin som patienten oplyser at tage. Der er således fundet klinisk betydende uoverensstemmelser af størrelsesordenen 13-40% (48-50). I en undersøgelse fra Roskilde blev 13% af uoverensstemmelserne mellem patient og egen læge en måned efter udskrivelse vurderet som potentielt alvorlige og sandsynlige. Tilsvarende bredde i andelen af klinisk betydende uoverensstemmelser (11-59%) er fundet i opgørelser af medicinoversigter på sygehuset i forbindelse med indlæggelse (58).

Ved 12 uge anvender interventionspatienterne signifikant flere lægemidler end kontrolpatienterne. Samtidig har lægerne rapporteret at have foretaget flere ændringer i den medicinske behandling for interventionspatienterne. Det er i rapporteringerne ikke oplyst, hvilke typer af ændringer, der er foretaget, men det øgede fokus på den medikamentelle behandling kan have

bidraget til at patienterne er sat i behandling med flere lægemidler. Flere interventionspatienter var ved inklusionen indlagt med en hjerte-kar diagnose, som ofte skal behandles med flere forskellige typer lægemidler. Det kunne derfor forventes, at interventionspatienterne også ved baseline havde et højere forbrug. Der er en retning i data, der tyder på dette, men der er ikke påvist signifikant forskel i antal lægemidler i det sygehusrapporterede lægemiddelforbrug (epikrisen). Det kan dog ikke udelukkes, at der er en vis underrapportering af, hvilke lægemidler patienten anvender i epikrisen. Tidligere undersøgelser har vist en underrapportering (61), men dette må forventes at gælde både interventions- og kontrolgruppen.

Det bemærkes, at kun få patienter er i tvivl om deres medicin, og at en mindre del selv angiver at tage medicinen anderledes, end det er aftalt med lægen eller hjemmesygeplejersken. Dette skal ses i forhold til, at en stor del af patienterne får hjælp til at tage medicinen i form af, at medicinen dosisophældes eller dosispakkes på apotek (60-70%), og 1/4 får fast hjælp til indtagelsen. Substitution af medicin på apoteket til billigere produkter med samme indholdsstof (synonymer) angives ofte i den offentlige debat at være et problem, som kan give anledning til forvirring og fejlmedicinering. Dette kan ikke bekræftes for denne undersøgelsespopulation, idet kun et mindre antal patienter oplever det, at samme medicin kan have forskellige navne som et stort problem (5%). En stor del af patienterne får dog i forvejen hjælp til indtagelsen af deres medicin. Der er ikke fundet uhensigtsmæssig dobbeltmedicinering med lægemidler med samme indholdsstof.

4.3.2 Effektuering af behandlingsplan i epikrise

Epikriser til tiden har i mange år været et politisk prioriteret indsatsområde. En forudsætning for en sikker opfølgning er, at epikrisen ud over resumé af indlæggelsen også indeholder en fremadrettet plan for opfølgning samt at epikrisen kommer ud hurtigt efter patienten er udskrevet. Der er udarbejdet nationale anbefalinger til, hvad "den gode epikrise" bør indeholde (www.dgma.dk) En auditundersøgelse publiceret i 2005 har fundet, at det af 81% af epikriserne fra de medicinske afdelinger, der var tilmeldt audit'en, i tilfredsstillende grad fremgik, om der er var behov for opfølgning (97). I denne undersøgelse var der angivet en specifik anbefaling om opfølgning i 63% af epikriserne. Det er ikke undersøgt, hvorvidt det er anført i epikriserne, hvis der ikke er et behov for opfølgning. Undersøgelser, der viser omfanget af udført opfølgning på anbefalinger i epikriser, er ikke fundet beskrevet.

Opgørelsen baseres på udsagn fra lægerne om hvorvidt opfølgning er foretaget, og baseres derfor ikke på objektive data. Det kan derfor ikke udelukkes, at der generelt kan være en overestimering af graden af fuldførelse. Omvendt kan angivelse af manglende fuldførelse skyldes, at der ikke er fulgt op på anbefalingen, men også at lægen ikke er enig i sygehusets anbefalinger, og derfor ikke har udført anbefalingen.

4.3.3 Genindlæggelser

Undersøgelsen har vist, at den øgede opfølgning kan nedsætte hyppigheden af efterfølgende indlæggelser opgjort i en 26 ugers periode efter udskrivelsen. Dette er overenstemmende med tidligere undersøgelser, der har beskæftiget sig med opfølgning efter udskrivelse (7;8;10;20-23;25-28;98). Her er det primært indsatser, som er udgået fra sygehuset, der er undersøgt. Denne undersøgelse, der gennemføres af det allerede eksisterende personale i primærsektoren, har vist en effekt af tilsvarende størrelsesorden. I perioden 26 uger efter udskrivelsen blev 52% i kontrolgruppen mod 40% i interventionsgruppen genindlagt minimum 1 gang.

Indsats via geriatriske teams har i en dansk undersøgelse fra Glostrup reduceret hyppigheden af genindlæggelser inden for 24 uger efter udskrivelse fra 62% i kontrolgruppen til 44% i gruppen der fik besøg af teamet (7). Et andet dansk studie fra Bispebjerg undersøgte effekten af forbedret opfølgning efter udskrivelse af apopleksipatienter ved enten hospitalslæge eller fysioterapeut. Her blev fundet et fald i hyppigheden af genindlæggelser inden for 6 måneder fra 44% i kontrolgruppen til henholdsvis 26% og 34% i de to interventionsgrupper (10). En ældre undersøgelse fra Roskilde, der afprøvede effekten af én opfølgning af praktiserende læge samtidig med at patienten fik besøg af en hjemmesygeplejerske dagen efter hjemkomst, fandt ingen effekt på hyppigheden af efterfølgende indlæggelser, men fandt et reduceret antal indflytninger på plejehjem (9). Senest viser et projekt i Gentofte med følge-hjem ordning ved sygehusets personale også en positiv effekt på antallet af efterfølgende indlæggelser (99). Internationale studier har også fundet mulighed for reduktion i hyppigheden af genindlæggelser ved øget indsats primært ved udrykkende teams eller udrykkende specialiseret sygeplejerske (8;21;22;26-28). Denne undersøgelse synes derfor at bekræfte, at øget opfølgning kan bidrage til en reduceret indlæggelseshyppighed.

4.3.4 Dødelighed

Der ses i data en retning mod, at flere kontrolpatienter end interventionspatienter dør i perioden. Patientgruppen er for lille til at kunne opgøre en eventuel statistisk forskel. Tidligere undersøgelser har generelt heller ikke kunnet påvise signifikant effekt på dødelighed (21;22;26;100;101).

4.3.5 Helbredsstatus og funktionsevne

Interventionen synes ikke at kunne påvirke patienternes helbredsstatus eller funktionsevne. Denne intervention inddrager fokus på forebyggelse af funktionsevnetab i kraft af, at behov for genoptræning og hjælp fra kommunen skulle vurderes ved opfølgningerne. Da indsatsen ikke følges op over længere tid, og effekten måles efter en kort opfølgningsperiode, kan der ifølge litteraturen ikke forventes en positiv gevinst på dette område (8;32). Der er dog ikke vist entydige resultater i forhold til påvirkning af helbred og funktionsevne på indsatser med øget opfølgning (22).

4.4 Kapitelsammenfatning

Den øgede opfølgning ved praktiserende læge og hjemmesygepleje til ældre efter udskrivelse fra sygehus har bevirket, at den praktiserende læge har fået et bedre overblik over patientens medicinske behandling, at der bliver fulgt bedre op på anbefalingerne i epikrisen, og signifikant færre interventionspatienter bliver indlagt efter udskrivelsen i forhold til kontrolpatienterne. Interventionen kan ikke vise at have nogen effekt på patienternes selvvurderede helbred og funktionsevne.

Der er signifikant færre patienter i interventionsgruppen, hvor der er uoverensstemmelse mellem, hvad patientens læge oplyser, at patienten aktuelt er i behandling med, og det patientoplyste medicinindtag. Det kan konkluderes, at den øgede opfølgning kan bidrage til, at der bliver bedre styr på hvilken medicin patienten indtager. Der er dog stadig en meget stor uoverensstemmelse: For 64% af interventionspatienterne og 77% af kontrolpatienterne tager patienten flere lægemidler end lægen har kendskab til, og for 44% hhv. 57% oplyser patienten færre lægemidler end lægen. Afgrænses til den receptpligtige medicin er afvigelserne mindre, 34% af interventionspatienterne hhv. 48% af kontrolpatienterne tager flere lægemidler end lægen har kendskab til og 28% hhv. 39% af patienterne tager ikke al den medicin som lægen oplyser. I alt forekommer uoverensstemmelser hos 76% af interventionspatienterne og hos 91% af kontrolpatienterne. For den receptpligtige medicin er der uoverensstemmelser for 51% af interventionspatienterne og 65% af kontrolpatienterne. Andelen af uoverensstemmelser er, som det er fundet i andre beskrivende studier, således høj. Omkring halvdelen af patienterne får udskrevet medicin af flere læger, hvilket bidrager til at svække den praktiserende læges mulighed at få et sikkert overblik over patientens medicin.

Der er generelt ingen forskel mellem interventions-og kontrolgruppens selvrapporterede compliance. Ifølge patienterne er deres efterlevelse af den ordinerede behandling meget høj. 8-11% af patienterne angiver, at de en eller flere gange om måneden glemmer at tage deres medicin, og 6-11% angiver indimellem at tage en anden mængde end aftalt, typisk mindre. Dette forhold skal ses i relation til, at hovedparten, ca. 70% af interventionspatienterne og 60% af kontrolpatienterne, enten får deres medicin ophældt i doseringsæske eller dosispakket på apotek.

Interventionen viser, at den praktiserende læge i højere grad får fulgt op på anbefalingerne i epikrisen hvad angår klinisk kontrol og kontrol af paraklinisk fund (laboratorieanalyser mm.). Inden for de 4 områder, der blev spurgt ind til (medicin, paraklinisk kontrol, klinisk kontrol og anden anbefaling) blev opfølgningerne fuldført for 77-95% af interventionspatienterne og 50-80% af kontrolpatienterne, hvor det var anbefalet. Anbefaling om opfølgning er givet for 63% af patienterne. I forhold til de anbefalinger som sygehuset giver om ændring/kontrol af medicin, er der ingen forskel mel-

lem grupperne, men de praktiserende læger har foretaget signifikant flere ændringer i medicinen hos de patienter, der modtager opfølgningen. Ændringer er således foretaget hos 59% af interventionspatienterne mod 44% af kontrolpatienterne.

Som en del af interventionen gennemgik lægen og hjemmesygeplejen udover patientens aktuelle medicinindtag også patienternes medicinskab ved det første opfølgningsbesøg. Her valgte de hos 35% af patienterne at fjerne et eller flere lægemidler fra patientens hjem. 29% af patienterne havde ingen medicin stående ud over den, de aktuelt var i behandling med.

Opfølgningen synes at have bevirket, at interventionspatienterne bruger signifikant mere medicin end kontrolpatienterne opgjort i 12. uge efter udskrivelsen. Det mediane antal anvendte lægemidler er 7 i interventionsgruppen og 6 i kontrolgruppen. Forskellen kan også være påvirket af, at en større andel af interventionspatienterne ved udskrivelsen havde hjerte-kredsløbssygdomme, som gennemsnitligt behandles med flere typer medicin i forhold til andre sygdomsgrupper.

Den øgede opfølgning har vist at medføre, at signifikant færre patienter i interventionsgruppen efterfølgende bliver indlagt i forhold til kontrolgruppen, og at der går længere tid efter udskrivelsen til den næste indlæggelse. Således har 40% af interventionspatienterne og 52% af kontrolpatienterne været indlagt mindst en gang i en halvårs periode efter udskrivelsen, hvor den øgede opfølgning startede. Det mediane antal dage til 1. indlæggelse er 49 dage for interventionspatienterne og 39 dage for kontrolpatienterne. Samlet set er der en stærk tendens til at det samlede antal indlæggelsesdage reduceres. Studiet underbygger de fund, som er gjort i tidligere studier, der har fokuseret på øget opfølgning i forbindelse med udskrivelsessituationen.

Der kan ud fra det foreliggende datamateriale ikke konkluderes noget om, hvorvidt der er effekt af interventionen på dødelighed. I alt 12% af kontrolpatienterne og 9% af interventionspatienterne dør inden for et halvt år efter udskrivelsen. Endvidere har interventionen ikke ændret på patienternes selvvurderede helbred eller funktionsevne.

5 Patientperspektiv

Et af delmålene i projektet var at undersøge, om interventionen kan bidrage til at forbedre den patientoplevede tilfredshed i et udskrivelses- og efterbehandlingsforløb. I dette kapitel fremlægges resultaterne af patienternes vurderinger, oplevelser, tvivl og tilfredshed med sygehus, hjemmepleje og egen praktiserende læge.

5.1 Metode

Data vedrørende patienternes tilfredshed og oplevelser med forholdene omkring udskrivelsesforløbet blev indsamlet ved strukturerede interviews i survey-form i patienternes hjem i 12. uge efter udskrivelsen. Interviewene foregik efter et spørgeskema med faste svarkategorier (bilag 3), hvor en projektmedarbejder udfyldte spørgeskemaet i overensstemmelse med patienternes svar (se kapitel 2). Der var i skemaet mulighed for at uddybe svarene. En mere kvalitativ tilgang til belysning af patienternes oplevelser kunne formentlig have belyst oplevede problemstillinger mere i dybden, men kan være vanskelig at applicere i forhold til at skulle belyse forskelle mellem to patientgrupper. En mere kvantitativ tilgang blev derfor valgt i studiet.

Patienterne blev i interviewet bedt om at vurdere hjælp og ydelser fra henholdsvis den kommunale hjemmepleje og egen praktiserende læge i forbindelse med udskrivelsen. Derudover skulle patienterne vurdere samarbejdet mellem sygehus og hjemmepleje i udskrivelsesforløbet, samt det samlede indlæggelses- og efterbehandlingsforløb. Endvidere blev patienterne spurgt om, hvorvidt de havde været i tvivl efter udskrivelsen i forhold til medicin, genoptræning, efterfølgende kontrol og undersøgelser.

5.2 Resultater

Analysen viser, at der er en signifikant forskel i de to patientgruppers vurdering af, hvordan patientens egen praktiserende læge var orienteret i forhold til patientens udskrivelse. Interventionspatienterne finder, at deres praktiserende læger er bedre orienteret om patientens indlæggelse end kontrolgruppens. Derudover er der ikke fundet signifikante forskelle mellem interventions- og kontrolpatienternes oplevelser i forbindelse med udskrivelsesforløbet.

I det følgende vises resultaterne af patientvurderingerne i forhold til tre undertemaer: 1) Indsats fra hjemmeplejen, 2) Indsats fra egen praktiserende læge og 3) Det samlede indlæggelses- og efterbehandlingsforløb.

5.2.1 Patientvurdering af indsats fra hjemmepleje

83% af interventionspatienterne modtager 12 uger efter udskrivelsen fra sygehuset hjælp fra hjemmeplejen (incl. hjemmesygepleje), mens det samme gælder for 76% af kontrolpatienterne (p=0,12).

66% af de kontrolpatienter, der angiver at modtage hjælp fra hjemmeplejen, oplever denne hjælp som *fuldt tilstrækkelig*, mens det samme gælder for 60% af interventionspatienterne (tabel 5.1). Kontrolpatienterne angiver således en højere tilfredshedsscore end interventionspatienterne, men samtidig er der lidt flere patienter i kontrolgruppen (14%) end i interventionsgruppen (9%), der oplever, at hjælpen er utilstrækkelig.

Tabel 5.1 Vurdering af tildelt hjælp fra hjemmepleje[1]

	Intervention		**Kontrol**	
	Antal patienter	%	Antal patienter	%
Kan ikke vurdere	2	.	1	.
Fuldt tilstrækkelig	72	60%	71	66%
Acceptabel	38	31%	22	20%
Utilstrækkelig	11	9%	15	14%

p=0,12 (Chi² -test)

[1] 123 (83%) interventionspatienter og 109 (76%) kontrolpatienter angiver at modtage hjælp fra hjemmeplejen (p=0,12).

Der er ikke forskel mellem interventions- og kontrolgruppen på spørgsmålet om, hvorvidt patienterne har været i tvivl om den hjælp og de hjælpemidler, de kan få tildelt efter udskrivelsen. I begge grupper er langt størstedelen af patienterne ikke i tvivl. Andelen af patienter, der er i tvivl, er i begge patientgrupper ca. 10% (p=0,86).

Størstedelen af patienterne i begge grupper vurderer samarbejdet mellem sygehus og hjemmeplejen i forbindelse med udskrivelsen som enten *virkelig godt* eller *godt* (tabel 5.2). Der er dog tendens til, at interventionspatienterne vurderer samarbejdet mellem sygehus og hjemmepleje dårligere end kontrolpatienterne.

Tabel 5.2 Vurdering af samarbejde mellem sygehus og hjemmepleje

	Intervention		**Kontrol**	
Vurdering	Antal patienter	%	Antal patienter	%
uoplyst/kan ikke vurdere	61	.	76	.
Virkelig godt	22	25%	25	36%
Godt	53	61%	40	58%
Dårligt	10	11%	2	3%
Virkelig dårligt	2	2%	2	3%

p=0,12 (Chi² -test)

Størstedelen af patienternes kommentarer til samarbejdet mellem sygehus og hjemmepleje omhandler en oplevelse af, at hjemmeplejen ikke var orienteret om patientens udskrivelse og tidspunkt for hjemkomst. Andre kommentarer går på, at overdragelsen mellem sygehus og hjemmepleje ikke er organiseret godt nok, så madordning og de nødvendige hjælpemidler og hjælp ikke er koordineret. Det omhandler således primært forhold, som er

umiddelbart tilknyttet hjemkomsten, og således ikke kan forventes forbedret ved interventionen, der først sætter ind ca. 1 uge efter.

Resultaterne af patienternes vurdering af hjemmeplejen viser, at interventionen ikke har ændret på patienternes tilfredshed eller oplevelser med hjemmeplejen og samarbejdet mellem sygehus og hjemmepleje. Dette resultat kan muligvis forklares ved, at hjemmehjælp og -pleje i forvejen gives til en stor del af patienterne. At hjemmeplejen aflægger enkelte ekstra besøg i et hjem, hvor de typisk kommer i forvejen, kan ikke nødvendigvis forventes at kunne give en målbar forskel i patienternes oplevelse i forhold til de eksisterende rutiner. Hjemmesygeplejen deltager i dette projekt således i langt de fleste tilfælde kun ved det første opfølgende besøg (afsnit 3.5).

5.2.2 Patientvurdering af indsats fra praktiserende læge

Patientvurderingen af den praktiserende læge baseres på to spørgsmål. Patienterne blev for det første bedt om at vurdere, hvordan deres egen læge var orienteret om indlæggelsen, og for det andet blev de bedt om at forholde sig til, hvorvidt de alt i alt er tilfredse med den støtte og hjælp, de får fra deres egen læge.

Der er en signifikant forskel på graden af patienternes vurdering i forhold til hvor godt lægen er orienteret om indlæggelsen, når man sammenligner interventions- og kontrolpatienternes tilfredshedsvurdering (tabel 5.3). Der er signifikant flere interventionspatienter, der vurderer egen læges orientering som virkelig god. Nogenlunde lige mange (11-13%) i interventions- og kontrolgruppen finder dog, at lægen er dårligt eller virkelig dårligt orienteret.

Tabel 5.3 Vurdering af egen læges orientering om indlæggelsen

	Intervention		**Kontrol**	
	Antal patienter	%	Antal patienter	%
Kan ikke vurdere	55	.	83	.
Virkelig god	39	42%	10	16%
God	44	47%	44	71%
Dårlig	7	8%	5	8%
Virkelig dårlig	3	3%	3	5%

p=0,011 (Monte Carlo Estimate for the Exact Test)

De patienter, der svarer, at lægen er dårligt orienteret, angiver oftest som begrundelse, at lægen på det første opfølgningsbesøg ikke havde modtaget epikrisen fra sygehuset, eller at lægen ikke havde fået besked om udskrivelsen.

Interventionspatienternes tilfredshed med støtte og hjælp fra egen læge ligger lidt højere end kontrolpatienternes. 93% af interventionspatienterne og 89% af kontrolpatienterne angiver at være tilfredse med den støtte og hjælp, de får fra egen læge. Resultatet er ikke signifikant (p=0,34).

Svarene viser, at der er en tendens til, at interventionen har positiv betydning i forhold til patienternes oplevelse af lægens indsats og viden i forbindelse med et indlæggelses- og udskrivelsesforløb.

5.2.3 Patientvurdering af det samlede forløb

Størstedelen af patienterne i begge patientgrupper oplevede tilrettelæggelsen af det samlede forløb som *virkelig godt* eller *godt*. 13-14% af patienterne oplevede dog det samlede forløb som dårligt (tabel 5.4).

Tabel 5.4 Vurdering af det samlede forløb

	Intervention		**Kontrol**	
	Antal patienter	%	Antal patienter	%
Kan ikke vurdere	55	.	68	.
Virkelig godt	16	17%	11	14%
Godt	65	70%	54	70%
Dårligt	12	13%	11	14%
Virkelig dårligt	0	0%	1	1%

p=0,78 (Monte Carlo Estimate for the Exact Test)

Patienternes kommentarer til oplevelsen af det samlede forløb knytter sig alle til opholdet på sygehuset. Patienternes kritik kan overordnet samles i to punkter. Det ene kritikpunkt omhandler patienternes oplevelse af personalets attitude og tone. Flere kommenterer, at de oplever personalet som uinteresseret, uvenlige og ikke-hjælpsomme. Det andet kritikpunkt omhandler mængden og omfanget af hjælp til patienterne. Flere oplevede, at de ikke fik tilstrækkelig hjælp, mens de var indlagt.

Der er ikke fundet forskelle mellem interventions- og kontrolpatienternes oplevelse af det samlede forløb i forbindelse med udskrivelsen.

5.2.4 Patientoplevet tvivl efter udskrivelse

I undersøgelsen blev patienterne bedt om at vurdere, hvorvidt de efter udskrivelsen havde været i tvivl om deres medicin, genoptræning, efterfølgende kontrol/undersøgelse eller andre forhold.

De to patientgrupper er generelt meget ens med hensyn til tvivlsspørgsmål efter udskrivelsen. En samlet analyse viser, at lige mange interventions- og kontrolpatienterne har været i tvivl om et af de fire ovenstående punkter (tabel 5.5). Interventionen har således ikke haft indflydelse på, hvorvidt patienterne oplever at være i tvivl om medicin, genoptræning, efterfølgende kontrol/undersøgelse eller andet efter udskrivelsen.

Tabel 5.5 Tvivl ved udskrivelsen[1]

	Intervention		Kontrol		P-værdi [2]
	Antal patienter [1]	%	Antal patienter [1]	%	
Angivet at være i tvivl om et eller flere af nedenstående 4 emner	35	27%	34	28%	0,87
Medicin	19	14%	18	14%	0,99
Genoptræning	16	12%	11	9%	0,37
Efterfølgende kontrol eller undersøgelse	7	5%	6	5%	0,83
Andet	4	3%	5	4%	0,70

[1] Mellem 8 og 17 interventionspatienter og mellem 13 og 22 kontrolpatienter kan for de enkelte spøgsmål ikke vurdere om de har været i tvivl

[2] Chi²-test

Patienternes kommentarer til spørgsmålet om, hvilke forhold de har været i tvivl om efter udskrivelsen, er forskellige, men overordnet er billedet, at patienterne bliver i tvivl, hvis de oplever manglende eller sparsom information om fx behandling, kontrol, genoptræning eller praktisk hjælp.

5.3 Diskussion

Patienttilfredshedsmålinger foretages efterhånden i et stort omfang og bruges som et redskab til kvalitetsvurdering og til at sammenligne og identificere forskelle i patientoplevelser på sygehusene (1;5;34). Patienterne oplever som de eneste det samlede forløb i forbindelse med undersøgelser, behandling og pleje. De besidder derfor vigtige erfaringer dels i forhold til oplevelser omkring de enkelte aspekter i det samlede forløb, og dels i forhold til samarbejdet i primærsektoren mellem de praktiserende læger og den kommunale hjemmepleje og mellem primærsektoren og sygehuset (102). Tilfredshed er imidlertid et svært begreb at definere, og ofte anvendes andre lige så usikkert definerede begreber til at beskrive eller tydeliggøre tilfredshedsbegrebet. Et eksempel på dette er begrebet forventninger, der ofte anvendes uden at præcisere betydningen, fx om der er tale om "det patienten ønsker, vil ske", "det patienten tror, vil ske" eller "det patienten mener burde ske" (102). I indsamlingen af patienttilfredshedsdata i denne undersøgelse er der benyttet et udvalg af validerede spørgsmål, som også anvendes i den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse og det tidligere Københavns Amts patienttilfredshedsundersøgelse. I projektet er kvaliteten af udsagnene søgt bedret ved, at en medarbejder har stillet spørgsmålene personligt, så der har været mulighed for at afklare indholdet af spørgsmålene.

I forhold til interventionspatienternes tilfredshedsvurdering synes interventionen primært at påvirke patienternes vurdering af egen læge, idet en signifikant større andel finder, at egen læges orientering om indlæggelsen er virkelig god i forhold til kontrolpatienterne. Der ses ikke nogen forskel i forhold til patienternes tilfredshed eller oplevelser med hjemmeplejen og samarbejdet mellem sygehus og hjemmepleje i forbindelse med udskrivel-

sesforløbet. Det skal ses i forhold til, at hjemmeplejen kun har aflagt få ekstra besøg i et hjem, hvor de typisk kommer i forvejen. I forhold til den tildelte hjælp fra hjemmeplejen er der en tendens til forskel mellem grupperne, idet nogle af kontrolpatienterne er mere tilfredse (hjælpen er *fuld tilstrækkelig 66% vs. 60%)*, men samtidig er andre mere utilfredse (hjælpen er *utilstrækkelig 14% vs. 9%).* Lige mange procent i de to grupper er i tvivl om den hjælp og de hjælpemidler, de kan få tildelt efter udskrivelsen. Der kan således ikke vises nogle forskelle i forhold til patienternes tilfredshed med kommunens ydelser.

I Københavns Amt er undersøgelser af patientoplevelser gennemført hvert andet år, og seneste opgørelse er foretaget i 2005[26]. I det følgende sammenlignes nogle af resultaterne af nærværende undersøgelse med resultaterne af den amtslige opgørelse. Der sammenlignes resultater vedrørende patienternes vurdering af 1) samarbejdet mellem den kommunale hjemmepleje og sygehuset, 2) egen læges orientering om patientens udskrivelse fra sygehuset og 3) det samlede indtryk af indlæggelsen på sygehuset. Der eksisterer ikke data fra befolkningsundersøgelserne opdelt på den ældre aldersgruppe, og det er således det samlede patientindtryk i amtet, der sammenlignes med populationen i projektet, der består af ældre på 78 år og derover.

Patienterne vurderer i projektet samarbejdet mellem den kommunale hjemmepleje og sygehuset bedre end den generelle vurdering. Hvis man skelner mellem godt (*virkelig godt eller godt*) eller dårligt (*virkelig dårligt eller dårligt*), viser amtsresultatet, at 20% af patienterne vurderer samarbejdet dårligt, mens det samme gælder for 13% af interventionspatienterne og 6% af kontrolpatienterne.

Sammenlignes patienternes vurdering af egen læges orientering om patientens indlæggelse på sygehuset med den amtslige undersøgelse, vurderer patientgruppen i denne undersøgelse, at egen læge er bedre orienteret end gennemsnittet i amtet. 26% af patienterne i amtet vurderer samarbejdet dårligt (*virkelig dårligt eller dårligt*), mens det samme gælder for 11% af interventionspatienterne og 13% af kontrolpatienterne. I den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse fra 2004 findes en aldersopdelt vurdering af dette spørgsmål. Her vurderer 16% af patienterne på 60 år og derover orienteringen af egen læge som dårlig eller virkelig dårlig (1).

Forskellene i forhold til de generelle amtsundersøgelser, der også dækker en yngre population er i overensstemmelse med, at ældre ved tilfredshedsundersøgelser generelt svarer mere positivt end yngre (1).

I den amtslige tilfredshedsundersøgelse bedes patienterne om at vurdere det samlede indtryk af indlæggelsen på sygehuset. I denne undersøgelse bedes patienterne om at vurdere det samlede forløb før, under og efter indlæggelsen. De to undersøgelser måler således ikke på det samme. Idet patienterne ved spørgsmålet oftest lagde mest vægt på de oplevelser, som de havde

26 Københavns Amts undersøgelse af patienters oplevelser fra 2005 baseres på 5.719 interviews med patienter via telefonen. Patienterne var udskrevet fra en sygehusafdeling i Københavns Amt i perioden maj til august 2005 (34).

haft på sygehuset, og i mindre grad den efterfølgende tid, er tallene alligevel sammenholdt. I den amtslige undersøgelse er der flere end i denne undersøgelse, der vurderer det samlede indtryk som *virkelig godt*, men hvis man sammenligner andelen af patienter, der svarer godt (*virkelig godt eller godt*) eller dårligt (*virkelig dårligt eller dårligt*), viser amtsresultatet, at 13% af patienterne vurderer samarbejdet dårligt, mens det samme gælder for 13-15% af patienterne i undersøgelsen. Det samlede indtryk synes således ikke at blive ændret, når tiden før, under og efter indlæggelsen medtages i vurderingen, men der kan på dette spørgsmål ikke genfindes en aldersbetinget mere positiv vurdering.

Det skal bemærkes, at der er en større andel af patienterne, der har svært ved at give en vurdering af de stillede spørgsmål og derfor ikke har besvaret spørgsmålene. Baggrunden for dette skal findes i, at der spørges til forhold, som er sket tilbage i tiden, hvor det for patientpopulationen er svært at huske tilbage. For spørgsmål, hvor patienten bliver bedt om at tage stilling til en aktuel situation er svarprocenten højere. Teoretisk kan det tænkes, at patienter, der ikke kan huske tilbage i tiden kan have andre præferencer end patienter med en god hukommelse, som derfor kan influere på fordelingen af tilfredsheden. Størrelsesordenen af manglende svar er nogenlunde ligeligt fordelt i interventions- og kontrolgruppen, og forventes derfor ikke at påvirke forskellene mellem grupperne væsentligt. Andelene af patienter, der ikke kan svare på spørgsmålene, er af samme størrelsesorden eller lavere (37%-57%) som tilsvarende andele i de amtslige undersøgelser (51%-78%).

5.4 Kapitelsammenfatning

Resultaterne af patienternes vurdering og tilfredshed med sygehus, hjemmepleje og egen praktiserende læge i indlæggelses- og efterbehandlingsforløbet viser små og hovedsagelig ikke-signifikante forskelle mellem interventions- og kontrolpatienter.

I patienternes vurdering af, hvordan egen læge var orienteret om indlæggelsen, angiver en signifikant større andel af interventionspatienterne (42%) i forhold til kontrolpatienterne (16%), at deres egen læge var *virkelig godt* orienteret.

Der findes ikke forskelle mellem interventions- og kontrolpatienternes oplevelse af det samlede forløb i forbindelse med udskrivelsen. Der er endvidere ingen forskel på, hvorvidt patienterne oplever at være i tvivl om medicin, genoptræning, efterfølgende kontrol/undersøgelse eller andet efter udskrivelsen. Interventionen har heller ikke ændret på patienternes tilfredshed eller oplevelser i forhold til hjemmeplejen og samarbejdet mellem sygehus og hjemmepleje.

Sammenholdes resultaterne af patienternes vurderinger af sygehus, hjemmepleje og egen praktiserende læge i udskrivelsesforløbet, kan det kon-

kluderes, at interventionen i en vis grad forbedrer patienternes oplevelse af egen læges indsats og viden i forbindelse med et udskrivelsesforløb, mens der ikke er registrerbare forandringer i forhold til hjemmeplejen. Dette er i god overensstemmelse med, at den ekstra indsats i projektet især er tillagt den praktiserende læge. For flere spørgsmåls vedkommende er kontrolgruppens tilfredshed bedre end ved de amtslige patienttilfredshedsundersøgelser, hvilket har efterladt et begrænset forbedringspotentiale for interventionen.

6 Organisation

Et af formålene med projektet er at belyse, i hvilket omfang den valgte model for opfølgning af ældre patienter efter udskrivelse fra sygehus er implementerbar i forhold til de nuværende sundhedsfaglige aktører og organisationsstrukturer.

Opfølgningen finder sted som et interorganisatorisk samarbejde mellem sygehus, de praktiserende læger og hjemmesygeplejen. Samarbejdet kan karakteriseres som symbiotisk, idet sygehus, praktiserende læger og hjemmesygepleje hver især bidrager med forskellige kompetencer og ydelser til løsning af den fælles opfølgningsopgave (103). På trods af at den symbiotiske samarbejdsform anses for at være den mest stabile og mest overlevelsesdygtige, er der også ved denne samarbejdsform risiko for konflikter på grund af den høje grad af gensidig afhængighed mellem de samarbejdende organisationer, specielt når der ikke er en fælles autoritet, der udstikker rammerne. Denne interafhængighed betyder, at opfølgningsstrategien vil fejle, hvis en af de samarbejdende organisationer ikke bidrager med tilstrækkelige ressourcer i løsningen af den fælles opgave. Der skal være en vilje til samarbejde, og det skal kunne betale sig. Endvidere skal aktørerne have en gensidig forståelse af mål og den teknologi, der anvendes i samarbejdet. Dette er i overensstemmelse med Peter Prichards teorier om behov og forudsætninger for Shared Care, der blandt andet beskriver, at forudsætningen for Shared Care er en fælles kultur med gensidigt kendskab til de andre aktørers arbejdsbetingelser samt respekt og forståelse for de andre aktørers faglige og organisatoriske forudsætninger (se afsnit 1.4.3) (11).

Analysen af organisationsaspektet belyser de konkrete erfaringer og konfliktpunkter i samarbejdet, koordinationen og informationsudvekslingen mellem de sundhedsfaglige aktører (sygehus, praktiserende læger og hjemmesygeplejen) i forbindelse med de opfølgende hjemmebesøg. Derudover diskuteres, hvordan man mest hensigtsmæssigt kan organisere og forankre en eventuel fremtidig ordning om opfølgende hjemmebesøg mellem de tre aktører i forhold til nuværende arbejdsstruktur og arbejdsgange. Endvidere beskrives aktørernes vurdering af hvilke patientkategorier, der bør modtage opfølgningen. Dette kapitel tager således udgangspunkt i interventionens implementerbarhed, herunder muligheder, barrierer og konfliktpunkter i den nuværende organisatoriske struktur.

6.1 Metode

De organisatoriske forudsætninger og barrierer i forbindelse med interventionen er undersøgt ved en spørgeskemaundersøgelse blandt de praktiserende læger og hjemmesygeplejersker, der har deltaget i projektet. På baggrund af spørgeskemaundersøgelsen er der gennemført 3 fokusgruppeinterviews af ca. 2 timers varighed med deltagelse af praktiserende læger, hjemmesygeplejersker og sygehuspersonale, hvor formålet blandt andet var at få uddy-

bet, nuanceret og diskuteret de resultater, der fremkom i spørgeskemaundersøgelsen. Undersøgelserne er gennemført i efteråret 2005 og primo 2006.

Udgangspunktet for både spørgeskemaundersøgelsen og fokusgruppeinterviewene har været at få belyst følgende seks temaer[27].

1. Identificering og udvælgelse af relevante patienter, herunder organisering af udvælgelsesprocessen og ansvarsfordelingen.
2. Informationsudveksling og samarbejde mellem sygehus, de praktiserende læger og hjemmesygeplejen.
3. Tid, arbejdsfordeling og arbejdsbelastning i forhold til at foretage koordineret opfølgning i daglig praksis.
4. Indhold i de opfølgende hjemmebesøg.
5. De sundhedsfaglige aktørers erfaringer, holdninger og udbytte af de opfølgende besøg.
6. Forslag til fremtidig organisering og forankring af en ordning om opfølgende hjemmebesøg

6.1.1 Spørgeskemaundersøgelse

Der er udsendt et spørgeskema til de 46 praktiserende læger, der deltog i opfølgende hjemmebesøg hos minimum to patienter og et skema til 59 af de hjemmesygeplejersker/sosu-assistenter, der ligeledes deltog i de opfølgende hjemmebesøg. Skemaet blev udsendt til læger, der har haft flere besøg for at sikre en vis erfaring med besøgene. Spørgeskemaet til hjemmesygeplejerskerne blev uddelt via kontaktpersoner i de enkelte kommuner. Svarprocenten er lidt lavere hos hjemmesygeplejerskerne (70%) i forhold til lægerne (87%).

Spørgeskemaerne består af 6 spørgsmål med lukkede svarkategorier, der er fælles for læger og hjemmesygeplejersker. Derudover er der enkelte supplerende spørgsmål i hvert af skemaerne. I begge skemaer er der mulighed for at skrive kommentarer til de enkelte spørgsmål (se bilag 4). Skemaerne blev pilottestet på 3 hjemmesygeplejersker og 3 læger mht. forståelse, relevans og dækningsgrad (85).

6.1.2 Fokusgruppeinterviews

Der er gennemført 3 fokusgruppeinterviews af ca. to timers varighed med 6-7 deltagere i hvert interview. To fokusgruppeinterviews er afholdt med praktiserende læger og hjemmesygeplejersker, der har deltaget i projektet, og et fokusgruppeinterview er afholdt med sygehuspersonale fra medicinsk og geriatrisk afdeling på Glostrup Hospital.

Antallet af deltagere til fokusgrupperne blev fastsat til ca. 6 deltagere pr. interview. Med det antal er det muligt for alle at komme til orde, og samtidig er antallet nok til at opnå en gruppedynamik (105).

I de to fokusgruppeinterview med de praktiserende læger og hjemmesygeplejersker deltog 3 personer fra hver faggruppe. I det første interview deltog dog 4 praktiserende læger. Alle deltagerne i disse to fokusgruppeinterviews havde konkrete erfaringer fra arbejdet med interventionen. Der blev både udvalgt deltagere, der havde gennemført mange opfølgende besøg og deltagere med få besøg. Endvidere er der ved udvælgelsen af deltagerne forsøgt at få en ligelig balance mellem positive og negative erfaringer med projektet og holdninger til at udføre opgaverne ud fra tilbagemeldingerne i spørgeskemaerne samt kendskabet til de enkelte personer. Det blev derved tilstræbt, at så mange oplevelser, erfaringer og ideer som muligt blev repræsenteret under fokusgruppeinterviewene.

Fokusgruppeinterviewet blandt sygehuspersonale er gennemført med deltagelse af en afdelingslæge, 3 afdelingssygeplejersker og 1 sekretær fra medicinsk og geriatrisk afdeling på Glostrup Hospital. Alle deltagere er udpeget af afdelingernes administrerende overlæger. Det var ikke en forudsætning, at deltagerne i dette fokusgruppeinterview havde kendskab til projektet, da der i projektperioden var ansat en projektmedarbejder til at udføre sygehusets opgaver i forbindelse med interventionen.

I fokusgruppeinterviewene fungerede de førnævnte emner som overordnet fokus for diskussionen og samtalen blandt deltagerne i fokusgruppen. Deltagerne blev bedt om at forholde sig konstruktivt og kritisk til hvert af temaerne.

Grupperne blev bedt om at diskutere konkrete spørgsmål og give beskrivelser af konkrete erfaringer fra de opfølgende hjemmebesøg. Fremgangsmåden kan beskrives som semi-strukturerede interviews (106;107). Det vil sige, at der blev udviklet en spørgeramme med temaer og emner, som ønskedes belyst under fokusgruppeinterviewene, men at spørgsmål og temaer under interviewet kom i en rækkefølge og i et omfang, der afhang af, hvordan samtalen og diskussionen mellem deltagerne udviklede sig (bilag 5). Spørgerammen fungerede således som en huske- og inspirationsliste for moderatoren for at få afdækket og indkredset spørgerammens specifikke emner og indhold. Den semi-strukturede tilgang gav desuden plads til variation i forhold til, hvilke emner der viste sig at være relevante at fokusere på i det enkelte fokusgruppeinterview. Samtidig var der plads til at forfølge og uddybe pointer og problemstillinger, der opstod undervejs i diskussionen mellem deltagerne.

Temaer og spørgsmål i spørgerammen tog dels udgangspunkt i deltagernes oplevelser og erfaringer med interventionen fra spørgeskemaerne og personlige meddelelser og dels i litteratur om konflikter og barriere i samarbejde på tværs af organisationer (103;104).

Fokusgruppeinterviewene blev optaget på bånd. Herefter blev materialet transskriberet, analyseret og bearbejdet som en helhedsanalyse, hvor det

27 Temaerne er blandt andet udarbejdet på baggrund af de potentielle konflikt- og brændpunkter i et tværorganisatorisk samarbejde som beskrives af Alter & Hage (103) og Seemann (104). Alter & Hage peger blandt andet på faktorer som høj ekstern kontrol, manglende autonomi, struktur (centralisering og størrelse), høj kompleksitet, differentiering i målsætninger og interesser, lav grad af kommunikation samt uhensigtmæssig koordination. Seemann beskriver brændpunkter som situationer med uenigheder om arbejdsdeling, behandlingsteknologi og mangel på tilstrækkelige ressourcer (tid, personale og økonomi).

transkriberede materiale gennemgås og kodes systematisk for temaer og problemområder (106;108). Til sidst er der lavet en systematisk gennemgang og analyse af materialet ud fra de fremkomne temaer, problemområder og forskningsspørgsmål. I analysen af materialet har det været vigtigt at belyse de mere generelle mønstre i deltagernes erfaringer og samtidig fastholde og illustrere den kompleksitet og mangfoldighed, som deltagerne gav udtryk for.

I afrapporteringen af fokusgruppeinterviewene er der medtaget enkelte citater. Det angives, om det er en læge, sygeplejerske eller en sekretær, der udtaler sig, men ellers er informanten anonym.

6.2 Resultater

Analysen tager udgangspunkt i de temaer, der blev benyttet i fokusgruppeinterviewene og spørgeskemaundersøgelserne (afsnit 6.1). Der søges derved beskrevet de vigtigste forudsætninger, barrierer og mulige konsekvenser for den organisatoriske struktur i forbindelse med en eventuel fremtidig organisering af en ordning med opfølgende hjemmebesøg. Interventionen og arbejdsprocesser i forbindelse med opfølgningen er beskrevet i afsnit 2.1.1.

6.2.1 Identificering og udvælgelse af relevante patienter

Før processen med opfølgende hjemmebesøg kan iværksættes, skal de relevante patienter identificeres og udvælges af sygehuspersonalet. For at dette kan lade sig gøre, er det nødvendigt at vide 1) hvem der er relevante patienter, 2) hvad der er nødvendige forudsætninger for at kunne udvælge de relevante patienter, og 3) hvem der har ansvaret for at udvælge disse og for at videresende information med anbefaling om opfølgende besøg til de praktiserende læger og den kommunale hjemmepleje.

6.2.1.1 Hvem er relevante patienter?

Tilbagemeldingen fra de praktiserende læger i forbindelse med projektet er blandt andet, at en del af de deltagende patienter var både fysisk og psykisk friske og derfor ikke havde så stort behov for opfølgende besøg. Projektets inklusionskriterier (78+ år og minimum 2 indlæggelsesdage) synes derfor ikke at være hensigtsmæssige, hvis en ordning om opfølgende hjemmebesøg skal videreføres i fremtiden. I fokusgruppeinterviewene er de praktiserende læger, hjemmesygeplejersker og personalet på sygehuset spurgt om, hvilke patienter, de ud fra deres daglige erfaringer og arbejde med patienterne ville pege på som relevante patienter til opfølgende hjemmebesøg. Der peges specielt på følgende målgrupper:

- Patienter med et stort funktionstab eller ændring i helbredsstatus i forhold til perioden før indlæggelsen
- Patienter med mange genindlæggelser, så mønstret kan brydes
- Kronisk og alvorligt syge
- Akutte indlæggelser med lang indlæggelsestid

- Tiltagende demens
- Skrøbelige og usikre patienter
- Patienter med et spinkelt eller intet netværk
- Enlige hvor ægtefælle nyligt er død
- Patienter hvor mange aftaler skal koordineres
- Terminale patienter

I forbindelse med diskussionen af hvilke patienter, der har behov for opfølgende besøg, beskriver en praktiserende læge identificeringen af en relevant patient således:

"Det er ikke bare den enkelte person, man skal se på. Jeg tror, man skal se hele den husstand, der er involveret. Nogen har nogle smaddersøde børn, der står der morgen, middag og aften, og andre ser slet ikke deres børn." (Læge)

Et andet eksempel fra diskussionen af relevante patienter er følgende udtalelse fra en hjemmesygeplejerske:

"Jeg synes, det [opfølgende hjemmebesøg] vil være relevant for de patienter, der er indlagt flere gange efterfulgt af hinanden. Der synes jeg godt, at man kan stille spørgsmålet: Hvad er det egentligt, der går galt her? Altså komplekse borgere, der har haft flere indlæggelsesforløb efter hinanden i løbet af kort tid, der synes jeg, det er relevant. For der kan man måske som sygeplejerske sammen med lægen gå ind og lave noget forebyggende, følge op på nogle ting, og lave en handleplan for, hvordan vi takler denne her borger i hjemmet." (Hjemmesygeplejerske)

Alle tre sundhedsfaglige aktører er enige om, at der er behov for faste og håndterbare kriterier, som kan virke som støtte for de personaler, der skal stå for udvælgelsen og identificeringen af de relevante patienter. Behovet for faste kriterier påpeges især som en konsekvens af, at der er stor forskel på de enkelte sygehusafdelinger. På nogle afdelinger (fx geriatriske afdelinger) vil det være naturligt at medtænke opfølgende hjemmebesøg i en udskrivelsessituation, mens det for andre afdelinger (fx kirurgiske) vil kræve en større indsats for personalet at tage stilling til, hvorvidt patienter har behov for opfølgende hjemmebesøg. Alle tre sundhedsfaglige aktører er dog enige om, at der ud over nogle faste kriterier også fortsat skal være plads til den individuelle vurdering af patienten.

"Der vil jo altid være noget, hvor man ligesom lige er inde og være subjektiv, hvor man siger, at patienten har svage personlige ressourcer, - altså det er jo også en vurdering, så man kan jo aldrig få det skåret helt firkantet ud." (Sygeplejerske)

En problematik som flere af fokusgruppedeltagerne peger på i forbindelse med udvælgelsen af relevante patienter er, at der er en risiko for, at for man-

ge eller mindre relevante patienter udvælges til opfølgende besøg, hvilket vil svække de praktiserende lægers motivation i forhold til at lave opfølgende besøg. Faste kriterier vil derfor kunne hjælpe til at afgrænse gruppen af relevante patienter.

> *"Der skal nok være nogle faste kriterier. For jeg kan da sagtens se, at ¾ af de patienter, vi udskriver, kunne vi da nemt synes, at de skulle have et besøg." (Sygeplejerske)*

Der er i studiet gennemført tests på patienter, der har haft indlæggelser før inklusionen, patienter med dårligt selvvurderet helbred og nedsat funktionsevne (se afsnit 4.2.3). Der er en retning i data mod at patienter med minimum 2 indlæggelser og patienter med dårligt selvvurderet helbred har bedre effekt af interventionen, men det kan ikke bekræftes statistisk.

6.2.1.2 Forudsætninger for at kunne udvælge de relevante patienter

Til spørgsmålet om hvilke oplysninger, personalet har behov for, for at kunne udvælge de relevante patienter til opfølgning, peger sygehuspersonalet på følgende:

- Oplysninger om patientens sociale anamnese fra primærsektoren
- Oplysninger fra hjemmeplejen om patientens funktionsevne mv.
- Oplysninger om patientens medicinbrug
- Direkte telefonnumre til kontaktpersoner fra hjemmepleje mv.
- Mulighed for fælles kommunikation mellem sygehus og primærsektor

Sygehuspersonalet giver udtryk for deres frustrationer over et manglende fælles kommunikationssystem med primærsektoren, som kan gøre det let at få de ønskede oplysninger om patientens situation før indlæggelsen. Samme frustrationer over utilstrækkelig kommunikation fra sygehuset findes i primærsektoren. På nuværende tidspunkt findes et fælles kommunikationsskema mellem sygeplejerskerne i hjemmeplejen og på Glostrup Hospital, men dette fungerer ikke optimalt.

6.2.1.3 Ansvar for og forankring af udvælgelse af relevante patienter og videregivelse af information til primærsektoren

Hvis arbejdsopgaverne med at identificere og udvælge patienter til opfølgende hjemmebesøg ikke skal føles som en ekstra arbejdsbelastning, foreslås det, at det er de læger og sygeplejersker, der i forvejen er ansvarlige for udskrivelsesprocessen, der er de ansvarlige fagpersoner til at identificere relevante patienter. Sygehuspersonalet mener, at det vil kræve en større indsats at få alle læger på sygehuset til at tænke på opfølgende besøg i en udskrivelsessituation. Sygeplejerskerne beskrives som dem, der i forvejen arrangerer eventuelle praktiske besøg og foranstaltninger i forbindelse med udskrivelsen, og de fremhæves derfor som oplagte tovholdere for at sikre stillingtagen til behovet for opfølgende besøg i samarbejde med den læge, der udskriver patienten. Derudover beskriver personalet den koordinerende

hjemmesygeplejerske som relevant at inddrage i stillingstagen til de opfølgende besøg, da vedkommende ofte har indsigt i den enkelte borgers ressourcer og fungerer som bindeled mellem sygehus og hjemmepleje. Ordningen med de koordinerende hjemmesygeplejersker fungerer dog forskelligt fra kommune til kommune.

En ordning med kontaktpersoner for den enkelte patient er ved at blive indført på sygehusafdelingerne. Her tildeles patienten en-to faste kontaktpersoner[28] . Disse kontaktpersoner vil være oplagte som ansvarshavende i forhold til at sikre, at relevante patienter udvælges til opfølgende besøg.

I fokusgruppeinterviewene med de praktiserende læger og hjemmesygeplejerskerne lagde begge grupper vægt på, at der er en læge på sygehuset, der giver anbefaling, om at en patient har behov for et opfølgende hjemmebesøg. På den måde bør det sikres, at der er et lægefagligt behov for opfølgningen.

For at sikre implementering af en eventuel ordning lagde sygehuspersonalet vægt på, at personalet får en god orientering om ordningen, fx ved staffmeetings, personaleblade, afdelingsmøder, og at ordningen beskrives i diverse skriftlige instrukser, fx introduktionsmateriale til nye medarbejdere og specielt i tjeklister for udskrivningsprocedurer.

6.2.2 Informationsudveksling

Gennemførelsen af opfølgende hjemmebesøg forudsætter informationsudveksling, koordinering og samarbejde mellem alle aktører. Arbejdsopgaverne er fordelt i både sekundær- og primærsektor, men uanset hvor arbejdsopgaverne ligger, er den pågældende sektor afhængig af informationer om patienten fra de andre sundhedsfaglige aktører. Derudover skal der ske en information til patienten om anbefalingen af opfølgende besøg. Disse kommunikationsstrenge belyses i det følgende.

6.2.2.1 Informationsudveksling mellem de sundhedsfaglige aktører

Både personalet på sygehuset, de praktiserende læger og hjemmesygeplejen giver udtryk for, at der er et stort behov for et fælles kommunikationssystem og/eller gensidige kommunikationsark, hvor oplysninger om patienter kan udveksles mellem primær- og sekundærsektor.

Sygehuspersonalet påpeger, at et af de største problemer med den fælles kommunikation er, at sygehuset ofte ikke ved, hvem der er kontaktperson for patienten i kommunen. Derudover peges på, at hjemmeplejen kan være svære at få fat på telefonisk, hvilket gør det svært at kommunikere.

En anden problematik er, at epikrise og anbefalingen om, at en patient skal have opfølgende besøg, skal nå at komme frem, så et hjemmebesøg kan tilrettelægges og gennemføres umiddelbart efter udskrivelsen. Såvel besked om at opfølgning anbefales som tilstedeværelse af epikrisen er nødvendige for, at den praktiserende læge og hjemmesygeplejen kan iværksætte

28 I amternes økomomiaftale stilles krav om at patienten får tilknyttet en fast, navngiven kontaktperson for at øge kvalitet, sammenhæng og tryghed (109). I Københavns Amt skal patienten senest 24 timer efter indlæggelse have tildelt to faste kontaktpersoner - en plejeansvarlig (oftest sygeplejerske) og en behandlingsansvarlig (læge). Ordningen er under implementering.

et opfølgningsbesøg hos patienten. Umiddelbart virker intentionen om at gennemføre et opfølgningsbesøg indenfor en uge efter udskrivelsen ikke helt realistisk for alle sygehuspersonaler, da det vil presse tidsfristen for udsendelsen af epikriser og andre oplysninger yderligere. Samtidig giver sygehuspersonalet udtryk for, at videregivelsen af anbefaling af opfølgende besøg skal ske samtidig med epikrisen og sygeplejerapporten, da ordningen ellers kan blive for besværlig at udføre.

De praktiserende læger og hjemmeplejen peger på, at meddelelse om anbefaling af opfølgende hjemmebesøg både bør gives til patientens praktiserende læger og til hjemmeplejen. Derudover fremhæves det, at det er vigtigt, at meddelelsen om, at en patient er indstillet til opfølgning, kommer separat, så lægen bliver opmærksom på, at sygehuset anbefaler et opfølgningsbesøg. Meddelelsen kan enten ske telefonisk, pr. fax, pr. mail eller evt. som en elektronisk pop-up, når epikrisen modtages i lægens elektroniske journalsystem. Sygehuspersonalet foretrækker at give meddelelsen skriftligt (se afsnit 6.2.4).

I spørgeskemaundersøgelsen vurderer de praktiserende læger og hjemmesygeplejersker om de i forbindelse med de opfølgende hjemmebesøg har modtaget tilstrækkelig information fra sygehuset. Hjemmesygeplejerskerne er generelt mere utilfredse med informationerne end lægerne. 24% af hjemmesygeplejerskerne og 10% af lægerne svarer, at de kun i mindre grad har modtaget tilstrækkelige informationer, mens 12% af hjemmesygeplejerskerne og ingen af lægerne svarer, at de slet ikke har modtaget information ($p=0,002$). Utilfredsheden blandt hjemmesygeplejerskerne går blandt andet på uoverensstemmelse mellem patientens medicinskema hjemme og fra hospitalet. For lægernes vedkommende handler kommentarerne om, at epikrisen mangler, er dårlig eller mangelfuld. Nogle læger kommenterer desuden, at der er problemer i forhold til medicinlisten fra sygehuset. Det er registreret på de opfølgende hjemmebesøg, at der ved ca. 30% af besøgene ikke var fuld overensstemmelse mellem epikrisen og en eventuel medicinliste til patienten eller hjemmeplejen.

I projektet var den praktiserende læge tovholder i forhold til at lave aftale om besøg med hjemmesygeplejen og patienten. Ligesom sygehuspersonalet efterspørger de praktiserende læger mere fleksible telefontider, telefonlister og kontaktpersoner i hjemmeplejen. Hjemmesygeplejerskerne angiver ligeledes, at de har svært ved at få kontakt med de praktiserende læger.

Alle de involverede aktører peger på, at tilrettelæggelse af et opfølgningsforløb kræver lette kommunikationsveje, en fastlagt kommunikationsstrategi og lyst til at samarbejde med de øvrige aktører for at opgaven kan løses optimalt.

6.2.2.2 Information til patienten om opfølgende besøg

I projektet informeres alle patienter mundtligt og skriftligt ved en folder om projektet. Derudover har patienten givet skriftligt samtykke til deltagelse. De tre personalegrupper er i fokusgruppeinterviewene enige om, at en god infor-

mation til patienten om anbefalingen af opfølgende besøg og indholdet i opfølgningen er nødvendig i en eventuel fremtidig ordning. Derudover har sygehuset informationspligt i forhold til patienterne, forstået på den måde, at hvis der anbefales en opfølgning i epikrisen, skal patienten informeres herom.

I forbindelse med den information, der skal gives til patienterne, ligger et potentielt konfliktpunkt, der omhandler, om en ordning med opfølgende hjemmebesøg bør være en ret for alle relevante borgere eller kun en mulighed for de borgere, hvor deres praktiserende læge og kommune ønsker at deltage i en ordning. Dette er vigtigt at få afklaret, da information til en patient om, at vedkommende indstilles til opfølgende hjemmebesøg kan skabe uindfriede forventninger hos patienten og dermed utilfredshed og forvirring, hvis patientens praktiserende læge og hjemmesygeplejen ikke udfører hjemmebesøget. Det vil endvidere have væsentlig indvirkning på sygehuspersonalets arbejdsgange, hvis ikke alle læger og kommuner indgår i ordningen.

6.2.3 Samarbejde mellem praktiserende læger og hjemmepleje

I spørgeskemaundersøgelserne vurderer de praktiserende læger og hjemmesygeplejersker samarbejdet med hinanden i forbindelse med opfølgningsbesøgene. Størstedelen af hjemmesygeplejerskerne og lægerne mener, at samarbejdet er virkelig godt eller godt. Begge grupper peger samtidig på, at samarbejdet i forvejen er godt. 15-20% af hjemmesygeplejerskerne og lægerne oplever dog, at kontakten til hhv. lægen og hjemmesygeplejen er blevet bedre i forbindelse med interventionen (tabel 6.1). En person i hver af grupperne svarer, at kontakten er blevet dårligere.

Tabel 6.1 Samarbejde mellem læge og hjemmepleje i forbindelse med de opfølgende hjemmebesøg

	Praktiserende læge		**Hjemmesygeplejersker**		**P-værdi** [1]
Oplevelse af samarbejdet	Antal	%	Antal	%	
uoplyst	1				
virkelig godt/godt	36	92%	36	88%	0,79
dårligt/virkelig dårligt	3	8%	5	12%	
Ændring af kontakt i forhold til tidligere:					
Kontakten er blevet bedre	8	20%	6	15%	0,56

[1] Monte Carlo Estimate for the Exact Test

I fokusgruppeinterviewene med de praktiserende læger og hjemmesygeplejersker fremkom en række kommentarer og beskrivelser af oplevelser af det gensidige samarbejde i forbindelse med opfølgningsbesøgene.

I kommentarerne om samarbejdet beskrives, at opfølgningsbesøgene hos patienterne giver et tættere samarbejde og bedre kommunikation mellem læger og sygeplejersker. Det personlige kendskab og fælles erfaringer fra tidligere besøg betyder, at patientbehandlingen bliver mere effektiv. Desuden betyder det fælles besøg, at det er muligt at aftale og arrangere efterbehandling, genoptræning, ændringer i hjemmet mv. med det samme og koordinere indsatsen over for patienten. Det betyder sparet tid i forhold til opringninger/ henvisninger mv., fordi tingene kan aftales på stedet. Derudover giver det fælles besøg mulighed for at opspore og rette fejl i medicineringen, hvilket opleves som en stor forbedring og sikkerhed for personalet. Flere oplever også, at det fælles møde lægger et godt pres på både læge og sygeplejerske om at følge op på aftaler og efterbehandling. Derudover er begge parter enige om, at det fælles besøg kan nedbryde nogle af de fordomme og faglige barrierer, som ofte er mellem læger og sygeplejersker. I stedet kan de forskellige faglige styrker anvendes samlet og give en fælles forståelse og fodslag om behandlingen.

"Udbyttet har bestået i, at man allerede ved udskrivelsen kunne tage nogle problemstillinger op, og få afklaret nogle tvivlsspørgsmål, og derved har det gjort det nemmere, hvis vi efterfølgende har skullet kontakte egen læge. Vi har ikke skullet bruge så megen tid og ressourcer på det, og lægen har måske heller ikke altid behøvet at komme ud og se borgeren, fordi man har fået et førstehåndsindtryk efter udskrivelsen. Det har også gjort, at vi ikke har skullet kontakte lægerne så tit, fordi vi ligesom en gang har været hele vejen rundt." (Hjemmesygeplejerske)

De positive oplevelser ved det fælles besøg, der beskrives i fokusgruppeinterviewene, afspejles også i vurderingen af udbyttet af det fælles besøg hos patienten efter udskrivelsen. Her vurderer 41% det fælles besøg som meget relevant, mens 38% vurderer det som moderat relevant (tabel 6.2). I ca. 1/5 af besøgene vurderedes relevansen af fællesbesøgene som ringe eller ikke-relevant. Dette forekommer primært for patienter, hvor lægen og hjemmesygeplejen hver især har vurderet udbyttet som ringe eller manglende.

Tabel 6.2 Vurdering af relevans af fælles besøg mellem læge og hjemmesygeplejen ved 1. opfølgende besøg

	Antal	%
Meget	45	41%
Moderat	42	38%
Ringe	12	11%
Slet ikke	12	11%

Baseres på 111 besvarelser ud af 128 besøg hvor begge faggrupper deltog

På trods af de positive vurderinger af samarbejdet og relevansen af at aflægge et opfølgende hjemmebesøg i fællesskab, er der nogle praktiske problemer forbundet med at tilrettelægge og udføre en fælles opfølgning. Begge personalegrupper peger både i spørgeskemaundersøgelserne og i fokusgrup-

peinterviewene på *tid og koordinering* af besøgene. Begge parter peger på, at det mest hensigtsmæssige tidspunkt for opfølgningen ofte er forskelligt fra lægen til hjemmesygeplejen. Fx vil en del læger helst lave opfølgningen sidst på dagen, hvor sygeplejerskerne ofte har fri. Sygeplejerskernes foretrukne tidspunkt er først eller midt på dagen. Flere peger også på, at de praktiserende lægers og hjemmeplejens telefontider ligger på samme tid, hvilket er uhensigtsmæssigt, når tilrettelæggelsen og koordineringen af et fælles besøg skal organiseres. Begge er i telefontiden typisk optaget af borger- og patienthenvendelser, og har således ikke mulighed for at få kontakt med hinanden.

I fokusgruppeinterviewet kom det også frem, at det fælles besøg kan være et stress-moment, da det betyder, at læge og hjemmeplejen, der begge ofte har en uforudsigelig arbejdsdag og et stort arbejdspres, skal mødes på et bestemt tidspunkt. Det kan derfor være svært at finde tiden til at udføre opfølgningen mellem de mange andre arbejdsopgaver.

Ifølge spørgeskemaundersøgelsen er der en retning i data, der tyder på, at hjemmesygeplejerskerne har lettere ved at finde tid til opfølgningen end lægerne, henholdsvis 66 % af hjemmesygeplejerskerne og 53 % af lægerne svarede, at det har været let eller meget let at finde tid til opfølgningen (p=0,2).

Desuden beskriver flere sygeplejersker problemet med at komme ud til en borger, der er indstillet til opfølgning, hvis borgeren er ukendt for hjemmeplejen. Det kræver tid at sætte sig ind i, hvem borgeren er, og hvilke problemstillinger, der kan være for borgeren.

6.2.4 Arbejdsbelastning

I projektet er det undersøgt, hvad interventionen kræver af personaleressourcer, arbejdstid og hvordan interventionen opfattes af medarbejderne i forhold til arbejdsbelastning og arbejdsrutiner. Tidsforbrug ved de opfølgende kontakter er nærmere beskrevet i den økonomiske analyse (kapitel 7).

På sygehuset mener personalet ikke, at arbejdsopgaver i forbindelse med udvælgelse af patienter til opfølgende besøg og videregivelse af oplysninger vil betyde et ekstra arbejdspres. Opgaverne kan ifølge personalet forholdsvist nemt indgå i de faste arbejdsrutiner omkring udskrivelsesprocessen, og vil således ikke kræve ekstra personale.

> *"... vi laver jo henvisninger på alle mulige andre ting, så hvis vi skulle lave henvisninger på opfølgende hjemmebesøg, så kunne vi også gøre det." (Sygeplejerske)*

Personalet foreslår desuden at notere "Opfølgende hjemmebesøg" som et punkt på de tjeklister, som sygeplejerskerne i forvejen bruger i forbindelse med udskrivelse af patienter. Her kan nogle af de kriterier, som patienterne

skal vurderes efter, også noteres. På den måde kan opfølgningsmuligheden tænkes naturligt ind i alle udskrivelsessituationer.

"I vores sygepleje-journalsystem er der en side, der hedder udskrivelsesark, en slags tjekliste. Det er en hel masse punkter, som man lige skimmer i forbindelse med, at man planlægger en udskrivelse, og der kunne der så være et punkt, der hed "udskrivelse og hjemmebesøg" eller hvad man nu kunne forestille sig. Det kunne være et punkt, så man blev mindet om at tænke tankerne omkring et opfølgende hjemmebesøg eller et udskrivelsesbesøg, eller hvad det kunne være, så det lå der som en reminder. Man kommer da i tanker om noget, når man sidder og kigger på det der skema." (Sygeplejerske)

Udvælgelsen af patienter samt videregivelse af oplysninger opfattes således ikke som en stor ekstra arbejdsbelastning for personalet på sygehuset. Dog peger personalet på, at telefoniske kontakter til de praktiserende læger og hjemmepleje ofte er besværligt og meget tidskrævende. Personalet foretrækker således skriftlig kommunikation. Flere af sygeplejerskerne fremhæver desuden, at en eventuel implementering af opfølgende besøg skal koordineres i forhold til implementeringen af andre nye tiltag, ellers vil arbejdspresset føles uoverskueligt.

For hjemmeplejen og de praktiserende læger opleves arbejdsbelastningen omkring opfølgningen som større end for sygehuspersonalet, som en naturlig følge af at de skal udføre den konkrete intervention med fælles besøg og opfølgninger. Men indstillingen til de opfølgende besøg er positiv og har en høj prioritering hos begge personalegrupper, hvis ordningen omhandler de rette patienter. Samtidig giver begge parter udtryk for, at der skal være faste rammer for, hvornår besøgene skal aflægges, ellers er der fare for, at de udskydes på grund af andre arbejdsopgaver og først aflægges meget sent, eller i værste fald slet ikke bliver aflagt.

Både de praktiserende læger og hjemmeplejen oplever, at det er det første besøg, som er det vigtigste. I projektperioden var der afsat en time incl. transport til det første besøg, men det opfatter begge parter generelt som for lang tid. I projektet varierede det anvendte tidsforbrug dog meget. Det mediane tidsforbrug var for hjemmesygeplejerskerne 45 min (fra 15-90 min) og for lægerne 50 min (fra 15-100 min). Tidsforbruget hos borgeren og antallet af opfølgende kontakter bør variere afhængig af, hvor kompliceret patientforløbet er.

I forhold til det tidsmæssige aspekt er det interessant at se på hvor mange patienter en eventuel ordning skal gennemføres for. På sygehuset blev der i perioden (20 måneder) udskrevet 1224 patienter, som opfyldte inklusionskriterierne. Der blev heraf ekskluderet en række patientgrupper, specielt svært demente og patienter med sprogproblemer og der var en række patienter, som fravalgte deltagelse. Ved en implementering vil alle patienter indgå i en

vurdering. De 1224 patienter svarer til, at der på de to afdelinger (medicinsk og geriatrisk afdeling) skal foretages en vurdering i forbindelse med udskrivelsen for ca. 730 patienter per år eller gennemsnitligt 2 per dag.

Der var i projektet 702 patienter, som opfyldte inklusionskriterierne, og hvor egen læge deltog. Ud fra en gennemsnitsbetragtning vil det med 99 deltagende læger i 20 måneder medføre opfølgning hos gennemsnitligt 4-5 patienter per år per læge. Dette antal forventes at blive reduceret ved valg af en mere fokuseret målgruppe af svækkede patienter jf. fokusgruppernes anbefaling. Opfølgning efter indlæggelse på andre afdelinger fx ortopædkirurgiske afdelinger eller hos patienter, der er yngre end 78 år, vil omvendt øge antallet. Ovennævnte gennemsnitstal giver et skøn over størrelsesordenen, som for den enkelte praktiserende læge vil afhænge af specielt alderssammensætningen i den enkelte praksis. Det er ikke udregnet i hvilket forhold, det vil belaste de enkelte kommuner.

6.2.5 Indhold i de opfølgende besøg

De praktiserende læger og hjemmeplejen peger i fokusgruppeinterviewene på, at der både skal være faste rammer for, hvornår opfølgningerne skal finde sted, og hvad indholdet i opfølgningen skal være.

Til projektbesøgene var der udarbejdet en slags dagsorden for besøget i form af registreringsskemaer. Der var her en række punkter, som skulle undersøges eller gennemgås med patienten (se bilag 2). I fokusgruppeinterviewene lægger både de praktiserende læger og hjemmeplejen vægt på, at det letter arbejdet med opfølgningen, hvis der er en form for tjekliste eller dagsorden for opfølgningen. En tjekliste vil bidrage til, at der er en fast ramme for opfølgningen og sikre, at vigtige forhold i en opfølgning ikke glemmes. Derudover mener flere af fokusgruppedeltagerne, at en fast ramme vil betyde, at der bliver investeret mere tid og opmærksomhed i besøgene.

Det påpeges dog, at en dagsorden kun skal fungere som en rettesnor, og at lægen og hjemmeplejen frit skal kunne vægte de emner og særlige problemstillinger, der er vigtige i forhold til den enkelte patients situation.

Følgende emner blev vægtet af lægerne og hjemmesygeplejerskerne:

- Opfølgning på indlæggelsen (herunder anbefalinger fra sygehus)
- Gennemgang af medikamentel behandling (medicinskabseftersyn)
- Behov for hjælpeforanstaltninger
- Opfølgning på eventuel genoptræning

6.2.6 De sundhedsfaglige aktørers vurdering af opfølgningens relevans og patienternes udbytte af interventionen

De praktiserende læger er ved hver af de tre opfølgningskontakter i interventionen blevet bedt om at vurdere relevansen for den enkelte patient. Ved

den første opfølgning er hjemmesygeplejersken også bedt om at tage stilling til opfølgningens relevans.

Det fremgår af tabel 6.3, at den første opfølgning opleves som den vigtigste og mest relevante. Her svarer ca. 80% af både læger og hjemmepleje, at opfølgningen er meget eller moderat relevant. Ved anden opfølgning svarer 73% af lægerne, at de opfatter opfølgningen som meget eller moderat relevant, mens tallet for den tredje opfølgning er ca. 60%.

Tabel 6.3 Vurdering af relevans ved hver opfølgning efter udskrivelsen af den enkelte patient

	1. opfølgning (1. uge)				2. opfølgning (3. uge)		3. opfølgning (8. uge)	
	Sygeplejerske		Læge		Læge		Læge	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Uoplyst	17	.	15	.	6	.	11	.
Meget	42	38%	55	39%	38	31%	23	21%
Moderat	49	44%	55	39%	52	42%	43	40%
Ringe	13	12%	23	16%	28	23%	32	30%
Slet ikke	7	6%	7	5%	5	4%	10	9%

De praktiserende læger og hjemmesygeplejersker har endvidere vurderet patienternes samlede udbytte af at have modtaget en aktiv opfølgende indsats. Lægens vurdering er givet for den enkelte patient i forbindelse med evalueringen i 12. uge efter udskrivelsen, mens hjemmesygeplejens vurdering af patientens udbytte er foretaget ved en spørgeskemaundersøgelse i forbindelse med organisationsanalysen ved projektets afslutning og omhandler ikke stillingtagen til den enkelte patient, men er en generel vurdering af de patienter, hvor den enkelte hjemmesygeplejerske har deltaget i opfølgende hjemmebesøg.

65% af hjemmesygeplejerskerne finder, at borgerne i høj grad eller i nogen grad har fået udbytte at de opfølgende hjemmebesøg (tabel 6.4). Den praktiserende vurderer samme udbytte for 56% af patienterne. Dette hænger som tidligere beskrevet sammen med, at aktørerne vurderede, at en større del af patienterne var for raske til at have tilstrækkeligt udbytte af at få besøg. Som ovenfor nævnt er tallene ikke helt sammenlignelige, idet lægen har givet en vurdering for hver enkelt patient, mens hjemmesygeplejerskerne har givet samlet vurdering for de patienter de hver især har besøgt.

Både de praktiserende læger og hjemmesygeplejerskerne beskriver at de oplever, at det fælles besøg betyder, at patienterne føler sig taget alvorligt, og at det giver svar og mulighed for afklaring for borgeren. Derudover giver mange udtryk for, at de oplever en følelse af tryghed hos borgeren, at borgeren fornemmer, at vedkommende er i centrum og at behandlingsforløbet er 'under kontrol' og bliver fulgt op i alle sundhedsfaglige led.

Tabel 6.4 De praktiserende lægers og hjemmesygeplejens vurdering af patientens udbytte af interventionen

	Læger[1]		Hjemmesygeplejen[2]	
	Antal patienter	%	Antal sygeplejesker	%
Uoplyst	6	.	1	
Ja, i høj grad	29	20%	10	25%
Ja, i nogen grad	51	36%	16	40%
Nej, kun i mindre grad	37	6%	13	33%
Nej, Slet ikke	25	18%	1	2%

[1] Vurdering givet for hver enkelt patient i 12. uge efter patientens udskrivelse
[2] Vurdering givet generelt for besøgte patienter ved spørgeskemaundersøgelse omkring organisationen

6.2.7 De sundhedsfaglige aktørers vurdering af eget udbytte af interventionen

De praktiserende læger og hjemmesygeplejerskerne har også vurderet deres eget udbytte af interventionen. Her vurderer lægerne i 54% af tilfældene og 41% af hjemmesygeplejerskerne, at de i høj grad eller nogen grad har fået udbytte af interventionen (tabel 6.5).

Tabel 6.5 De praktiserende lægers og hjemmesygeplejens vurdering af eget udbytte ved interventionen

	Læger[1]		Hjemmesygeplejen[2]	
	Antal patienter	%	Antal sygeplejersker	%
Uoplyst	7	.	.	
Ja, i høj grad	19	13%	8	20%
Ja, i nogen grad	58	41%	13	21%
Nej, kun i mindre grad	41	29%	19	46%
Nej, Slet ikke	23	16%	1	2%

[1] Vurdering givet for hver enkelt patient i 12. uge efter patientens udskrivelse
[2] Vurdering givet generelt for besøgte patienter ved spørgeskemaundersøgelse omkring organisationen

I fokusgruppeinterviewene og i spørgeskemaundersøgelserne beskriver både de praktiserende læger og hjemmesygeplejerskerne, at en stor del af udbyttet ved interventionen for begge parter ligger i et bedre samarbejde om behandlingen af patienterne efter udskrivelsen. Som tidligere beskrevet under afsnittet om samarbejde oplever de praktiserende læger og hjemmesygeplejerskerne, at et fælles opfølgningsmøde gør den efterfølgende behandling samt opfølgning på genoptræning og medicinering mere effektiv, fordi læge og sygeplejerske får en fælles forståelse af patientens situation, og fordi behandling, medicin mv. kan afklares på stedet. Endelig påpeger begge faggrupper, at den personlige kontakt mellem læge og sygeplejerske skaber et bedre arbejdsklima og gør efterfølgende kontakter i forbindelse med patienten og kontakter om andre patienter lettere og mere effektive.

Personalet på sygehuset er også blevet bedt om at vurdere, hvad de *forventer* udbyttet af en opfølgning vil være. I vurderingen tog personalet ud-

gangspunkt i deres erfaringer dels fra et lignende opfølgningsprojekt for patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom og dels fra deres erfaringer med udgående geriatriske team[29]. I kommentarerne giver sygehuspersonalet udtryk for, at opfølgningsbesøg foretaget af primærsektoren efter patientens udskrivelse fra sygehuset vil betyde, at de føler sig mere trygge ved at udskrive svage patienter, og at de vil forvente, at opfølgningen vil forbedre det samlede patientforløb for de svage patienter.

6.2.8 De sundhedsfaglige aktørers holdninger til videreførelse af en ordning med opfølgende hjemmebesøg

De praktiserende læger og hjemmesygeplejerskerne er spurgt om deres holdninger til en videreførelse af ordningen med opfølgende hjemmebesøg. 95% af hjemmesygeplejerskerne og 75% af de praktiserende læger svarer, at de i høj grad eller i nogen grad ønsker en videreførelse (tabel 6.6). Der er således ¼ af lægerne, der ikke ønsker en videreførelse. Begrundelserne varierer fra at besøg vil være for tidskrævende til at besøg i forvejen foretages sammen med hjemmesygeplejen. Endvidere nævnes, at der kan være risiko for at sygehuset ikke sikrer patientens afsluttende behandling inden udskrivelse tilstrækkeligt, da (citat:) *"den praktiserende læge jo kommer hjem og ordner det hele"*. Specielt kommenteres, at mange patienter i projektet har været for friske til at skulle modtage besøg.

Tabel 6.6 Vurdering af om ordning med øget opfølgning med hjemmebesøg skal videreføres

	Læger		Hjemmesygeplejersker	
	Antal	%	Antal	%
Uoplyst	.	.	1	.
Ja, i høj grad	10	25%	23	58%
Ja, i nogen grad	20	50%	16	40%
Nej, kun i mindre grad	10	25%	1	2%
Nej, slet ikke	.	0%	.	0%

p=0,001 (Monte Carlo Estimate for the Exact Test)

Både de praktiserende læger og hjemmesygeplejerskerne ønsker, at ordningen skal fokuseres på de tunge/svage patienter (afsnit 6.2.1.1), da opfølgningen kan virke overflødig ved "lette" patienter. Til gengæld mener flere, at ordningen vil være en givende og god investering, hvis den omhandler de relevante patienter, selvom ordningen også opleves som meget tidskrævende.

6.2.9 Aftale- og overenskomstmæssige forudsætninger

Den overordnede forudsætning for at en ordning med opfølgende hjemmebesøg kan indføres, er at de deltagende organisationer, sygehusene ved regionerne, de praktiserende læger og kommunerne, træffer fælles beslutning om en indførelse. Dette kan ske enten centralt på nationalt plan eller lokalt i de enkelte regioner. Der skal således skabes et fundament med en ledelsesmæssig og fagpolitisk opbakning. Herefter skal den enkelte sygehusledelse, kommune og praktiserende læge afsætte ressourcer og vælge at prioritere en gennemførelse i dagligdagen.

29 Geriatrisk team er typisk et udgående team som har til opgave at udføre tværfaglig geriatrisk vurdering af ældre patienter, og foretage heraf afledte opgaver, blandt andet koordinering af socialmedicinske tiltag. Teamet kan fx bestå af læger, sygeplejersker og/eller fysioterapeuter (110).

En af forudsætningerne for at en ordning kan indføres er, at der tilvejebringes en honorarstruktur for de praktiserende læger til at foretage de opfølgende hjemmebesøg. Der har ikke hidtil været de økonomiske forudsætninger for at gennemføre opfølgende aktiviteter i form af hjemmebesøg i de praktiserende lægers honorarstruktur uden at ydelsen er efterspurgt. I landsoverenskomsten mellem de Praktiserende Lægers Organisation og Sygesikringens Forhandlingsudvalg (nu Regionernes lønnings- og takstnævn) er der i 2006 sat fokus på lægens rolle i forebyggende aktiviteter, og der er blandt andet indført en ny ydelse med opsøgende hjemmebesøg, hvor der gives mulighed for et årligt grundigt hjemmebesøg hos svækkede ældre[30]. Ydelsen for opsøgende hjemmebesøg er ikke beskrevet i sammenhæng med udskrivelse af patienter, men vurderes med fordel at kunne anvendes i forbindelse med denne begivenhed, idet målgruppen og flere af de forhold, der bør gennemgås ved et besøg, er sammenfaldende. Dette projekts intervention adskiller sig også fra ydelsen for opsøgende hjemmebesøg ved, at der indgår en faglig samlet koordinering mellem de praktiserende læger og hjemmeplejen med en fast struktureret dagsorden. Tidsforbruget til de to ydelser skønnes at være ens. Enkelte steder i landet har der været indgået lokale aftaler bl.a. at sætte fokus på den praktiserende læges rolle i patientforløbet, bl.a. i forbindelse med sektorskifte[31].

Kommunerne har jf. Serviceloven indført visitationsordning for hjemmehjælpen, således at praktisk og personlig pleje visiteres af en visitationsafdeling, en såkaldt bestillerenhed. Visitationsenheden afgør hvilke ydelser borgerne kan henvises til. I flere kommuner visiteres hjemmesygeplejen ligeledes, og det forventes, at der i fremtiden generelt vil blive indført en visitationsordning for ydelser fra hjemmesygeplejen. Det vil således også være en forudsætning, at der ved visitationsenhederne i den enkelte kommune etableres mulighed for, at der kan visiteres til opfølgende hjemmebesøg i forbindelse med en patients udskrivelse.

6.3 Diskussion

I det følgende diskuteres en række potentielle konfliktpunkter i forbindelse med gennemførelsen af opfølgende hjemmebesøg.

Opgaverne i forbindelse med de opfølgende hjemmebesøg skal løses på tværs af adskilte autoritetsstrukturer, idet de samarbejdende organisationer tilhører forskellige sektorer og politiske niveauer. Sygehusene administreres af regionerne, mens hjemmeplejen administreres af kommunerne, og politiske beslutninger vedrørende hjemmeplejen træffes i de enkelte kommunale byråd. De praktiserende lægers overordnede vilkår fastsættes ved aftale mellem Regionernes lønnings- og takstnævn (tidligere Sygesikringens Forhandlingsudvalg) og Praktiserende Lægers Organisation. Den enkelte organisations afhængighed af ekstern kontrol og graden af autonomi er således forskellig for de tre sundhedsfaglige aktører. Beslutninger og prioriteringer truffet i én organisation kan således påvirke arbejdsgange og arbejdsopga-

30 I de praktiserende lægers ydelse nr. 2305 til "opsøgende hjemmebesøg hos skrøbelige ældre normalt over 75 år" er formålet at opnå indsigt i den ældres ressourcer og funktionsevne, at identificere og evt. forebygge og begrænse begyndende sundhedsproblemer, at vurdere og evt. revidere patientens medicinforbrug og at få kendskab til den ældres daglige livssituation for at kunne indgå som en kompetent samarbejdspartner i det tværfaglige sundhedsarbejde. Det nærmere indhold i ydelsen er beskrevet i en "besøgsguide" (111)

31 I Vejle amt har der været indgået § 2-aftale om den praktiserende læges rolle i patientforløbet, bl.a. med indførelse af længerevarende konsultationer og sygebesøg i hjemmet eller på sygehuset (med henblik på koordination), som den praktiserende læge i forståelse med patienten har taget initiativ til (112).

ver for de øvrige aktører i forbindelse med de opfølgende besøg (103). Den organisatoriske situation betyder, at det vil være nødvendigt at have nogle faste rammer og aftaler mellem de forskellige parter for de opfølgende hjemmebesøg, hvis tilbuddet skal være ensartet for patienterne, uanset hvor man er indlagt, hvilken kommune man bor i, og hvilken praktiserende læge man har.

De sundhedsfaglige aktører er afhængige af informationer fra hinanden og afhængige af, at de enkelte processer i opfølgningsforløbet prioriteres, igangsættes og løses af de ansvarlige aktører. Det betyder, at arbejds- og ansvarsfordelingen mellem de enkelte aktører i forhold til de opfølgende hjemmebesøg skal være veldefineret og entydig, således at opfølgningsforløbene ikke hindres på grund af manglende koordination og kommunikation mellem de sundhedsfaglige aktører.

Sygehuspersonalet mener, at stillingstagen til opfølgende hjemmebesøg og videregivelse af informationer om anbefalet opfølgning forholdsvis nemt kan indarbejdes i de eksisterende arbejdsrutiner. Dog påpeger sygehuspersonalet, at det vil være problematisk og tidskrævende, hvis de skal ringe telefonisk besked til primærsektoren. Tilgængeligheden for telefoniske henvendelser er stadig et problem og snævre telefontider er en barriere. Principielt bør alle fagpersoner være parate til at modtage henvendelser i en større del af deres arbejdsdag, evt. uddelegeret til hjælpepersonale, og tilgængelighed bør prioriteres af alle parter.

Arbejdsopgaven med at gennemføre opfølgningsbesøgene for hjemmeplejen og de praktiserende læger kan også indarbejdes i de eksisterende rutiner, selvom opgaven her er betydelig mere krævende. Da løsning af denne arbejdsopgave ikke genererer ekstra personale, er det vigtigt at være opmærksom på, at spidsbelastningsperioder eller manglende personaleressourcer kan have stor indflydelse på gennemførelsen af patientopfølgningen. Det blev endvidere bemærket af sygehuspersonalet, at der bør stilles ekstra krav til at sikre, at epikrisen med en fremadrettet plan for patienten færdiggøres og udsendes umiddelbart i forbindelse med at patienten udskrives. Servicemålet for udsendelse af epikriser har i det tidligere Københavns Amt været at epikrisen skulle afsendes inden for 3 kalenderdage. Epikriserne sendes generelt elektronisk til de praktiserende læger, så forsinkende post undgås, men det kan være svært at få epikriserne ud til tiden. Ved det første opfølgningsbesøg forelå 90% af epikriserne. Med indførelse af den elektroniske patientjournal på hospitalerne, hvor den udskrivende læge selv skriver epikrisen direkte ind i systemet, og kan afsende til den praktiserende læge, må tiden forventes at kunne yderligere nedsættes.

Helt overordnet er der for alle parter tale om at skulle prioritere at løse en tværfaglig opgave, som kræver fleksibilitet og lydhørhed for andres behov. Et tæt samarbejde mellem aktørerne er en forudsætning for, at de opfølgende besøg kan gennemføres. Det at der ikke eksisterer et gensidigt afhængig-

hedsforhold mellem aktørerne i forhold til at foretage opfølgningen, kan være en risiko for, at opfølgningen ikke sker med deltagelse af både praktiserende læge og hjemmesygeplejerske (12).

Et godt samarbejde er afhængigt af en gensidig respekt for andres faglige kompetencer og kulturelle vilkår (11). Flere af deltagerne i fokusgruppeinterviewene oplevede, at de fælles opfølgende besøg var medvirkende til at nedbryde nogle faglige barrierer og fordomme mellem de praktiserende læger og hjemmesygeplejersker. 15% af hjemmesygeplejerskerne og 20% af lægerne fandt således, at samarbejdet er blevet bedre i forbindelse med interventionen. Samtidig er det vigtigt at være opmærksom på, at de mange forskellige involverede personalegrupper og de forskellige faglige traditioner betyder, at der kan være et forskelligt syn på behandlingen af og behovet hos den ældre patient. Derudover kan faglige forskelle i målsætninger og interesser øge risikoen for konflikt (103;104;113). Mange af deltagerne påpegede dog i fokusgruppeinterviewene, at de i forvejen har et godt og velfungerende samarbejde med de andre fagpersoner. Det er således ikke uvant for de tre aktører at arbejde sammen og være i kontakt med hinanden, hvilket er en fordel, hvis en ordning om opfølgende hjemmebesøg for svage ældre skal implementeres.

Et af forholdene, der i en eventuel fremtidig ordning bør tages stilling til er, hvorvidt en eventuel ordning med opfølgende hjemmebesøg bør være en ret for alle relevante borgere eller kun en mulighed for de borgere, hvor deres praktiserende læge og kommunen ønsker at deltage. I projektperioden var der 63% af de praktiserende læger i sygehusets optageområde, der ønskede at deltage i projektet. Årsagen til at de resterende 37% ikke ønskede at deltage i projektet, er ikke systematisk indsamlet, men der var forskellige begrundelser, fx manglende interesse i at lave en opfølgende indsats af tidsmæssige årsager. I fokusgruppeinterviewene påpegede de sundhedsfaglige aktører, at det er problematisk, hvis ordningen ikke bliver et ensartet tilbud til alle borgere, men mente samtidig, at det også er problematisk at tvinge de praktiserende læger, der er organiseret som en særlig gruppe selvstændige erhvervsdrivende, til at udføre opfølgningerne.

Aktørerne peger på, at der bør være retningslinjer for dels udvælgelsen af hvilke patienter, der skal modtage opfølgningen, og dels hvad indholdet i opfølgningen skal være. Dette er i overensstemmelse med det der anbefales for Shared Care arrangementer, idet fx retningslinjer kan være med til at lette kommunikationen og fastholde personalet i udførelsen af opgaver (11;12).

Tidligere undersøgelser har vist, at patienter med høj alder hyppigere har helbredsmæssige eller sociale problemer og at patienter med længerevarende indlæggelse får mest ud af opfølgende besøg (7;30;31). Inklusionskriterierne for patienter i studiet blev ud fra dette fastsat som ældre på 78 år og derover med en indlæggelse på minimum 2 dage for at målrette indsatsen overfor en

relevant gruppe. De sundhedsfaglige aktører opfattede patienternes udbytte af de opfølgende besøg som forholdsvist stort, men en større andel patienter blev vurderet for raske til at modtage indsatsen. 65% af hjemmesygeplejerskerne vurderede, at borgerne i høj grad eller i nogen grad har fået udbytte af de opfølgende hjemmebesøg. Den praktiserende læge vurderede tilsvarende udbytte for 56% af patienterne, når der sås på det samlede udbytte. Vurdering af relevansen af de enkelte opfølgninger blev dog vurderet en del højere. Det første opfølgningsbesøg blev således vurderet som meget eller moderat relevant for patienten hos 82% af hjemmesygeplejersken og hos 78% af lægen.

Ved fokusgruppeinterviewene fremkom aktørerne med en række patientkategorier, som de ud fra deres kliniske synsvinkel fandt relevante til at modtage en opfølgning. Disse kriterier omfatter en række helbredsmæssige og sociale problemer samt patienter med langvarige og hyppige indlæggelser (afsnit 6.2.1.1). Fokusgrupperne anbefaler, at udvælgelsen ikke sker udelukkende på baggrund af et alderskriterie. Der er i litteraturen ikke fundet klare anbefalinger for hvilke patientgrupper, der i størst grad vil drage nytte af en opfølgende indsats. Der er dog litteratur, der omtaler risikopopulationer, og specielt i forhold til geriatrisk opfølgning anbefales, at risikopatienter udvælges (targeting) (7). Fokusgruppernes anbefalinger svarer umiddelbart overens med tidligere studier, der har søgt at identificere kriterier for risikopatienter (høj alder, utilstrækkelig support hjemme, multiple kroniske problemer, depression, moderat til svært nedsat funktionsevne, mange indlæggelser, dårligt selvvurderet helbred eller tidligere vist at være noncompliant til behandlingen) (8;114-116). Der er dog ikke fundet entydige anbefalinger i litteraturen. Dette studie peger på, at der kan være en bedre effekt af interventionen for patienter med flere forudgående indlæggelser og hos patienter med dårligt selvvurderet helbred (afsnit 4.2.3). Det blev vurderet som vigtigt for motivationen blandt de sundhedsfaglige aktører, at opfølgningen sker for de svageste patienter.

Personalet oplevede generelt, at det fælles aflagte besøg betød, at patienterne føler sig taget alvorligt, og at det giver mulighed for borgeren af få en afklaring. Derudover gav mange udtryk for, at borgerne følte sig trygge ved udskrivelsen og efterbehandlingen. Der skal dog tages forbehold for, at resultaterne i projektet kan fremstå mere positivt end blandt de øvrige sundhedsfaglige aktører, da man kan forvente, at deltagerne kan have en mere positiv holdning til at udføre den opfølgende indsats. Der kan i patientevalueringen ikke genfindes nogen større forskelle mellem interventions- og kontrolpatienternes samlede vurdering af tilfredshed med det samlede indlæggelses- og efterbehandlingsforløb (afsnit 5.2.3).

Da undersøgelsen baserer sig på praktiserende læger og hjemmesygeplejersker, der har deltaget i projektet skal der derfor tages forbehold for, at holdningen til at udføre opfølgende besøg kan være anderledes end for de, der ikke deltog i projektet. Undersøgelsen af de organisatoriske aspekter på

sygehuset er undersøgt ved repræsentanter fra medicinsk og geriatrisk afdeling på Glostrup Hospital. Her gælder også, at andre holdninger og rutiner kan være gældende andre steder i landet.

6.4 Kapitelsammenfatning

6.4.1 Udvælgelse af relevante patienter

Udvælgelsen af patienter bør ske efter rimeligt faste kriterier, og det er vigtigt for fagpersonalets motivation og prioritering, at kun de mest relevante patienter bliver udvalgt. Opfølgning bør således ske for de svageste patientgrupper (fx patienter med mange genindlæggelser, kronisk og alvorligt syge, patienter med stort funktionstab eller ændring i helbredsstatus i forhold til før indlæggelsen). De faste kriterier kan støtte sygehuspersonalet i vurderingen af en patient. Dog skal der stadig være mulighed for en personlig vurdering af patienten.

Sygeplejerskerne kan med fordel varetage tovholderfunktionen i forbindelse med udvælgelse af patienterne, da de i forvejen arrangerer de praktiske ting i forbindelse med udskrivelse af en patient. Udvælgelsen skal ske i samarbejde med en læge, som skal tage aktiv del i udvælgelsen for at sikre et lægefagligt behov for opfølgningen. Hvor kontaktpersonordningen er implementeret på afdelingerne vil patientens kontaktpersoner være de centrale til at foretage udvælgelsen.

Det foreslås, at ordningen skrives ind som et fast punkt i udskrivelsesmanualen, hvis en sådan haves. Det er vigtigt, at udvælgelsen af de relevante patienter tilrettelægges som en del af de rutiner, der i forvejen ligger i forbindelse med en udskrivelsesproces. Det vil herved kun betyde et mindre ekstra tidsforbrug for personalet, og vil ikke opleves som en ekstra arbejdsbelastning eller kræve flere personaleressourcer på sygehuset. Det foretrækkes, at videregivelse af information om opfølgning sker skriftligt i forbindelse med udsendelse af epikrise og sygeplejerapport, men det er vigtigt, at beskeden fremgår separat fra epikrisen, således at lægen bliver opmærksom på opgaven.

6.4.2 Information og kommunikation

Sygehuset har en generel forpligtelse til at informere patienterne om, hvilke informationer egen læge og hjemmepleje modtager efter en indlæggelse. Personalet har således også pligt til at meddele patienten om, at de anbefaler et opfølgende hjemmebesøg i epikrisen. Der ligger derfor en problematik i forhold til de praktiserende læger, hvor ikke alle er indstillet på at udføre opfølgende hjemmebesøg. En information til patienten om at opfølgende hjemmebesøg anbefales, kan således risikere at medføre forvirring, utilfredshed og uindfriede forventninger, og dermed dårligere patientforløb, hvis opfølgningen ikke udføres.

Der er et behov for bedre kommunikation og kommunikationsværktøjer mellem sygehuset og primærsektor og mellem de praktiserende læger og hjemmeplejen, hvis ordningen med opfølgende hjemmebesøg skal fungere optimalt. Opdaterede telefonlister, og kendskab til disse, gerne oversigter over kontaktpersoner og mere fleksible træffetider efterlyses. Endvidere efterlyses flere oplysninger om patientens sociale anamnese, funktionsevne mv., og der udtrykkes behov for et fælles informationssystem. Hjemmesygeplejerskerne er generelt mere utilfredse med oplysningerne fra sygehuset end de praktiserende læger.

6.4.3 De sundhedsfaglige aktørers holdninger, samarbejde og vurdering af udbytte

De involverede sundhedsfaglige aktører er overvejende positivt stemt for at udføre de opfølgende hjemmebesøg, dog var der flere læger, som kun i mindre grad ønskede en ordning videreført. Næsten alle af de adspurgte sygeplejersker og 2/3 af de praktiserende læger ønskede i høj eller nogen grad ordningen videreført.

Oplevelsen er generelt at fælles opfølgningsbesøg gør den efterfølgende behandling samt opfølgning på genoptræning og medicinering mere effektiv, fordi læge og sygeplejerske får en fælles forståelse af patientens situation, og fordi behandling, medicin mv. kan afklares på stedet. Det påpeges også, at den personlige kontakt mellem praktiserende læge og hjemmesygeplejerske kan bløde op på eventuelle fordomme og faglige barrierer og gør de efterfølgende kontakter lettere og mere effektive. Indsatsen i projektet bidrager således til at skabe en mere sammenhængende kultur. Derudover oplever de sundhedsfaglige aktører opfølgningsbesøgene som en gevinst for de svage patienter, fordi samarbejdet mellem aktørerne om patienten kommer i centrum. Sygehuspersonalet oplever, at de vil være mere trygge ved at udskrive svage patienter.

Både de praktiserende læger og hjemmesygeplejerskerne finder, at der skal være faste rammer for hvornår besøgene skal aflægges, da der ellers kan være risiko for, at besøgene udskydes på grund af andre arbejdsopgaver. Der bør endvidere være en tjekliste eller dagsorden for opfølgningen. Dette vil bidrage til at sikre, at vigtige forhold ikke glemmes, ligesom en fast ramme forventes at betyde, at der investeres mere tid og opmærksomhed i besøgene.

6.4.4 Arbejdsbelastning

En anført barriere for at gennemføre de opfølgende hjemmebesøg er som forventet tid, da interventionen udføres af de eksisterende medarbejdere. Samarbejdet mellem de praktiserende læger og hjemmepleje i forbindelse med opfølgningsbesøgene er præget af praktiske problemer med at koordinere tidspunkterne for de fælles besøg, og få kontakt med hinanden. Det kræver således en vilje til fleksibilitet hos begge parter for at få de fælles møder i stand. Hvis man ønsker en ”Shared Care” kultur med fælles ansvar

og fælles mål, kræver det, at man prioriterer tid til koordinerende aktiviteter og ikke alene opgaver, som mere konkret er placeret i egen sfære (11). Det er i den sammenhæng positivt, at aktørerne, som har prøvet arbejdsformen finder indsatsen meningsfuld.

Sygehuspersonalet finder, at en indførelse af en ordning kun vil betyde et mindre ekstra tidsforbrug for personalet. For hjemmesygeplejen og de praktiserende læger opleves arbejdsbelastningen større, da de udfører interventionens hjemmebesøg og opfølgende kontakter. Dog beskrives det også, at man sparer tid til efterfølgende arbejdsprocesser fordi tingene kan afklares på stedet. Indstillingen til de opfølgende besøg er positiv og har en høj prioritering, hvis ordningen omhandler relevante patienter. Begge parter finder, at tidsforbruget til besøget og antallet af opfølgende kontakter bør variere afhængig af hvor kompliceret patientforløbet er.

6.4.5 Aftale- og overenskomstmæssige forudsætninger

Den overordnede forudsætning for at opfølgende hjemmebesøg kan gennemføres, er, at de deltagende organisationer, sygehusene ved regionerne, de praktiserende læger og kommunerne træffer fælles beslutning om at en ordning skal indføres. Dette kræver endvidere, at der tilvejebringes en honorarstruktur for de praktiserende læger for de opfølgende hjemmebesøg.

7 Økonomi

I dette kapitel opgøres omkostningerne til den øgede opfølgning ud fra et samfundsøkonomisk perspektiv, og der gennemføres en særskilt kasseøkonomisk analyse. Formålet med analyserne er at belyse i hvilken grad merforbruget ved en indførelse af en ordning med opfølgende hjemmebesøg vil blive opvejet af besparelser på andre sundhedsmæssige omkostninger. I forhold til den igangværende strukturreform, hvor kommunerne får øgede økonomiske pligter i forhold til borgernes brug af sundhedsvæsenet, er det relevant at opgøre de økonomiske konsekvenser for hhv. kommuner og region.

7.1 Metode

I sundhedsøkonomiske analyser skelnes der traditionelt mellem direkte, indirekte og uhåndgribelige omkostninger (117). De direkte omkostninger refererer til de ressourcer, der anvendes til behandling, mens de indirekte omkostninger omfatter det produktionstab, der er ved interventionen i forhold til at bidrage til værdiskabelse i samfundet. I dette projekt er deltagerne 78 år og derover, og betragtes ikke som erhvervsaktive. Der regnes derfor ikke med et samfundsmæssigt produktionstab for denne gruppe. De indirekte omkostninger er således ikke relevante at medtage i denne analyse. Uhåndgribelige omkostninger omfatter menneskelige omkostninger som fx angst, tvivl, smerte mv. i forbindelse med forløbet. Disse omkostninger belyses ikke økonomisk, men er søgt belyst i kapitlerne om teknologien og patientperspektivet. Det må dog forventes, at øget opfølgning ved patientens egen læge og hjemmesygeplejerske ikke vil medføre nogen gener for patienten. Analysen bliver dermed ren analyse af de direkte omkostninger.

De direkte omkostninger i forbindelse med gennemførelsen af interventionen omfatter primært personaleressourcer. Ressourcer til personale opgøres dels på sygehuset, i almen praksis og i hjemmesygeplejen. Hertil lægges transportgodtgørelse for almen praksis og hjemmesygeplejen.

For at belyse alternativomkostningen i forhold til interventionen sammenlignes gruppen af interventionspatienter, der har modtaget den øgede opfølgning med kontrolgruppen, der udskrives efter sædvanlig praksis. Der foretages en sammenligning mellem de to grupper ved at se på omkostninger til behandlinger på sygehus og i praksissektoren (ydelser fra almen praksis, speciallæger, medicin mv.). Forbruget af kommunale ydelser er opgjort i fysiske enheder, men da datagrundlaget ikke er tilstrækkeligt fyldestgørende, er der ikke foretaget en værdifastsættelse af forbruget (se nedenfor).

Omkostninger til indlæggelser er opgjort ud fra data fra Landspatientregistret, og opgøres i form af DRG-takster (Diagnose Relaterede Grupper) og ambulante kontakter opgøres i form af DAGS-takster (Dansk Ambulant GrupperingsSystem) (118). DRG-takster incl. liggetidsafhængige ydelser[32] er anvendt. Der er anvendt de takster, der var gældende året efter den en-

32 Supplerende takst for patienter, der er indlagt i en periode ud over et fastsat maksimalt antal sengedage, der dækkes af den enkelte DRG-takst

kelte registrerede udskrivelse med en fremskrivning til 2006 jf. den årlige inflationsudvikling ifølge forbrugerprisindekset fra Danmarks statistik[33]. Indlæggelser påbegyndt i en periode 26. uger efter udskrivelsen, hvor patienten blev inkluderet i projektet, er medtaget i analysen.

Forbruget af ydelser i almen praksis, hos speciallæger mm. og forbruget af medicin er opgjort ud fra data fra Sygesikringen i Københavns Amt. For ydelserne i primærsektoren er omkostningerne opgjort ud fra gældende takster (119) på ydelsestidspunktet fremskrevet med den årlige inflation (se ovenfor). I opgørelsen af forbruget af medicin er anvendt de løbende priser, som viser markedsprisen på salgstidspunktet. I opgørelserne indgår den tilskudsberettigede del af lægemiddelforbruget, der på landsplan udgør ca. 84% af det samlede forbrug af lægemidler (42).

Data for det *kommunale forbrug* er indberettet fra kommunerne på registreringsskemaer i form af forbrug i 12. uge efter udskrivelsen og i form af det samlede forbrug i perioden fra udskrivelsen og 12 uger frem. Det viste sig vanskeligt at fremskaffe de korrekte data for den enkelte borgers forbrug af kommunale ydelser for hele perioden, og for en del borgere er der tale om et skønnet forbrug og for flere mangler oplysningerne helt. Specielt for oplysninger om forbrug af hjemmesygepleje er tallene ofte anslåede (44%), da ikke alle tidsregistrerede denne ydelse i perioden. Der er for nogle af indberetningerne usikkerhed om det oplyste forbrug af hjemmesygeplejerske og hjemmehjælp er indberettet som antal timer og minutter eller som decimal timetal. Identificierede minuttal er ved registreringen omregnet til decimaltal, som var det, der ønskedes indberettet på skemaerne, og de faktiske tal i analysen over tidforbruget i kommunerne kan derfor være behæftet med usikkerhed. Fejlen i indberetningen gælder både interventions- og kontrolpatienter, og det er derfor sandsynligt, at typen af fejl er lige stor for begge deltagergrupper. For nogle patienter er der usikkerhed om der i angivelserne er taget højde for eventuelle pauser i forbruget (fx indlæggelser og ferier). Der er i undersøgelsen indsamlet oplysninger om den enkelte patients aktivitetsforbrug hhv. med og uden fysisk træning, dvs. deres brug af fysioterapi, ergoterapi og dagcenter med/uden fysisk træning. Det personale, der har udfyldt skemaerne, har ikke i alle tilfælde haft tilstrækkelig viden om patienternes aktiviteter. I mange tilfælde er disse felter således ikke udfyldt i registreringsskemaerne, og det er valgt ikke at afrapportere oplysninger om patienternes aktivitetsforbrug. Det har endvidere ikke været muligt at identificere tidspunkter for indflytninger i plejebolig, tidsperiode for ophold på aflastningspladser mv. samtidig med at data for udgåede patienter (herunder døde) ikke foreligger. Da kvaliteten af de indberettede data således ikke er fyldestgørende, er der ikke foretaget en prisfastsættelse af de registrerede ydelser. Det er endvidere vurderet, at en økonomisk evaluering af interventionens effekt på disse parametre bør omfatte en længere opfølgningsperiode end 12 uger, da det uklart i hvilket omfang omkostninger undgås eller udskyde, idet der i et kommunalt regi vil være en vis træghed i forhold til at ændre visitation af ydelser.

33 Stigningsprocenter i forbrugerprisindeks: 1,2% i 2004, 1,8% i 2005 og 2,2% i 2006 (juni)

I projektet blev inkluderet 166 patienter i interventionsgruppen og 165 patienter i kontrolgruppen. Omkostningerne til gennemførelsen af interventionen er opgjort ud fra gennemførelsesgraden af opfølgningen i projektet. Således har 93% af patienterne modtaget det 1. opfølgningsbesøg, mens henholdsvis 78% og 72% har modtaget 2. og 3. opfølgning (afsnit 3.5).

Hjemmesygeplejerske og/eller sundheds- og socialassistent deltog i 83% af de første opfølgende hjemmebesøg. Ved 2. og 3. opfølgning, hvor det var valgfrit om hjemmesygeplejen skulle deltage eller ej, faldt deltagelsen til henholdsvis 26% og 16%.

Da de økonomiske opgørelser er baseret på registerdata, er alle omkostninger relateret til sygehus og sygesikringsforbrug opgjort for alle inkluderede patienter. Projektet er gennemført efter principperne i en intention to treat analyse.

De forudsætninger og metoder, der er anvendt, er nærmere beskrevet i forbindelse med den enkelte opgørelse. Beregning af enhedsomkostninger for personalelønninger og transport er beskrevet i afsnit 7.2.1 og 7.2.2.

7.2 Omkostninger til interventionen

7.2.1 Personaleomkostninger på sygehuset og i kommunen

Til beregning af omkostninger til personaleforbruget er anvendt en gennemsnitlig bruttoløn for de pågældende faggrupper. I bruttolønnen er inkluderet alle tillæg bortset fra arbejdsbestemte tillæg, særlig feriegodtgørelse, ATP, AER og pension. For sygehuspersonalet er der anvendt en gennemsnitsløn for en sygeplejerske og i lønnen for en læge er der taget udgangspunkt i en gennemsnitsløn for en afdelingslæge. Der vil ved udskrivelsen af en patient både kunne deltage reservelæger, afdelingslæger og overlæger, og der er i valget taget hensyn til at både reservelæger og overlæger vil deltage i udskrivelsen af patienter, idet lønnen for en afdelingslæge ligger mellem de to andre typer af ansættelser. For hjemmesygeplejersker er beregnet en gennemsnitsløn for en sygeplejerske med høj anciennitet, på baggrund af oplysninger fra to kommuner (120;121).

For at beregne det reelle tidsforbrug, der anvendes til patient-/borgerrelateret arbejde er følgende metode anvendt[34]: Et årsværk udgør 1.924 timer. Herfra trækkes 229,4 timer til ferie og omsorgsdag og 59,2 timer til helligdage. Timer til fravær pga. sygdom og barsel varierer mellem faggrupperne, og fremgår af tabel 7.1. For at opgøre tiden, der reelt anvendes til patientarbejdet er endvidere fratrukket 20%[35], der antages at dække tidsforbrug til pauser, møder, kurser og andet ikke direkte patientrelateret arbejde.

Tabel 7.1 viser de omkostninger per tidsenhed, som de tre aktører i opfølgningen reelt anvender på patient-/borgerrelateret arbejde.

34 Samme metode til beregning af personaleudgifter i forhold til patientrelateret arbejde er anvendt i en MTV-analyse om sårteam (122) og en sundhedsøkonomisk analyse af rygestop før operation (123).

35 For sygehuspersonale er tidsforbruget til ikke-patientrelateret tid vurderet til 10% (122-124). For hjemmesygeplejen er dette tidsforbrug vurderet til mellem 10% (120) og 29%. (121). I sidstnævnte skøn er transporttid dog inkluderet. For ikke at underestimere tidsforbruget til ikke-patientrelateret tid anvendes 20% i beregningerne.

Tabel 7.1 Personalelønninger omregnet til pris per tid med patientkontakt

	Bruttoårsløn (kr.)	Timer til patient relateret arbejde per år [3]	Timeløn - justeret (kr.)	Enhedspris per minut med patientkontakt (kr.)
Læger (sygehus) [1]	640.000	1.244	514,47	8,57
Sygeplejersker (sygehus) [1]	327.000	1.170	279,49	4,66
Hjemmesygeplejersker [2]	353.500	1.141	309,82	5,16

[1] Gennemsnitslønninger på Glostrup Hospital, 2006 niveau. Inkluderer ikke arbejdstidsbestemte tillæg.
[2] Gennemsnitsmånedsløn for sygeplejerske med mange års erfaring (27.340 kr. (120) - 31.573 kr. (121))
[3] Beregning er beskrevet i teksten. Fravær pga. sygdom og barsel: Læger: 2,4% sygdom og 1,8% barsel. Sygeplejersker: 5,0% sygdom og 4,0% barsel (125). Hjemmesygeplejersker: 4,5% sygdom (incl. barns 1. sygedag) og 5,3% barsel (120)

7.2.2 Omkostninger til transport

Ved aflæggelse af sygebesøg modtager lægen honorar alt efter hvor lang afstanden er ud til patienten. Tabel 7.2 viser fordelingen af sygebesøg til patienter, der indgår i projektet, fordelt på de afstande, som Sygesikringen har givet honorar for. Idet størstedelen (81%) af patienterne bor i en afstand mellem 0 og 4 km fra lægen anlægges et estimat på 4 km per vej, dvs. i alt 8 km. Sygebesøg som aflægges i forbindelse med andre besøg udgør endvidere 9%, og honoreres med samme beløb som taksten for 0-4 km, dvs. i alt 90% af besøgene honoreres med laveste takst (0-4 km).

Til opgørelse af lægernes honorar for et sygebesøg anvendes en beregnet gennemsnitstakst på baggrund af de afstandsafhængige honorarer.

Tabel 7.2 Andel patienter der har modtaget sygebesøg fordelt på afstande mellem patient og praktiserende læge samt grundhonorar for besøget

Ydelse	Andel	Pris for et sygebesøg [1]
Indtil 4 km	81%	176,95
fra 5 km indtil 8 km	9%	210,64
Fra 9 km indtil 13 km	1%	242,35
Sygebesøg på ruten	9%	176,95
Gennemsnitstakst for sygebesøg		180,64

Kilde: Sygesikringen
[1] Landsoverenskomst mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg (SFU) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO), Sygesikringens Administrative Vejledning (119)

For hjemmesygeplejen er køreafstand mellem borgerne fra to kommuner oplyst mellem 750 meter og 5 km (120;121). For ikke at underestimere afstandene er det valgt at anvende den højest angivne afstand i beregningerne. Mange kommuner stiller biler til rådighed, mens andre anvender egen bil eller cykler. Ved anvendelse af egen bil gives godtgørelse jf. statens officielle takst for befordringsgodtgørelse. Fra Glostrup kommune er det oplyst, at den gennemsnitlige omkostning, alle udgifter inklusive, til drift af kommunens

biler er 3,09 kr./km (121). Det er valgt at anvende statens officielle takst for erhvervsmæssig befordringsgodtgørelse på 3,30 kr. i beregningerne.

Forskellen på afstandene fra borger og hhv. praktiserende læge og hjemmesygeplejen samt forskellene kommunerne imellem, kan skyldes, at lægerne bor spredt i kommunen, mens hjemmesygeplejen både kan være placeret ét sted i kommunen eller i lokale enheder. Lægerne aflægger typisk 1 besøg af gangen, hvorfor der anvendes en km-takst for afstanden ud og hjem fra borgeren. Hjemmesygeplejen planlægger deres daglige besøg, så de ligger i forlængelse af hinanden, og der anvendes i opgørelserne således afstanden mellem borgerne. I forhold til andre steder i landet, hvor urbaniseringen er mindre, kan kørselsafstandene være større, hvorfor der må påregnes en større udgift til transport.

7.2.3 Omkostninger på sygehus

Tidsforbrug på sygehuset til vurdering af om en patient er relevant til at modtage en opfølgning i primærsektoren, videreformidling til praktiserende læge og hjemmesygeplejen om at opfølgning skal foretages og information til patienten er ikke opgjort i projektet, da udvælgelsen er sket særskilt fra den normale udskrivelsesprocedure. I projektet blev der i forbindelse med inklusionen gennemført særlige undersøgelser og patienten blev interviewet. Der er derfor på baggrund af uafhængige vurderinger fra en sygehuslæge og den medarbejder, der har stået for inklusion af patienter til projektet, estimeret et tidsforbrug.

Ved en typisk udskrivelse planlægges udskrivelsen i et samarbejde mellem en læge og sygeplejerske, og der finder en samtale sted med patienten og eventuelt pårørende. En udvælgelse vil derfor blive en del af en allerede etableret rutine. Sygehuslægen vil kun have et begrænset ekstra tidsforbrug til at vurdere om en patient har behov for opfølgende besøg, samt at skrive information i epikrisen. Tidsforbruget er således vurderet til 2 minutter. En sygeplejerske/sekretær vil stå for informationen til patienten, samt videregivelse af information til den praktiserende læge og hjemmesygeplejen i kommunen. Ofte vil sygehuset i forvejen have kontakt til kommunen i forbindelse med udskrivelsen. Tidsforbruget er her skønnet til 8 (5-10) minutter. I alt 82% af interventionspatienterne og 81% af kontrolpatienterne modtog ved inklusionen hjælp fra kommunen i form af hjemmehjælp og/eller hjemmesygepleje. Også ved fokusgrupppeinterviewet med sygehuspersonalet blev det vurderet, at der var tale om et begrænset ekstra tidsforbrug, dog meget afhængig af om videreformidling kan ske skriftligt eller om der skal opnås en personlig kontakt med hhv. praktiserende læge og hjemmesygeplejen ud over de sædvanlige arbejdsgange.

Tabel 7.3 viser omkostningerne på sygehuset i forbindelse med interventionen. Den gennemsnitlige omkostning per patient er i alt 54 kr. Resultatet er forbundet med usikkerhed, idet et tidsforbrug må forventes at kunne variere mellem patienter. Omkostningerne vil dog stadig være af mindre omfang,

selv hvis tidsforbruget skulle være væsentligt større. En beregning af følsomheden på dette estimat kan ses i afsnittet om følsomhedsanalyser.

Tabel 7.3 Omkostninger på sygehus

Ydelse	Tidsforbrug (min) per patient	Pris (kr.) per min. [1]	Antal patienter	Totalt (kr.)
Læge	2 min	8,57	166	2.845
Sygeplejerske/evt. sekretær [2]	8 min	4,66	166	6.188
Totalt				9.033
Gennemsnitlig omkostning per inkluderet patient:			166	54

[1] Se tabel 7.1

[2] Lønudgift for sygeplejerske anvendes uanset om en del af arbejdet foretages af sekretær

7.2.4 Omkostninger i praksissektoren

Omkostninger til den praktiserende læge i forbindelse med de opfølgende kontakter baseres på de takster, som sygesikringen yder lægen i forbindelse med patientkontakten. Taksterne er fastsat i Landsoverenskomsten mellem Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og amterne ved Sygesikringens Forhandlingsudvalg (nu Regionernes lønnings- og takstnævn) (36).

I Landsoverenskomsten mellem PLO og SFU, der trådte i kraft april 2006, er der indført en ydelse (nr. 2305) for opsøgende hjemmebesøg for skrøbelige ældre, hvor formålet er at opnå indsigt i den ældres ressourcer og funktionsevne, at identificere og evt. forebygge og begrænse begyndende sundhedsproblemer, at vurdere og evt. revidere patientens medicinforbrug og at få kendskab til den ældres daglige livssituation for at kunne indgå som en kompetent samarbejdspartner i det tværfaglige sundhedsarbejde (111). Ydelsen kan anvendes én gang årligt per patient. Denne ydelse svarer godt overens med indholdet i dette projekts opfølgende besøg, og en lignende ydelse tænkes således også at kunne anvendes til en opfølgning efter et sygehusophold. Det er derfor valgt at anvende denne ydelse i nedenstående omkostningsberegning. I forhold til aflønningen i projektet for at foretage det første opfølgende hjemmebesøg er den nye ydelse lidt højere (794 kr.+30 kr. i transportudgifter) end det honorar, der er ydet i projektet (748 kr.).

I tabel 7.4 er omkostningen til den praktiserende læge for at udføre de opfølgende kontakter beregnet ud fra antal gennemførte kontakter og type af opfølgning (besøg eller konsultation i egen praksis). Den gennemsnitlige omkostning per inkluderet patient for den samlede intervention er i alt 1.052 kr. Idet udgifterne til 2. og 3. opfølgning er inkluderet i opgørelserne over omkostninger til sygesikringsydelser er den gennemsnitlige omkostning per patient for det 1. besøg opgjort særskilt, 757 kr. Beløbet er lidt lavere end den overenskomstfastsatte ydelse som følge af, at kun 93% af patienterne modtog den 1. opfølgning efter udskrivelsen.

Tabel 7.4 Omkostninger i praksissektoren

Ydelse	Pris (kr.) per ydelse [1]	Antal patienter [2]	Totalt (kr.) [3]
1. besøg hos patient	794,21	153	121.514
Km-penge (8 km á 3,80 kr)	30,40	153	4.651
1. kontakt aflagt i praksis	113,25	2	227
2. opfølgning som besøg hos patient [4]	180,64	99	17.883
Km-penge (8 km á 3,80 kr)	30,40	99	3.010
2. opfølgning som konsultation i praksis	113,25	30	3.398
3. opfølgning som besøg hos patient	180,64	86	15.535
Km-penge (8 km á 3,80 kr)	30,40	86	2.614
3. opfølgning som konsultation i praksis	176,95	33	5.839
Totalt			174.671
Gennemsnitlig omkostning per inkluderet patient ved 1. kontakt med patienten		166	757
Gennemsnitlig omkostning per inkluderet patient		166	1.052

[1] Landsoverenskomst mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg (SFU) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) (36;119)
[2] Antal patienter hvor opfølgning er foretaget
[3] Total omkostning for antal gennemført kontakter
[4] Gennemsnitlig takst beregnet ud fra andel patienter, der modtager de afstandsafhængige honorartakster jf. tabel 7.2
[5] Gennemsnitlig omkostning for 1. kontakt med patienten er opgjort særskilt. Denne anvendes i de videre beregninger, idet omkostninger til 2. og 3. opfølgning er inkluderet i de angivne omkostninger for sygesikringen

7.2.5 Omkostninger for kommunen

Omkostninger til hjemmesygeplejens indsats ved de opfølgende kontakter er opgjort ud fra det registrerede tidsforbrug til de opfølgende besøg i projektet tillagt omkostninger til transport.

Ved besøgene var kommunen primært repræsenteret ved en hjemmesygeplejerske, men ved flere besøg deltog en social- og sundhedsassistent (Sosu-assistent). Ved flere af besøgene deltog flere faggrupper[36]. Det er ikke oplyst om evt. deltagelse af social- og sundhedsassistent eller -hjælper har været planlagt eller besøget har fundet sted, mens assistenten/hjælperen samtidig har været i borgerens hjem. I opgørelsen anvendes lønudgiften for en hjemmesygeplejerske uanset hvem der har deltaget. Hvis flere har deltaget beregnes løn for to.

36 Ved 1. hjemmebesøg deltog i 110 besøg en hjemmesygeplejerske, i 8 besøg en Sosu-assistent/hjælper og i 10 besøg deltog begge faggrupper. Ved 2. opfølgning deltog i 27 besøg en sygeplejerske og i 5 besøg en Sosu-assistent/hjælper, kun ved 1 besøg deltog begge faggrupper, og ved 3. opfølgning deltog hjemmesygeplejerske i 13 besøg , en sosu-assistent/hjælper i 4 besøg og hos 2 personer deltog begge faggrupper.

Tabel 7.5 Omkostninger i hjemmesygeplejen

Ydelse	Tidsforbrug [1] (min) eller km per patient	Pris (kr.) per enhed [2]	Antal patienter [3]	Totalt (kr.) [4]
1. besøg hos patient				
Deltagelse af:				
1 fagperson	46,7	5,16	118	28.447
2 fagpersoner	93,4	5,16	10	4.822
Km-penge [5]	5	3,30	128	2.112
2. opfølgning				
Deltagelse af:				
1 fagperson	28,8	5,16	32	4.755
2 fagpersoner	57,6	5,16	1	297
Km-penge [5]	5	3,30	33	545
3. opfølgning				
Deltagelse af:				
1 fagperson	23,4	5,16	17	2.054
2 fagpersoner	46,8	5,16	2	483
Km-penge [5]	5	3,30	19	314
Totalt				43.828
Gennemsnitlig omkostning per inkluderet patient:			166	264

[1] Tidsforbrug til transport er inkluderet
[2] Se tabel 7.1 for pris per tidsforbrug
[3] Antal patienter hvor opfølgning er foretaget
[4] Total omkostning for antal gennemførte kontakter
[5] Statens takst for erhvervsmæssig befordringsgodtgørelse på 3,30 kr. anvendes

7.3 Behandlingsomkostninger

7.3.1 Omkostninger til behandling på sygehuse

I tabel 7.6 er listet de omkostninger, der har været til de deltagende patienter i en periode på 26 uger efter udskrivelsen, hvor inklusion til projektet fandt sted. Der er medtaget omkostninger til ambulante behandlinger og til indlæggelser.

For interventionspatienterne ses væsentligt færre omkostninger til indlæggelser i forhold til kontrolpatienterne, men lidt flere omkostninger til ambulante kontakter. Samlet set er der en gennemsnitlig besparelse på lidt under 8.000 kr. per patient i perioden. Idet interventionen omhandler medicinske patienter, er der også set på forskellen mellem indlæggelser på medicinske afdelinger og øvrige indlæggelser (afsnit 4.2.3). Der ses på begge typer af afdelingsindlæggelser færre omkostninger for interventionspatienterne. Forskellen mellem interventions- og kontrolgruppen for de ikke medicinske afdelinger skyldes primært akutte indlæggelser på de ortopædkirurgiske afdelinger som følge af fald. Idet hensigten med de opfølgende hjemmebesøg er en helhedsvurdering af patienten, vurderes det rimeligt at antage, at interventionen kan have effekt på dette forhold. Det samlede antal indlæggelser anvendes derfor i udgangspunktet for de videre beregninger.

Tabel 7.6 Omkostninger til sygehusbehandling – gennemsnit per patient i kr. for en periode på 26 uger efter inklusion i projektet

	Intervention	Kontrol	Meromkostning per interventionspatient
Ambulant behandling	5.916	5.616	300
Alle indlæggelser [1]	27.190	35.470	-8.280
Indlæggelser på medicinske afdelinger [2]	22.418	29.676	-7.258
Indlæggelser på ikke medicinske afdelinger [2]	4.772	5.794	-1.021
Total alle indlæggelser og ambulant behandling	33.106	41.086	-7.980

Kilde: Landspatientregistret (DRG incl. langligger takst og DAKS-takster omregnet til 2006-priser)
[1] Samlede indlæggelsesforløb der er påbegyndt i perioden er medtaget
[2] Omkostninger fordelt på afdelinger er opgjort ud fra DRG-taksten for udskrivelsen fordelt efter forholdet mellem de afdelingsspecifikke DRG-takster

Forskellen mellem omkostningerne i de to grupper reduceres med ca. 3.400 kr., hvis de, der er døde i de to grupper, fjernes fra omkostningsanalysen, hvorfor en del af omkostningsforskellen kan ses relateret til tendensen til en lavere dødelighed i interventionsgruppen. At det er de mest syge, herunder også de der dør, der har det største ressourceforbrug i sundhedsvæsenet i de 26 uger efter udskrivelse er forventeligt, og tilsvarende vil forskellen mellem de to grupper blive mindre, når en større andel af patienter med et højt ressourceforbrug udelades af den ene gruppe.

7.3.2 Omkostninger i den primære sundhedssektor

Omkostningerne i den primære sundhedssektor udgøres af omkostninger til kommunale ydelser i form af hjemmesygepleje, hjemmehjælp, hjælpemidler, plejebolig mm. og omkostninger til ydelser som lægehjælp, medicin, laboratorieydelser, fysioterapi mm., hvor sygesikringen typisk betaler enten den fulde ydelse eller en andel af omkostningen. Endvidere indgår patientens omkostninger.

7.3.2.1 Kommunale ydelser

Der er indsamlet data for forbruget af kommunale ydelser i 12. uge efter udskrivelsen samt for den samlede periode fra udskrivelsen til 12 uger efter. Idet datagrundlaget ikke er tilstrækkeligt fyldestgørende, er der ikke foretaget en værdifastsættelse af forbruget (se afsnit 7.1 Metode). De indsamlede forbrugsdata præsenteres nærmere nedenfor.

Der er ud fra de indsamlede data ikke fundet signifikante forskelle mellem intervetions- og kontrolgruppen. Dog er forbruget af hjemmesygeplejerske højere i interventionsgruppen, hvilket bl.a. antages at være en følge af, at interventionspatienterne får mere medicin end kontrolpatienterne, og at flere interventionspatienter får dosisophældt deres medicin (afsnit 4.2.1.4). Ved inklusionen havde interventionspatienterne også fået tildelt lidt mere hjælp fra hjemmesygeplejerske end kontrolgruppen (afsnit 3.4.1.5), og der var således også en forskel inden interventionens start. De registrerede forskelle

var ikke signifikante. Der ses ingen væsentlige forskelle i hjemmehjælp, madordning, tildeling af hjælpemidler og boligændringer. Samlet set er der ud fra de registrerede data ikke et klart billede, som vi kan tilskrive interventionen. Der er dog en tendens til at færre patienter i interventionsgruppen flytter i plejebolig i forhold til kontrolgruppen.

7.3.3 Forbrug i 12. uge efter udskrivelsen

Sammenlignes forbruget i 12. uge efter udskrivelsen med forbruget ved inklusion ses kun mindre forskelle i forbruget af kommunale ydelser mellem de to grupper, dog er omfanget af ydelser fra hjemmeplejen i begge grupper lidt lavere i 12. uge efter udskrivelsen end ved inklusionen (tabel 3.6 i afsnit 3.4.1.5 og tabel 7.7). Der er ikke forskel i patienternes forbrug af madordning fra udskrivelsen og til 12 uger efter. 30-32% af både interventions- og kontrolpatienterne får mad 7 dage ugentligt, mens 62-65% ikke har madordning.

Tabel 7.7 Kommunale ydelser i 12. uge efter udskrivelsen [1]

	Intervention					**Kontrol**					**P-værdi [2]**
	25%	Median	75%	Max	Middel-værdi	25%	Median	75%	Max	Middel-værdi	
Antal timer hjemmehjælp[4,6]	0,8	2,7	7,5	115,1	6,8	0,5	2,8	8,0	38,5	5,1	0,78
Antal timer hjemmesygepleje[5,6]	0	0,3	0,5	66,5	1,2	0	0,1	0,7	18,0	0,7	0,52
Måltider i 12. uge[7]	3% får mad 1-6 dage 32% får mad 7 dage ugentlig 65% har ingen madordning					8% får mad 1-6 dage 30% får mad 7 dage ugentlig 62% har ingen madordning					0,18[3]

[1] Data opgjort for inkluderede patienter ekskl. bortfald (148 interventionspatienter og 145 kontrolpatienter)
[2] Wilcoxon rang test
[3] Chi^2 -test
[4] 10 personer i interventionsgruppen og 7 i kontrolgruppen mangler oplysning om totalt forbrug af hjemmehjælp
[5] 15 personer i interventionsgruppen og 17 i kontrolgruppen mangler oplysning om antal timer hjemmesygepleje. For 35% af patienterne angav kommunen værdierne som anslåede
[6] En patient angives at have et meget højt forbrug af hjemmehjælp og hjemmesygeplejerske
[7] 19 personer i interventionsgruppen og 14 i kontrolgruppen mangler oplysning om antal måltider

7.3.4 Samlet forbrug i perioden fra udskrivelse og 12 uger frem

I det samlede forbrug opgjort for perioden fra udskrivelsen og 12 uger frem ses en retning i data, der tyder på et større forbrug af specielt hjemmesygeplejerske i interventionsgruppen (tabel 7.8). At interventionsgruppen ved baseline havde tendens til et større forbrug samtidig med at hjemmesygeplejen deltog i langt størstedelen af interventionens hjemmebesøg bidrager til denne udvikling.

Tabel 7.8 Kommunale ydelser fra udskrivelse og 12 uger frem[1]

Kommunale ydelser	Intervention					Kontrol					P-værdi[2]
	25%	Median	75%	Max	Middel-værdi	25%	Median	75%	Max	Middel-værdi	
Antal timer hjemmehjælp[4,5]	8,4	32,8	52,4	1611,1	85,3	4,2	30,7	93,8	432,0	56,8	0,61
Antal timer hjemmesygepleje[4,6]	0,5	3,0	6,1	807,5	14,4	0	2,0	6,0	125,0	6,8	0,23
Måltider[7]	11% fået mad 1-6 dage ugentligt 26% fået mad 7 dage ugentlig 64% har ingen madordning					13% fået mad 1-6 dage ugentligt 28% fået mad 7 dage ugentlig 60% har ingen madordning					0,75[3]

[1] Data opgjort for inkluderede patienter ekskl. bortfald (148 interventionspatienter og 145 kontrolpatienter)
[2] Wilcoxon rang test
[3] Chi² -test
[4] En patient angives at have et et ekstremt højt forbrug af hjemmehjælp og hjemmesygeplejerske
[5] 12 personer i interventionsgruppen og 8 i kontrolgruppen mangler oplysning om totalt forbrug af hjemmehjælp
[6] 12 personer i interventionsgruppen og 15 i kontrolgruppen mangler oplysning om antal timer hjemmesygepleje. For 44% af patienterne angav kommunen værdierne som anslåede
[7] 19 personer i interventionsgruppen og 15 i kontrolgruppen mangler oplysning om antal måltider

En lige stor andel (32%) af både interventions- og kontrolpatienter har fået tildelt hjælpemidler i perioden, og der er ikke forskel på typen af tildelte hjælpemidler i de to patientgrupper (tabel 7.9). Kun få patienter i begge grupper har fået tildelt boligændringer i perioden.

Tabel 7.9 Tildeling af hjælpemidler og boligændringer fra udskrivelse og 12 uger frem[1]

	Intervention		Kontrol		P-værdi[2]
	Antal patienter	%	Antal patienter	%	
Tildelt hjælpemidler[3]	43	32%	42	32%	0,93
Tildelt boligændringer[4]	8	6%	4	3%	0,22
Flyttet bolig siden udskrivelsen[5]	8	6%	13	10%	0,25
Flyttet til plejebolig	1	1%	7	5%	0,067

[1] Data opgjort for inkluderede patienter ekskl. bortfald (148 interventionspatienter og 145 kontrolpatienter)
[2] Chi² –test og Monte Carlo Estimate for the Exact Test
[3] 14 patienter i interventionsgruppen og 12 i kontrolgruppen mangler oplysning om hjælpemidler
De tildelte hjælpemidler er (intervention/kontrol): Rollator (13/18), bækkenbænk (17/11), forhøjeklodser til seng/sofa (5/6) og nødkald (4/7). Derudover er tildelt kørestol, håndgreb, toiletforhøjer og specialseng
[4] 16 patienter i interventionsgruppen og 10 i kontrolgruppen mangler oplysning om boligændringer
Boligændringerne består af (intervention/kontrol): Opsætning af håndgreb og gelænder (5/1), fjernelse af dørtrin (2/1), fjernelse af løse gulvtæpper mv. (1/2)
[5] 16 patienter i interventionsgruppen og 13 i kontrolgruppen mangler oplysning om de har flyttet bolig.
Boligændringer (intervention/kontrol): plejebolig (1/7), ældrebolig (2/3), aflastningsplads (4/2), venteplads (0/1), genoptræningsophold (1/0)

6-10% af patienterne skiftet bolig siden udskrivelsen. Lidt flere kontrolpatienter end interventionspatienter har flyttet bolig, men forskellen er ikke signifikant. Der er dog tendens til at flere i kontrolgruppen flytter i plejebolig. Af de 13 kontrolpatienter, der er flyttet, er 7 flyttet fra eget hjem til en plejebolig. Blandt interventionspatienterne er det 1 patient ud af 8, der er flyttet i plejebolig.

At der er en tendens til et større forbrug af både hjemmesygepleje og hjemmehjælp i interventionsgruppen kunne i princippet begrundes med, at patienterne i kontrolgruppen samlet set er 124 dage mere på sygehuset, hvorfor der i denne periode er en økonomisk besparelse for kommunen, som derfor burde medregnes i den samlede økonomiske opgørelser. Modsat tæller dog, at en væsentlig større andel af patienterne ender med at flytte på plejebolig, som derfor ikke registerteknisk optræder med et forbrug af hjemmehjælp og hjemmesygepleje. At forskellen i gennemsnittet (tabel 7.8) kan være relateret til et lavere plejeboligforbrug støttes af, at merforbrug i interventionsgruppen i væsentlig grad skal tilskrives få personer med et meget højt forbrug. Endvidere har de personer i interventionsgruppen, der flytter bolig i perioden, et væsentligt højere forbrug af ydelser (gennemsnitligt 191 timers hjemmehjælp) i forhold til de patienter i kontrolgruppen, der flytter bolig (gennemsnitligt 90 timers hjemmehjælp), hvilket kan tilskrives, at patienterne opholder sig i længere tid i hjemmet og har behov for mere hjælp.

Teknisk set ville det være muligt, at opgøre omkostningsforskellen mellem de to grupper, for hhv. hjemmehjælp, hjemmesygepleje og plejeboligydelser. Det økonomiske estimatet vil dog være ekstremt følsomt overfor værdisætningen af det reducerede forbrug af plejeboligydelser, både fordi prisen for plejeboligydelse er ganske høj (ca. 400.000 om året (126)), og fordi observationen kun dækker en 12 ugers periode, mens opholdet på en plejebolig må forventes at være betydeligt længere

7.3.4.1 Sygesikringsydelser og patientomkostninger

Oplysningerne om sygesikringsydelser og patientomkostninger er opgjort ud fra data fra Sygesikringsregistret.

Tabel 7.10 viser omkostningerne til anvendelsen af ydelser, der betales fuldt eller delvist af sygesikringen fordelt på sygesikringens andel og patientens andel. Vi har valgt at medtage alle ydelser ekskl. tandlægehjælp. Ydelser fra alment praktiserende læge, speciallæger, forbrug af medicin med tilskud, laboratorieydelser og ydelser for fysioterapeut, kiropraktor og fodterapi er således inkluderet. Det har ikke været muligt at opgøre patientens egenbetaling for fysioterapi, kiropraktorhjælp og fodterapi.

Af tabellen fremgår, at interventionspatienterne har et højere forbrug af alment praktiserende læge og medicin. Det skal dog bemærkes, at der i omkostningerne til alment praktiserende læge er inkluderet den 2. og 3. opfølgende kontakt. Som omtalt i teknologikapitlet er det ikke med sikkerhed

muligt at konkludere om det øgede forbrug af medicin i interventionsgruppen udelukkende skyldes interventionen, eller om der har været en initial forskel på grupperne inden interventionsperioden (kapitel 4).

Tabel 7.10 Omkostninger i den primære sundhedssektor incl. patientandel – gennemsnit per patient i kr. for en periode på 26 uger efter inklusion i projektet

	Intervention	Kontrol	Meromkostning per interventionspatient
Sygesikringsydelser			
Alment praktiserende læger [1]	1.392	1.032	360
Speciallæger	184	278	-94
Tilskudsberettiget medicin [2]	4.225	3.213	1.012
Laboratorieundersøgelser	291	284	7
Fysioterapi	275	167	108
Kiropraktor og fodterapeuter	56	25	31
Totalt	6.423	4.999	1.424
Patient [3]			
Tilskudsberettiget medicin [2]	1.560	1.092	468

Kilde: Sygesikringen

[1] I data for alment praktiserende læger er omkostningerne til 2. og 3. opfølgning inkluderet. Kun 1. opfølgning er afregnet separat. Forbrug af vagtlæger er inkluderet

[2] Løbende priser er anvendt

[3] Det har ikke været muligt at opgøre patientens eventuelle egenbetaling for fysioterapi, kiropraktorhjælp og fodterapi

7.3.5 Samlede omkostninger

Tabel 7.11 viser de samlede omkostninger til sygehusbehandling og behandling i den primære sundhedssektor opgjort ud fra de ydelser, som betales af sygesikringen til patientbehandling. De kommunale omkostninger er som beskrevet udeladt af analysen, idet det indsamlede datagrundlag ikke er tilstrækkeligt fyldestgørende til at indgå i den økonomiske analyse. Det har således ikke været muligt at indsamle valide data om blandt andet forbruget af fysioterapi og genoptræning i kommunerne samtidig med at omkostninger i forbindelse med flytning til plejebolig eller aflastningsplads ikke findes opgjort.

Der er færre udgifter til sygehusbehandling for interventionspatienterne i kraft af færre indlæggelser i perioden (se afsnit 4.2.3), mens der er øgede udgifter til specielt medicin og ydelser fra den alment praktiserende læge.

Tabel 7.11 Samlede omkostninger – gennemsnit per patient i kr. for en periode på 26 uger efter inklusion i projektet

	Intervention	Kontrol	Meromkostning per interventionspatient (95%-konfidensinterval) [1]	
Omkostninger på sygehus til iværksættelse af opfølgning	54		54	
Omkostninger til 1. hjemmebesøg ved praktiserende læge [2]	761		761	
Omkostninger til 1. hjemmebesøg ved hjemmesygeplejen	264		264	
Sygehusbehandling	33.106	41.086	-7.980	(-20.198; 3.673)
Behandling i primær sundhedssektor (sygeskringsydelser) [3]	6.423	4.999	1.424	(449; 2.352)
Patientandel tilskudsberettiget medicin	1.560	1.092	468	(217; 738)
Totalt [4]	42.168	47.176	-5.008	(-17.459; 6.849)

[1] Empirisk 95% konfidensinterval baseret på 10.000 bootstrap samples
[2] Øvrige omkostninger forbundet med opfølgningen er inkluderet under behandling i primær sundhedssektor
[3] Kommunale udgifter omfatter kun interventionsomkostninger. Øvrige omkostninger er ikke inkluderet
[4] Ekskluderes døde af analyserne mindskes forskellen mellem grupperne og den gennemsnitlige besparelse bliver 1.705 kr.

Der er en stor bredde i størrelsen af omkostningerne for den enkelte patient: For de samlede opgjorte omkostninger varierer omkostningerne fra 2.600 – 348.000 blandt interventionspatienterne og fra 0 – 410.000 kr. blandt kontrolpatienterne (figur 7.12). Den mediane omkostning er 20.219 hos interventionspatienterne mod 24.241 hos kontrolpatienterne.

Tabel 7.12 Omkostninger til sygehusbehandling, sygesikringstiskud og patientbetaling (kr.)

		Min	25%	Median	75%	Max	Middel
Sygehusbehandling	Intervention	0	1.360	9.163	48.955	330.327	33.106
	Kontrol	0	2.709	18.901	61.215	401.617	41.085
Sygesikringsydelser	Intervention	527	3.461	5.449	7.976	25.530	6.423
	Kontrol	0	1.864	4.084	6.748	38.046	4.998
Patientbetaling	Intervention	25	567	1.300	2.094	12.406	1.560
(tilskudsberettiget medicin)	Kontrol	0	520	853	1.482	6.424	1.092
Totale omkostninger	Intervention	2.639	9.134	20.219	57,720	348.069	42.168
	Kontrol	0	9.274	24.241	68.634	410.356	47.176

På baggrund af den gennemførte analyse kan det konkluderes, at der gennemsnitligt kan forventes at være færre udgifter ved en indførelse af en ordning med øget opfølgning til ældre efter et sygehusophold i forhold til en sædvanlig udskrivelse. Analysen finder således en gennemsnitlig besparelse på 5.000 kr. per patient indenfor en periode på ½ år efter starten af den opfølgende indsats, idet omkostningerne til interventionen mere end modsvares af besparelsen på sygehusforbruget. Besparelsen findes ikke statistisk set signifikant.

En del af forskellen i sygehusomkostningerne mellem de to grupper skyldes større omkostninger til dødsfald i kontrolgruppen, både fordi dødsfaldene i kontrolgruppe er dyrere (gennemsnitligt 62.372 kr. i interventionsgruppen med 85.668 kr. i kontrolgruppen), og fordi der er flere dødsfald i kontrolgruppen. Hvis alle de opgjorte omkostningerne for patienter, der er døde indenfor 26 uger efter udskrivelse, ekskluderes fra analysen, vil omkostningsestimatet dog stadig være negativt, samtidig med at der kan identificeres en række både statistisk signifikante og ikke signifikante helbredseffekter, samt tendens til et lavere forbrug af plejeboligydelser, som ikke er indregnet i den økonomiske analyse.

7.4 Kasseøkonomisk opgørelse

Amterne har hidtil afholdt alle udgifter til patientbehandlingen på sygehusene og til den tilskudsberettigede del af ydelserne i praksissektoren, dvs. alment praktiserende læger, speciallæger, fysioterapi mm. samt medicin. Kommunerne har betalt for udgifter omkring sygepleje, almindelig pleje, hjælpemidler mm. i borgerens hjem. I forbindelse med strukturreformen, der trådte i kraft januar 2007, skal kommunerne fremover betale omkostningerne til en del af patientens forbrug af sygehusene og ydelser i den øvrige primærsektor (127). Det er således relevant at opgøre de økonomiske konsekvenser for hhv. kommuner og regioner, hvis en ordning med øget opfølgning af den ældre patient blev indført.

Opgørelse af den kommunale medfinansiering vil fremover ske på grundlag af et cirkulære om aktivitetsbestemt kommunal medfinansiering på sundhedsområdet (128;129).

Patientens bopælskommune skal således fremover finansiere 30% af sygehusudgifterne opgjort i DRG-takster inden for det somatiske område og 60% af sengedagstaksten inden for det psykiatriske område (128). Der er dog sat et maksimumbeløb på hvor store udgifter kommunerne skal betale per patientindlæggelse, hhv. 4.362 kr. for somatiske indlæggelser og 6.978 kr. for psykiatriske indlæggelser (2006-priser). Idet indlæggelserne for patienterne i projektet udelukkende har været somatiske anvendes taksten for dette. For ambulant behandling på sygehusene skal kommunerne fremover betale 30% inden for både somatisk og psykiatrisk behandling med et maksimumbeløb på 290 kr. per behandling for den somatiske del (2006-priser).

For genoptræning der foregår under indlæggelse vil kommunens finansiering udgøre 70% af DRG-taksten. Genoptræning der foregår som ambulant genoptræning på sygehuset skal finansieres 100% af kommunen (129). Idet det ud fra den historiske anvendelse af diagnosekodningen ikke er muligt at afgrænse hvilke indlæggelser og ambulante kontakter, der vil blive grupperet som genoptræning i den fremtidige betalingsstruktur, er alle indlæggelser afregnet efter reglerne om somatisk indlæggelse. Der vil endvidere være en kommunal betaling for færdigbehandlede patienter, der ikke kan hjemsen-

des til egen bolig. Det er ikke muligt at opgøre omfanget af dette, men det skønnes at det kun vil omhandle et mindre antal patienter.

På sygesikringsområdet udgør den kommunale medfinansiering for ydelser fra alment praktiserende læger 10% af bruttohonoraret. Medfinansieringen omfatter kun udgifterne til bruttohonoraret for grundydelser, dvs. fx tillægsydelser indgår ikke i medfinansieringen. Alle ydelser er dog medtaget i denne opgørelse, og der vil således være en mindre overestimering af kommunens andel. For speciallæger udgør medfinansieringen 30% af bruttohonoraret. Der er i denne analyse ikke taget hensyn til, at der forventes at være en speciel udregning af medfinansieringen, hvis patienten modtager flere ydelser i forbindelse med samme kontakt. For øvrige behandlinger i primærsektoren betaler kommunen 10% af bruttohonoraret.

Tabel 7.13 Omkostninger fordelt på patienten, kommunerne og regionen – gennemsnit per inkluderet patient i kr. for en 26 ugers periode

	Intervention	Kontrol	Meromkostning per interventionspatient
Patienten/kommunen [1]			
Medicin	1.560	1.092	468
Kommunen [2]			
Sygehusbehandling	4.336	4.843	-507
Primær sundhedssektor	477	189	288
Totalt	4.813	5.032	-219
Regionen			
Sygehusbehandling	28.824	36.243	-7.419
Primær sundhedssektor	6.971	4.809	2.162
Totalt	35.795	41.052	-5.257
Totalt	42.168	47.176	-5.008

[1] Det har ikke været muligt at opgøre i hvilket omfang kommunen yder tilskud til patientens egenbetaling. Endvidere indgår patientens eventuelle egenbetaling ved fx fysioterapi ikke
[2] Ekskl. direkte kommunale omkostninger udover interventionen
Anm. Forudsætninger for beregning er beskrevet i teksten

Det ses af tabel 7.13, at der er en samlet gennemsnitlig besparelse for både kommunerne og regionen for interventionspatienterne i forhold til kontrolpatienterne. For patienten ses en øget udgift pga. et større forbrug af medicin. Besparelsen er størst hos regionen. Det kan ikke udelukkes, at omkostningerne for kommunen kan være højere, idet fx genoptræning i kommuneregi ikke er medtaget i analysen.

7.5 Følsomhedsanalyser

Denne økonomiske analyse bygger på en række antagelser i forhold til den estimerede tid på sygehuset, men også omkostningerne til hjemmesygeplejens tid må antages at kunne variere. Omkostningerne til den praktiserendes læges tidsforbrug dækkes af honorarer, som er overenskomstmæssigt

fastsat. I en direkte omkostningsopgørelse vil omkostningerne til lægens tid derfor være uændrede uanset den tid den enkelte læge anvender, mens omkostningerne til sygehuspersonalets og hjemmesygeplejens tid vil kunne variere. Der ses derfor på betydningen af variation på disse parametre.

Tiden til iværksættelse af opfølgningen på sygehuset er som beskrevet estimeret på baggrund af skøn. Det vil formentligt være forskelligt fra patient til patient, hvor megen tid sygehuspersonalet skal anvende til at vurdere, hvorvidt patienten bør have en opfølgning i primærsektoren, og til at iværksætte opfølgningen ved at give besked til lægen og hjemmesygeplejen samt skrive ekstra information om opfølgningen i epikrisen. Det er dog fra alle adspurgte parter vurderet, at tidsforbruget for den enkelte patient til at udvælge og iværksætte opfølgningen vil være begrænset. Det er dog angivet, at tidsforbruget afhænger af, hvorvidt sygehuspersonalet skal have personlig kontakt med lægen og hjemmesygeplejen omkring iværksættelsen af opfølgningen eller blot give en skriftlig besked. Hvis tidsforbruget hos både læge og sygeplejerske fordobles hhv. tredobles i forhold til det, der er anvendt i beregningerne (2 min. til lægen og 8 min. til sygeplejerske/sekretær) vil udgifterne på sygehuset være hhv. 109 og 163 kr. mod 54 kr. i opgørelsen.

Opgørelserne af hjemmesygeplejerskernes forbrugte tid er baseret på de angivelser af tidsforbrug til hjemmebesøget incl. tid til transport, der blev registreret i forbindelse med besøgene. Da tid ofte underestimeres er det relevant at undersøge betydningen af angivelsen af hjemmesygeplejerskernes tidsforbrug. Hvis tidsforbruget hos sygeplejerskerne fordobles hhv. tredobles, vil omkostningerne for hjemmesygeplejen være hhv. 510 og 756 kr. mod 264 kr. i opgørelsen. Kørselsafstanden frem til den besøgte borger vil endvidere variere fra kommune til kommune og fra borger til borger. I analysen er anvendt en afstand på 5 km. Hvis denne afstand fordobles hhv. tredobles samtidig at tidsforbruget fordobles hhv. tredobles vil de samlede omkostninger for hjemmesygeplejen være hhv. 528 og 792 kr.

Set i forhold til den samlede gennemsnitlige besparelse på 5.000 kr. for interventionsgruppen i forhold til kontrolgruppen, vil en to- eller tredobling af sygehuspersonalets og hjemmesygeplejens tidsforbrug ikke ændre på konklusionen, at analysen viser en besparelse ved at indføre den øgede opfølgning til patienterne.

Det har ikke været muligt at indsamle tilstrækkelige data om fx hjælp fra kommunen til genoptræning til at belyse eventuelle forskelle mellem interventions- og kontrolpatienterne (afsnit 7.1). Hos interventionspatienterne blev der ved 1. opfølgningsbesøg fundet et behov for genoptræning hos 21% af patienterne, men det er således ikke muligt at vurdere, hvorvidt dette har betydet, at interventionspatienterne har fået iværksat mere genoptræning i kommunerne end kontrolpatienterne. Endvidere er omkostninger i forbindelse med flytning til fx plejebolig og midlertidig placering på aflastningsplads ikke opgjort. Da en større andel af kontrolpatienterne skifter

bolig i perioden, vil dette formentlig betyde en merudgift for denne gruppe. Oplysninger om det kommunale forbrug for patienter, der ikke gennemførte evalueringen i 12. uge (herunder døde) foreligger endvidere ikke. Forhold omkring de kommunale ydelser er nærmere beskrevet i afsnit 7.1 og 7.3.2.

I forhold til den kasseøkonomiske opgørelse har det ikke været muligt at estimere omkostningerne til genoptræning på sygehusene som i højere grad forventes at blive finansieret af kommunen i forbindelse med strukturreformen. Derfor kan omkostninger til sygehusforbruget for både kommunerne og regionen være anderledes end det fremgår af tabel 7.13. Det skal bemærkes, at hovedparten af indlæggelserne på de ortopædkirurgiske afdelinger, hvor der typisk følger genoptræning, var kontrolpatienter, der ikke modtog den øgede opfølgning. For denne type indlæggelser må det derfor forventes, at der vil være højere omkostninger til kontrolgruppen i forhold til interventionsgruppen.

7.6 Diskussion og kapitelsammenfatning

Den samlede økonomiske analyse tyder på, at interventionen er omkostningsneutral med tendens til en samfundsøkonomisk besparelse. Analysen viser en gennemsnitlig besparelse på 5.000 kr. per patient over en halvårs periode, idet øgede omkostninger til sygesikringsydelser i primærsektoren mere end opvejes af en besparelse på sygehusbehandling. I analysen indgår samtlige interventionsomkostninger i kommunerne, på hospitalerne og for sygesikringen (praktiserende læger, medicin mv.). For de afledte omkostninger indgår hospitalsbehandling og sygesikringsydelser, mens de samlede afledte kommunale ydelser ikke har kunnet opgøres.

Der er en tendens til et større forbrug af både hjemmesygepleje og hjemmehjælp i interventionsgruppen, hvilket i princippet kan begrundes med, at patienterne i kontrolgruppen samlet set er mere på sygehuset. Modsat tæller, at flere i kontrolgruppen ender med at flytte på plejehjem, hvorfor de registerteknisk ikke længere optræder med et forbrug af hjemmehjælp og hjemmesygepleje. Samlet set har datakvaliteten for de kommunale indberetninger ikke været tilstrækkelig til, at det giver mening at værdisætte ressourceforbruget, hvorfor dette forbrug ikke er indregnet i den økonomiske analyse.

Den samlede gennemsnitlige besparelse er ikke statistisk signifikant, hverken samlet set, eller for sygehusforbruget. At den statistisk signifikante forskel i antallet af indlæggelser ikke kan genfindes som en økonomisk statistisk signifikant forskel, hænger sammen med, at der er en meget stor spredning i omkostningerne for den enkelte indlæggelse, hvorfor påvisningen af en statistisk signifikant økonomisk forskel, vil kræve en større stikprøve end påvisningen af en statistisk signifikant forskel i antallet af genindlæggelser. Den manglende signifikante økonomiske forskel betyder dog ikke, at resultaterne ikke har en planlægningsrelevans. De danske retningslinier for

sundhedsøkonomiske analyser, som fx danner basis for tildeling af generelt tilskud til lægemidler kræver fx ikke, at forskelle i det økonomiske ressourceforbrug er signifikant for at blive medtaget i beslutningsgrundlaget. Selv hvis de økonomisk tunge patienter som dør udelades fra analysen, er omkostningsestimatet i udgangspunktet stadig negativt. På effektsiden er samtidig en række både statistisk signifikante og ikke signifikante helbredseffekter. Endvidere er der en tendens til et lavere forbrug af plejeboligydelser, som ikke er indregnet i den økonomiske analyse, og som et økonomisk estimat for de kommunale ydelser vil være meget følsomt overfor. En påvisning af et evt. statistisk signifikant lavere ressourceforbrug vil kræve et større studie. Derfor vil det være relevant at lave en længere registerteknisk opfølgning af både ressourceforbruget og effekterne, og der bør følge nøje op på sygehusforbrug ved en evt. idriftsættelse for at vurdere om studiets resultater kan genfindes i praksis.

I relation til den fremtidige betalingsstruktur, hvor kommunerne medfinansierer borgernes forbrug af sygehusbehandling og behandling i primærsektoren, ses i analysen en besparelse for både regionen og kommunerne. Besparelsen for kommunerne er dog af mindre omfang, og under hensyn til den generelle usikkerhed ved beregningerne, må det konkluderes, at interventionen kan anses for at være udgiftsneutral for kommunen.

Det er dog en begrænsning i analysen, at der ikke er tilstrækkelige oplysninger for det kommunale forbrug til at foretage en detaljeret analyse på dette område. Der vil som nævnt både være forhold, som kan betyde en omkostning for kommunen samt forhold der kan betyde en besparelse på de kommunale budgetter. Således vil interventionen kunne betyde justeringer i den tildelte hjælp fra kommunen i form af hjemmehjælp, hjemmesygeplejerske, hjælpemidler, genoptræning mm. Som i et tidligere dansk studie med opfølgende hjemmebesøg til ældre ved sygeplejerske og praktiserende læge (9) ses en tendens til færre indflytninger i plejebolig hos interventionsgruppen, hvilket vil give en besparelse, men omvendt vil flere indlæggelser og dødsfald i kontrolgruppen betyde sparet hjemmehjælp og hjemmesygepleje mm. i kontrolgruppen. De indsamlede data om kommunale ydelser giver ikke et entydigt billede af interventionens samlede effekt på disse parametre. Det har ikke været muligt at opgøre det kommunale forbrug af fysisk træning, herunder genoptræning, samt i hvilket omfang kommunen fremover skal betale for genoptræning på sygehusene.

De øgede omkostninger i primærsektoren for sygesikringen skyldes primært større udgifter til medicin for interventionspatienterne. Som omtalt i teknologikapitlet var flere af interventionspatienterne i forhold til kontrolpatienterne indlagt med en sygdom i kredsløbsorganerne, som typisk behandles med flere forskellige typer af lægemidler. Der kunne dog ikke overordnet konstateres en forskel i antallet af lægemidler ved baseline mellem de to grupper.

En variation i det tidsforbrug, som de faglige aktører, der skal iværksætte og foretage opfølgningen, anvender, vil være af betydning for den enkelte medarbejder, men vil i et samfundsøkonomisk perspektiv kun have en meget lille betydning som følge af de efterfølgende besparelser på sygehusforbruget.

En litteraturgennemgang af undersøgelser om forebyggende hjemmebesøg (32) angiver, at der mangler tilstrækkelig dokumentation for den samfundsøkonomiske betydning af hjemmebesøg, men at resultaterne af det begrænsede materiale dog tyder på, at indsatsen er omkostningsneutral. Udenlandske undersøgelser har ligeledes vist omkostningsneutrale eller reducerede sundhedsomkostninger ved en hjemmebaseret opfølgning efter udskrivelse fra sygehus (8;22;28). Denne undersøgelse støtter, at der samfundsøkonomisk ikke er øgede omkostninger ved at foretage en ekstra opfølgende indsats overfor de ældre borgere.

8 Samlet vurdering og perspektivering

Dette kapitel indeholder en sammenfatning af konklusionerne fra delundersøgelserne af de fire elementer teknologi, patientperspektiv, organisation og økonomi. Projektets resultater i forhold til interventionens betydning for patientbehandlingen og samfundsøkonomien beskrives. Identificerede forudsætninger og barrierer for en eventuel fremtidig ordning belyses, og der gives en perspektivering af projektets resultater. Endvidere gives en beskrivelse af undersøgelsens metodiske begrænsninger.

8.1 Samlet vurdering og konklusioner

Denne undersøgelse afprøver en model for tidlig og tæt opfølgning ved praktiserende læge og hjemmesygeplejerske hos ældre medicinske patienter, der udskrives fra sygehus. Formålet er at tilvejebringe oplysninger, der kan belyse, om der er grundlag for at anbefale en sådan ordning. Det er undersøgt, hvordan en øget opfølgning kan bidrage til en forbedret patientbehandling med specielt fokus på bedre kontrol af patientens medikamentelle behandling, at sikre opfølgning på behandlingsplanen fra sygehuset og at mindske antallet af efterfølgende indlæggelser. Endvidere er det undersøgt i hvilket omfang en ordning vil være implementerbar i henhold til økonomi, nuværende aktører og organisatoriske strukturer.

8.1.1 Interventionens betydning for patientbehandlingen

Projektet har haft specielt fokus på patientens medikamentelle behandling og på at reducere risikoen for medicineringsfejl ved at øge overensstemmelsen mellem patientens praktiserende læges kendskab til hvad patienten tager af medicin, og hvad patientens rent faktisk anvender. Projektet har vist, at interventionen kan reducere hyppigheden af denne uoverensstemmelse signifikant, men der findes stadig en betydelig divergens mellem det læge- og patientoplyste medicinindtag.

Der ses en signifikant bedre opfølgning på behandlingsplanen i epikrisen hvad angår klinisk kontrol og en tendens til bedre opfølgning for den parakliniske kontrol. Interventionen betyder, at den praktiserende læge foretager flere ændringer i patientens medikamentelle behandling. Det at der foregår en detaljeret medicingennemgang synes ikke at reducere antallet af lægemidler den enkelte patient er i behandling med. Tværtimod anvender de patienter, der har modtaget den særlige opfølgning mere medicin 12 uger efter udskrivelsen i forhold til kontrolgruppen. Der ses ingen forbedringer i de patientoplevede lægemiddelrelaterede problemer eller i den patientoplyste compliance.

Interventionen medfører, at signifikant færre patienter indlægges, og at der går længere tid efter udskrivelsen til den næste indlæggelse. Samlet set er der en stærk tendens til, at det samlede antal indlæggelsesdage reduceres. Der er en retning i data mod, at flere kontrolpatienter end interventionspa-

tienter dør i perioden. Der kan dog ikke statistisk konkluderes noget ud fra det foreliggende datamateriale.

Interventionen synes ikke at kunne påvirke patienternes helbredsstatus eller funktionsevne. Hvad angår patienternes tilfredshed forbedrer interventionen patienternes oplevelse af egen læges kendskab til deres indlæggelse, men tilfredsheden med støtte og hjælp generelt fra egen læge og fra kommunen ændres ikke. Endvidere findes ingen forskel i patienternes vurdering af det samlede forløb eller oplevelse af tvivl i forbindelse med udskrivelsen.

Samlet set bevirker den øgede opfølgning af patienterne, at den praktiserende læge får et bedre overblik over patientens medicinske behandling, at der bliver fulgt bedre op på anbefalingerne i epikrisen, og at der indlægges færre patienter.

8.1.2 Forudsætninger og barrierer for en ordning med øget opfølgning

Der er en række forudsætninger, der skal være opfyldt, hvis en ordning med øget opfølgning skal fungere optimalt i en hverdag samtidig med, at der er visse barrierer for at indføre ordningen. I det følgende beskrives en række af de identificerede organisatoriske udfordringer.

8.1.2.1 Økonomiske og aftalemæssige forudsætninger

En overordnet forudsætning for at indføre en ordning med opfølgende hjemmebesøg er, at der enten centralt eller lokalt mellem regionerne, sygehusene, de praktiserende læger og kommunerne skabes de nødvendige forudsætninger. Det indebærer blandt andet, at der træffes aftaler om honorarer til dækning af de opfølgende ydelser, og at der ledelsesmæssigt og fagpolitisk sikres opbakning. Det er centralt, at de deltagende aktører vælger at prioritere de initiale ressourcer til iværksættelse og gennemførelse af de opfølgende besøg.

Tidligere har der ikke været de økonomiske forudsætninger for at gennemføre opfølgende aktiviteter i form af hjemmebesøg i de praktiserende lægers honorarstruktur uden at de var efterspurgte. I landsoverenskomsten mellem de Praktiserende Lægers Organisation og Sygesikringens Forhandlingsudvalg (nu Regionernes lønnings- og takstnævn) er der i 2006 indført en ny ydelse med opsøgende hjemmebesøg (ydelse 2305), hvor der gives mulighed for et årligt grundigt hjemmebesøg hos ældre skrøbelige patienter. Ydelsen for opsøgende hjemmebesøg er ikke beskrevet i sammenhæng med udskrivelse af patienter, men vurderes med fordel at kunne anvendes i forbindelse med denne begivenhed, idet målgruppen og flere af de forhold, der bør gennemgås ved et besøg, er sammenfaldende. Dette projekt adskiller sig også fra ydelsen for opsøgende hjemmebesøg ved, at der indgår en faglig samlet koordinering mellem de praktiserende læger og hjemmeplejen med en fast struktureret dagsorden. Tidsforbruget til de to ydelser skønnes at være ens, og ydelsen for opsøgende hjemmebesøg er anvendt i de økonomiske beregninger.

Da det forventes, at kommunerne i fremtiden indfører visitation på sygeplejeydelser, skal der endvidere tilvejebringes mulighed for at der kan visiteres til ydelsen via kommunens visitationsenhed.

8.1.2.2 Forhold på sygehuset

Det er en forudsætning, at både sygehuspersonalet og alle praktiserende læger og kommuner prioriterer opgaven, idet en ordning som udgangspunkt bør være et generelt tilbud til den enkelte borger. Det vil være vanskeligt for sygehusene at håndtere, hvis ikke alle læger og kommuner deltager i ordningen. Sygehuset bør i forhold til deres informationspligt informere den enkelte patient hvis de anbefaler en opfølgning ved primærsektorens aktører. Der er imidlertid en risiko for forvirring og uindfriede forventninger, som kan resultere i et dårligere patientforløb, hvis patienten efterfølgende ikke modtager det opfølgende besøg, som er stillet i udsigt.

Det vurderes, at ressourceforbruget til at gennemføre en ordning på sygehusene kun vil være af mindre omfang, idet opgaverne kan ske som led i de øvrige opgaver i forbindelse med en udskrivelse. Det er dog en forudsætning, at personalet på sygehuse er bevidste om ordningens eksistens og i det daglige arbejde prioriterer at foretage en vurdering af behovet for den enkelte patient og videregive relevant information til primærsektorens aktører. Der peges på, at det er vigtigt med ordentlig information om opgaven og udbyttet ved at iværksætte øget opfølgning. Perioder med spidsbelastninger kan betyde, at der sker en nedprioritering af opgaven.

Både sygehuspersonalet og aktørerne i primærsektoren anbefaler, at der laves retningslinjer for hvilke patienttyper, der skal tilbydes opfølgning. Der efterspørges i den forbindelse lettere adgang til oplysninger fra primærsektoren om fx patientens sociale anamnese, funktionsevne før indlæggelsen mv., da disse oplysninger bør indgå i en kvalificeret vurdering.

I forbindelse med formidling til den praktiserende læge og hjemmesygeplejen om iværksættelse af en koordineret opfølgning, anbefales det, at videregivelsen af informationen sker skriftligt samtidig med udskrivelse og udsendelse af epikrise til lægen og sygeplejerapport til hjemmeplejen. Informationen skal dog gives uafhængigt af epikrisen, således at den praktiserende læge bliver opmærksom på opgaven. Det kan ske fx via fax, e-mail eller en elektronisk pop-up, samtidig med at epikrisen modtages i lægens elektroniske journalsystem. En forudsætning for en hurtig opfølgning er, at epikrisen skrives og udsendes umiddelbart i forbindelse med udskrivelsen.

8.1.2.3 Forhold i primærsektoren

De involverede sundhedsfaglige aktører er overvejende positivt stemt for at udføre de opfølgende hjemmebesøg. Næsten alle de adspurgte sygeplejersker og 2/3 af de praktiserende læger, der havde gennemført minimum 2 opfølgninger, ønskede i høj eller nogen grad ordningen videreført. Der er således flere læger end hjemmesygeplejersker, som kun i mindre grad ønsker en ordning videreført.

En uundgåelig indvending mod indførelsen af en ny opgave er manglende tid. Hvis en Shared Care kultur med fælles ansvar og fælles mål skal lykkes, er det dog nødvendigt, at der prioriteres tid til koordinerende aktiviteter. 2/3 af hjemmesygeplejerskerne og halvdelen af lægerne fandt, at det havde været let eller meget let at finde tid til opfølgningen. Samarbejdet er dog præget af praktiske problemer med at koordinere tidspunkter for fælles besøg, og med at få kontakt med hinanden. Det optimale tidspunkt på dagen for at aflægge besøg kan således være forskelligt mellem læger og hjemmesygeplejersker, ligesom det kan komplicere kontakten, når telefontider, hvor lægerne og hjemmesygeplejen er optaget af patient/borger kontakter, ligger på samme tidspunkt. Det kræver således vilje til fleksibilitet og prioritering hos begge parter at få de fælles møder i stand. Det blev fremført, at det opfølgende besøg med afklaring af fælles mål og aftaler omkring patienten også kan gøre arbejde lettere, da umiddelbare problemstillinger bliver afklaret på stedet, og da der etableres en kontakt, hvor efterfølgende problemstillinger lettere kan afklares fx per telefon.

Det er vigtigt for motivationen blandt aktørerne, at det er relevante patienter, der bliver udvalgt til at modtage besøg. Begge parter har til daglig et højt arbejdspres, men indstillingen til at foretage opfølgende besøg er generelt positiv og opfølgningen har en høj prioritering hos begge personalegrupper, hvis ordningen omhandler de rette patienter. De praktiserende læger påpeger her, at der på sygehuset bør tages lægefaglig stilling til behovet for en opfølgning, således at det sikres, at der ved besøgene er lægefaglige problemstillinger, som der skal følges op på. Endvidere blev der udtrykt en bekymring for, at sygehuset udskriver patienten for tidligt og ikke sikrer patientens afsluttende behandling i tilstrækkelig grad.

Både de praktiserende læger og hjemmesygeplejerskerne finder, at der skal være faste rammer for hvornår besøgene skal aflægges, da der ellers kan være risiko for, at besøgene udskydes på grund af andre arbejdsopgaver. Der bør endvidere være en tjekliste eller dagsorden for opfølgningen. Dette vil bidrage til at sikre, at vigtige forhold ikke glemmes, ligesom en fast ramme kan betyde, at der investeres mere tid og opmærksomhed i besøgene.

En sidegevinst ved at aflægge fælles besøg er, at den personlige kontakt mellem den praktiserende læge og hjemmesygeplejerske kan bløde op på eventuelle fordomme og faglige barrierer, og gør efterfølgende kontakter omkring den pågældende patient eller andre fælles patienter lettere. Omkring 1/5 oplever at kontakten mellem de to aktører er forbedret i forbindelse med interventionen.

8.1.3 Anbefalet målgruppe for fremtidig intervention

I fokusgrupperne med de praktiserende læger, hjemmesygeplejersker og sygehuspersonale blev der specielt peget på følgende målgrupper for en fremtidig indsats:

- Patienter med et stort funktionstab eller ændring i helbredsstatus i forhold til perioden før indlæggelsen
- Patienter med mange genindlæggelser
- Kronisk og alvorligt syge
- Akutte indlæggelser med lang indlæggelsestid
- Tiltagende demens
- Skrøbelige og usikre patienter
- Patienter med et spinkelt eller intet netværk
- Enlige hvor ægtefælle nyligt er død
- Patienter hvor mange aftaler skal koordineres
- Terminale patienter

Aktørerne anbefaler således, at indsatsen fokuseres til de svageste grupper. I studiet blev patienter på 78 år og derover som havde været indlagt minimum 2 dage inkluderet. Svage patientgrupper med svær demens og kommunikationsproblemer blev ikke inkluderet. Der ses i undersøgelsen en generel positiv effekt på patientbehandlingen for den undersøgte patientgruppe, men de praktiserende læger og hjemmesygeplejersker, der deltog i projektet, fandt at en større del af de besøgte patienter, ikke havde et tilstrækkeligt behov for opfølgning. Der er i analyserne gennemført tests på patienter, der har haft indlæggelser før inklusionen, patienter med dårligt selvvurderet helbred og nedsat funktionsevne. Der kan ikke ud fra materialet identificeres statistisk signifikante forskelle. Der ses dog en retning mod, at der kan være en bedre opfølgning for patienter, der har været indlagt minimum 2 gange i halvåret før inklusion og for patienter med dårligt selvvurderet helbred. Det har dog generelt ikke været muligt at lave analyser af mere specifikke patientgrupper, da der ofte bliver for få patienter i de enkelte kategorier til at kunne foretage meningsfulde tests.

8.1.4 Interventionens økonomiske betydning

Den samlede økonomiske analyse tyder på, at interventionen er omkostningsneutral med tendens til en samfundsøkonomisk besparelse. Analysen af det aktuelle studie viser en gennemsnitlig besparelse på 5.000 kr. per patient over en halvårs periode, idet øgede omkostninger til sygesikringsydelser i primærsektoren (praktisernde læger, medicin mv.) mere end opvejes af en besparelse på sygehusbehandling.

I analysen indgår samtlige interventionsomkostninger i kommunerne, på hospitalerne og for sygesikringen. For de afledte omkostninger indgår hospitalsbehandling og sygesikringsydelser, mens de samlede afledte kommunale ydelser ikke har kunnet opgøres.

Ud fra de registrerede data for de kommunale ydelser, der er opgjort for en 12 ugers periode efter udskrivelsen, ses en tendens til et større gennemsnitligt forbrug af hjemmesygepleje og hjemmepleje i interventionsgruppen, som kan øge omkostningerne. Dette kan principielt tilskrives blandt andet flere indlæggelser og indflytninger i plejebolig i kontrolgruppen, hvor

hjemmepleje så ikke forbruges. Omvendt er indflytninger til plejebolig dyre, hvilket vil øge omkostningerne til kontrolgruppen. Et økonomisk estimat for de kommunale ydelser vil være meget følsomt overfor værdisætningen af det øgede forbrug af plejebolig, og da kvaliteten af de indberettede data for de kommunale ydelser samlet set ikke har været tilstrækkelig, er der ikke foretaget en værdisætning af ressourceforbruget.

Der er gennemført en kasseøkonomisk analyse i relation til den fremtidige betalingsstruktur, hvor kommunerne medfinansierer borgernes forbrug af sygehusbehandling og behandling i primærsektoren. Denne viser, at interventionen, under hensyn til den generelle usikkerhed ved beregningerne, er udgiftsneutral for kommunerne, mens den primære besparelse opnås af Regionen.

8.2 Perspektivering

Undersøgelsen dokumenterer betydningen og forbedringspotentialet ved styrket opfølgning omkring udskrivelse af ældre medicinske patienter. Undersøgelsens hovedfokus var på bedre kontrol med den medikamentelle behandling i form at øge overensstemmelsen mellem den praktiserende læges viden om patientens medicinering og patientens faktiske medicinindtag, sikring af opfølgning på behandlingsplanen fra sygehuset og at mindske antallet af efterfølgende indlæggelser. Set i forhold til planlægningsmæssige formål er det endelige mål med reduceret antal indlæggelser det mest interessante hovedfund.

Tidligere undersøgelser af udskrivningsprocedurer har generelt vist, at hjemmebesøg i form af enten generel eller sygdomsspecifik opfølgning til ældre, kan reducere risikoen for genindlæggelser. I undersøgelserne har interventionen primært været udført af sygehuspersonale.

Indsats via geriatriske teams har i en dansk undersøgelse fra Glostrup reduceret hyppigheden af genindlæggelser inden for 24 uger efter udskrivelse fra 62% i kontrolgruppen til 44% i gruppen der fik besøg af teamet (7). Et andet dansk studie fra Bispebjerg undersøgte effekten af forbedret opfølgning efter udskrivelse af apopleksipatienter ved enten hospitalslæge eller fysioterapeut. Her blev fundet et fald i hyppigheden af genindlæggelser inden for 6 måneder fra 44% i kontrolgruppen til henholdsvis 26% og 34% i de to interventionsgrupper (10). En ældre undersøgelse fra Roskilde, der afprøvede effekten af én opfølgning 14 dage efter udskrivelse af praktiserende læge, samtidig med at patienten fik besøg af en hjemmesygeplejerske dagen efter udskrivelse, viste ingen effekt på hyppigheden af efterfølgende indlæggelser, men fandt et reduceret antal indflytninger på plejehjem (9). Senest viser et projekt i Gentofte med følge-hjem ordning ved sygehusets personale også på en positiv effekt på patientbehandlingen (99). Ud over disse projekter, der er evalueret efter et randomiseret kontrolleret princip, er der i Danmark

iværksat en række projekter og indsatser med forskellige typer af udgående funktioner fra hospitalet (29). Internationale studier har også fundet mulighed for væsentlig reduktion i hyppigheden af genindlæggelser ved øget indsats primært ved udrykkende teams eller udrykkende specialiseret sygeplejerske (8;21;22;26-28). Den bedste effekt ses ved indsatser som omfatter besøg i hjemmet, mens indsats som alene sker på sygehuset eller alene er telefonisk har mindre effekt (22).

Den aktuelle undersøgelse har vist effekt af tilsvarende størrelsesorden med en opfølgning, der er gennemført af det eksisterende personale i primærsektoren – den praktiserende læge og hjemmesygeplejersken. I perioden 26 uger efter udskrivelsen blev 52% i kontrolgruppen mod 40% i interventionsgruppen genindlagt minimum 1 gang. Studiet underbygger således de fund, som er gjort i tidligere studier, der har fokuseret på øget opfølgning i forbindelse med udskrivelsessituationen. Interventionen i dette projekt er et andet bud på hvordan udskrivelsessituationen for svage ældre patienter kan forbedres, og kan opfattes som et alternativ eller supplement til indsatser i form af fx udgående sygeplejerske, geriatriske teams og senest følge-hjem ordninger. Der vil utvivlsomt være meget tunge patientgrupper, hvor udbyttet kan være bedre ved fx en følge-hjem ordning, hvor opfølgningen sker umiddelbart fra sygehusets til hjemmets dør. Tidsforbruget kan dog være forholdsmæssigt stort for teams i områder med store afstande, og hvor primærsektorens personale er tættere på.

Flere studier har specifikt undersøgt effekten af opfølgning på patientens medicin efter en udskrivelse ved farmaceutisk intervention, og der er her fundet både positive resultater på compliance, utilsigtede hændelser og genindlæggelser, men et større studie har også fundet negative resultater på forekomsten af genindlæggelser (62-64). Der er ikke fundet andre studier, der som mål for en intervention har opgjort på uoverensstemmelser i det oplyste medicinindtag eller på fuldførelsen af anbefalinger i epikrisen. Overensstemmelse mellem lægens opfattelse af hvad patienten tager af medicin og hvad patienten rent faktisk tager, er en af forudsætningerne for at en optimal lægemiddelbehandling kan varetages. Hyppigheden af uoverensstemmelser er både i dette studie og i studier, der har belyst problemets omfang, fundet meget stor. Med indførelse af de elektroniske patientjournaler og indførelse af en bedre udveksling af informationer mellem sektorerne, må risikoen for fejl pga. uoverensstemmelser forventes at kunne nedsættes. Der er dog i øjeblikket og forventeligt også i fremtiden et behov for at sikre en samlet gennemgang og stillingtagen til patientens medicinering mellem de aktører, som er ansvarlig for ordination, evt. ophældning og indtag af medicinen – lægen, patienten og hjemmesygeplejen.

Enkelte internationale studier har opgjort de sundhedsøkonomiske konsekvenser. Primært med reduktion i omkostninger, men mere komplekse interventioner er ikke altid fundet omkostningseffektive (8;22;28). Dette studies intervention har ud fra undersøgelsens kriterier vist sig økonomisk

rentabel. I internationale reviews efterspørges større studier med inklusion af sundhedsøkonomiske analyser som en tydeligere del af beslutningsgrundlaget (22). Sammenligning af effekter opnået i lande med forskellig organisering af sundhedsvæsenet kan dog være vanskelig, og nationale sammenligninger er derfor ønskelige (20).

En implementering af ordningen skønnes realistisk med en tilpasning af den nu gældende overenskomst for de praktiserende læger. Ud fra undersøgelsens resultater skønnes en gennemsnitslæge at skulle tilbyde opfølgning i hjemmet til 4 til 5 patienter per år, og på de to afdelinger skulle i gennemsnit henvises 2 patienter per dag. Omfanget er dog afhængigt af alderssammensætningen og sygdomsbelastningen i den enkelte praksis og lokalområde.

Som led i en videre udvikling af opfølgende hjemmebesøg, bør det søges identificeret, hvilke patientgrupper som interventionen skal rettes imod. Det har ikke været muligt grundet datamaterialets størrelse at identificere de specifikke subgrupper af patienter, der vil have størst udbytte af opfølgningen. Analyserne peger dog på, at patienter med mange indlæggelser og patienter med dårligt selvvurderet helbred kan profitere mere af opfølgningen. Der er i fokusgruppeinterviewene peget på en række patientgrupper, som deltagerne finder relevante for en fokuseret indsats. Disse forslag, der omfatter en række helbredsmæssige og sociale problemer, er i overensstemmelse med tidligere studier, der har søgt at identificere kriterier for risikopatienter (8;10;27;39). Der anbefales ikke opfølgning baseret udelukkende på et alderskriterium. I dette studie blev terminale og demente patienter ekskluderet som følge af studiets design, men opfattes som en oplagt målgruppe for en opfølgning.

Subjektivt anfører de praktiserende læger, at første opfølgende hjemmebesøg har større relevans end de efterfølgende to. Ud fra litteraturen og underbygget af denne undersøgelses resultater må det dog fortsat konkluderes, at en regelmæssig opfølgning over tid har den største effekt, hvad angår forebyggelse af genindlæggelser og må som sådan fortsat anbefales, hvis man ønsker at gennemføre tilsvarende ordninger.

I forhold til de organisatoriske udfordringer ved en indførelse af en ordning med opfølgende hjemmebesøg, er der en række økonomiske og aftalemæssige forudsætninger, som skal tilvejebringes, samt en række praktiske forhold, som skal adresseres, for at en ordning kan blive tilfredsstillende at udføre for de sundhedsfaglige aktører. Det vurderes, at disse forhold vil være mulige at opfylde, men det kræver en prioritering både ledelsesmæssigt, fagpolitisk og blandt det sundhedsfaglige personale, der skal udføre opgaverne.

Målgruppen for denne undersøgelses resultater er praktikere og beslutningstagere i kommunerne og regionerne samt blandt de praktiserende læger. En konkret vurdering og beslutning om en eventuel central indførelse af en ordning må overlades til regionerne ved Danske Regioner og PLO, herunder

Fagligt Udvalg, samt Kommunernes Landsforening. En anden mulighed er, at der indgås lokale aftaler om udskrivningsforløb. Resultaterne af denne undersøgelse forventes at kunne indgå i overvejelserne om indholdet i sundhedsaftalerne mellem kommuner og regioner.

8.3 Projektgruppen anbefaler

- At der implementeres ordninger med forbedret opfølgning efter udskrivelse af ældre medicinske patienter.
- At ordningerne omfatter fælles fokuserede besøg i hjemmet ved den praktiserende læge og hjemmesygeplejerske samt supplerende opfølgning ved egen læge.
- At indsatserne rettes mod udvalgte patientgrupper med særligt behov for opfølgning.
- At der gennemføres en registerbaseret evaluering, hvor effekten af interventionerne løbende følges.

8.4 Undersøgelsens begrænsninger mht. validitet og generaliserbarhed

Undersøgelsen er designet som et kontrolleret, randomiseret studie til belysning af interventioneseffekt på patientbehandlingen og de økonomiske konsekvenser, hvor data er indsamlet ved registreringsskemaer, patientinterviews ud fra et spørgeskema og ved registerudtræk. Der er derudover suppleret med spørgeskemaundersøgelser og fokusgruppeinterviews for at belyse de organisatoriske problemstillinger ved interventionen.

Valg af det kliniske undersøgelsesdesign kan være problematisk i sundhedstjenesteforskning, idet derved interventionen ikke nødvendigvis er tale om en entydigt defineret og standardiseret teknologi, hvor der måles under standardiserede forudsætninger. Under hjemmebesøgene skulle lægen og hjemmesygeplejersken i fællesskab udfylde registreringsskemaer, som satte dagsordenen for besøget. Det blev herved søgt at standardisere besøgene mest muligt, men der er tale om en social kontekst, hvor de udførende led kan have forskellige intentioner og værdier, som kan påvirke gennemførelsen af den øgede opfølgning. Det kontrollerede randomiserede design er dog valgt, idet den stadig repræsenterer standarden for vurdering af patientbehandling (130).

I det følgende gennemgås en række metodiske problemstillinger, som kan have betydning for konklusionernes validitet og generaliserbarhed.

63% af lægerne i området omkring Glostrup Hospital var tilmeldt projektet. Lægerne skulle aktivt tilmelde sig projektet, og er således ikke tilfældigt udvalgt. Der var således 37%, som ikke ønskede at deltage i projektet. Af de tilmeldte læger havde 64% patienter, som blev inkluderet i perioden. Der er fundet forskel på bopælskommunen samt små variationer i hvilken hoved-

diagnose, patienterne var indlagt med. Forskellene anses dog ikke for at være betydende for projektets eksterne validitet (jf. afsnit 3.2).

De primære inklusionskriterier, der skulle sikre en vis grad af svækkelse, omfattede et alderskriterium (78 år og derover) og at patienten skulle have været indlagt minimum 2 døgn på sygehuset for at frasortere indlæggelser, hvor sygehusbehandlingen måtte forventes at have været minimal. En række patienter blev ekskluderet blandt andet som følge af svær demens eller kommunikationsproblemer (herunder afasi). Nogle af de tungeste patienter indgik derved ikke i projektet, hvilket har betydet, at de deltagende patienter har haft et bedre helbred og funktionsevne end den samlede patientpopulation på afdelingerne (jf. afsnit 3.2). Denne selektionsbias i forhold til en eventuel fremtidig målgruppe kan have betydning for udfaldet af undersøgelsen. En mere svækket patientgruppe kunne således tænkes at have større udbytte af interventionen i forhold til den undersøgte population. En række patienter blev ikke inkluderet som følge af, at de ikke kunne nås, bl.a. som følge af udskrivelse i weekender og ferier. Patienter udskrevet i weekender er ofte mindre komplicerede, da bl.a. kommunal støtte ikke kan arrangeres. Dette kan omvendt have bidraget til at ekskludere en mere rask population fra studiet.

Projektet er gennemført med patienter, der bor i de sydvestlige omegnskommuner af København. Området omfatter både kommuner med en yngre og kommuner med en ældre befolkningssammensætning end landsgennemsnittet. Området som helhed adskiller sig dog ikke væsentligt fra den generelle køns- og alderssammensætning samt socioøkonomiske gruppering på landsplan.

Projektet er gennemført med en randomisering på patientniveau. Der kan med denne metode være risiko for en afsmittende effekt på kontrolpatienterne, hvis fx lægen, som følge af sin deltagelse i undersøgelsen, har øget fokus på andre patienter der udskrives fra sygehus. Det blev forventet, at der i lægens travle hverdag ikke ville blive sat øget fokus på kontrolpatienterne, og dermed svække resultaterne af undersøgelsen. Det er derfor valgt at foretage randomiseringen på patientniveau frem for at foretage en randomisering på lægeniveau. Idet der ikke er nogen forventning om, at der for de primære effektmål vil være væsentlige forskelle på patienterne fra en lægepraksis til en anden, er der valgt ikke at justere for læge i analyserne (se endvidere afsnit 2.2.6).

Data til belysning af undersøgelsens effektmål er indsamlet ved registreringsskemaer, strukturerede patientinterviews (spørgeskema) og registeranalyser. Der er i undersøgelsen generelt anvendt validerede spørgsmål fra tidligere undersøgelser. For de konstruerede spørgsmål er spørgsmålene ”facevaliderede” i forhold til konstruktions- og indholdsvaliditet. I forhold til indsamlingen af data kan det ikke udelukkes, at oplysninger indsamlet ved patientinterviewene, specielt hvor patienten bedes om at huske tilbage

i tiden, kan være underlagt recall bias. Dette gælder specielt spørgsmål, der belyser patientperspektivet. Endvidere er der specielt i forhold til spørgsmål om compliance ved den medikamentelle behandling risiko for underrapportering, hvis patienten fx ikke ønsker at oplyse evt. mangelfuld efterlevelse af den ordinerede behandling.

Det primære effektmål, der angiver omfanget af uoverensstemmelse mellem det lægeoplyste og patientoplyste medicinindtag er påvirket af både patientens vilje og mulighed for at oplyse det faktiske indtag af medicin samtidig med, at det er afhængigt af hvor godt lægen har patientens medicin dokumenteret i patientjournalen, herunder oplysninger om patientens indtag af håndkøbsmedicin samt speciallægers og hospitalers ordinationer. For at indhente de bedst mulige oplysninger om patientens faktiske medicinindtag, foregik indsamling af oplysninger om patientens indtag af medicin i patientens hjem, hvor en projektmedarbejder gennemgik medicinen sammen med patienten. Oplysningerne om lægens opfattelse af patientens medicin blev indberettet af lægen, og må antages at udgøre det grundlag, som en videreførelse af patientens medikamentelle behandling vil ske ud fra, og må derfor anses at være det mest relevante sammenligningsgrundlag. Der er ikke forventning om, at grundlaget vil være forskelligt mellem interventions- og kontrolpatienterne ud over interventionens effekt.

Oplysninger om graden af opfølgning på epikrisens anbefalinger er opgjort ud fra lægens oplysninger, og baseres derfor ikke på objektive data. Det kan således ikke udelukkes, at der eventuelt kan være en overestimering af graden af fuldførelse. Der er dog ingen grund til at antage, at angivelserne skulle være forskellige mellem de to patientgrupper. Omfanget af indlæggelser opgøres på registerdata fra Landspatientregistret, som er baseret på sygehuspersonalets indberetninger om indlæggelser, og må anses for at være objektive.

I den økonomiske analyse er inddraget direkte omkostninger i form af omkostninger til interventionen og samtlige omkostninger til sygesikringsydelser og sygehusforbrug. Hvad angår de kommunale omkostninger er omkostninger til interventionen inkluderet, men i modsætning til sygesikringsydelser og sygehusforbrug er de øvrige afledte omkostninger i kommunerne ikke værdisat. Kvaliteten af de indrapporterede data var ikke tilstrækkelig til at kunne indgå i den økonomiske analyse. Der mangler en række oplysninger ligesom der er usikkerhed om nogle af de indberettede værdier. Det skal bemærkes, at det ikke har været muligt at indhente tilstrækkelige data til at belyse eventuelle forskelle i det kommunale forbrug af fysisk træning, herunder genoptræning. Dette forhold forventes både at kunne bidrage med større og mindre udgifter for kommunen (jf. afsnit 7.5). Der er en række andre faktorer, der både kan betyde en øget omkostning for kommunen til patienter, der modtager øget opfølgning (øget forbrug af fx hjemmehjælp og hjemmesygepleje pga. identificerede behov ved opfølgningen samt færre indlagte patienter og færre døde, der således vil forbruge mere) samt en besparelse (færre indflytninger i plejebolig). Samlet set er det ud fra de foreliggende data sandsynligt, at disse forhold kan opveje hinanden.

9 Referenceliste

1. Patienters oplevelser på landets sygehuse. Spørgeskemaundersøgelse blandt 26.300 indlagte patienter 2004. Den landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser. Københavns Amt. Enheden for Brugerundersøgelser (www.patientoplevelser.dk); 2005 Feb.

2. Sundhedsfagligt Forum. Sammenhæng i søgelyset. Amtsrådsforeningen; 2004.

3. Mellem to stole. Temaoplæg om genoptræning og de dermed forbundne pleje- og omsorgsopgaver. Sundhedsministeriet; 1994.

4. Regeringens oplæg til strategi for sygehuspolitikken 2000-2002 Samarbejde og arbejdsdeling mellem sektorerne i sundhedsvæsenet. Sundhedsministeriet; 1999.

5. Patienters oplevelser. Spørgeskemaundersøgelse blandt 14.400 indlagte patienter i Københavns Amt 2003/2004. Københavns Amt, Enheden for Brugerundersøgelser (www.patientoplevelser.dk); 2004.

6. Rapport om den ældre medicinske patient. Sundhedsministeriet; 2001 Jun.

7. Hansen FR, Poulsen H, Sorensen KH. A model of regular geriatric follow-up by home visits to selected patients discharged from a geriatric ward: a randomized controlled trial. Aging (Milano) 1995 Jun;7(3):202-6.

8. Naylor MD, Brooten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV, et al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. JAMA 1999 Feb 17;281(7):613-20.

9. Hansen FR, Spedtsberg K, Schroll M. [Follow-up home visits to elderly patients after hospitalization. A randomized controlled study]. Ugeskr Laeger 1994 May 30;156(22):3305-1.

10. Andersen HE, Schultz-Larsen K, Kreiner S, Forchhammer BH, Eriksen K, Brown A. Can readmission after stroke be prevented? Results of a randomized clinical study: a postdischarge follow-up service for stroke survivors. Stroke 2000 May;31(5):1038-45.

11. Pritchard P, Hughes J. Shared Care. The Future Imperative. W1M 8AE ed. London: Royal Society og Medicine Press; 1995.

12. Holm T, Lassen JF, Genefke J, Melchiorsen H, Hybel U, Sørensen J. Tværsektorielt samarbejde mellem almen praksis og hospital - shared care belyst ved antikoagulansbehandling som eksempel. En medicinsk teknologivurdering. Sundhedsstyrelsen; 2005 Dec 5.

13. Forster AJ, Clark HD, Menard A, Dupuis N, Chernish R, Chandok N, et al. Adverse events among medical patients after discharge from hospital. CMAJ 2004 Feb 3;170(3):345-9.

14. Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. Adverse drug events occurring following hospital discharge. J Gen Intern Med 2005 Apr;20(4):317-23.

15. Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. Ann Intern Med 2003 Feb 4;138(3):161-7.

16. Paulino EI, Bouvy ML, Gastelurrutia MA, Guerreiro M, Buurma H. Drug related problems identified by European community pharmacists in patients discharged from hospital. Pharm World Sci 2004 Dec;26(6):353-60.

17. Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rothschild J, Debellis K, Seger AC, et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. JAMA 2003 Mar 5;289(9):1107-16.

18. Hanlon JT, Pieper CF, Hajjar ER, Sloane RJ, Lindblad CI, Ruby CM, et al. Incidence and predictors of all and preventable adverse drug reactions in frail elderly persons after hospital stay. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2006 May;61(5):511-5.

19. Knudsen P, Søndergaard B, Rossing C, Herborg H. Evidensrapport 7. Kortlægning af lægemiddelrelaterede problemer. 2006.

20. Ali W, Rasmussen P. What is the evidence for the effectiveness of managing the hospital/community interface for older people? A critical appraisal of the literature. Christchurch: New Zealand Health Technology Assesment (NZHTA) 2004;146.

21. Philips CO, Wright SM, Kern DE, Singa RM, Shepperd S, Rubin HR. Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive hearth failure: A meta-analysis. JAMA 2004;291(11):1358-67.

22. Parker S, Peet SG, McPherson A, Cannaby AM, Abrams K, Baker R, et al. A systematic review of discharge arrangements for older people. Health Technology Assessment 2002;6(4):1-183.

23. Early-Supported DT. Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients. The Cochrane Database of Systematic Reviews : Reviews 2005 Issue 2 John Wiley & Sons , Ltd Chichester, UK DOI : 10 1002 /14651858 CD000443 pub2 2005.

24. Taylor S, Bestall J, Cotter S, Falshaw M, Hood S, Parsons S, et al. Clinical service organisation for heart failure. The Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 2005 Issue 2 John Wiley & Sons, Ltd Chichester, UK DOI : 10 10 2005.

25. Shepperd S, Parkes J, McClaran J, Phillips C. Discharge planning from hospital to home. The Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 2004 Issue 1 John Wiley & Sons , Ltd Chichester, UK DOI : 10 1002 /14651858 CD000313 pub2 2004.

26. Sinclair AJ, Conroy SP, Davies M, Bayer AJ. Post-discharge home-based support for older cardiac patients: a randomised controlled trial. Age Ageing 2005 Jul;34(4):338-43.

27. Caplan GA, Williams AJ, Daly B, Abraham K. A randomized, controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency department--the DEED II study. J Am Geriatr Soc 2004 Sep;52(9):1417-23.

28. Stewart S, Marley JE, Horowitz JD. Effects of a multidisciplinary, home-based intervention on unplanned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure: a randomised controlled study. Lancet 1999 Sep 25;354(9184):1077-83.

29. Projekt Det Udgående Hospital - et arbejdsredskab for lokal implementering af udgående funktioner for sygdomsområderne apopleksi, Kronisk Obstruktiv Lungesygdom og hjerteinsufficiens. H:S Direktionen; 2004 Jun.

30. Andersen HE, Schultz-Larsen JK, Kreiner S, Forchhammer BH, Eriksen K, Brown A. [Can readmission after apoplexy be prevented? Post-hospital follow-up intervention for apoplexy patients]. Ugeskr Laeger 2001 Nov 12;163(46):6421-7.

31. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb. Sundhedsstyrelsen; 2005.

32. Hendriksen PE, Hendriksen C. Hjemmet som arena for forebyggelse - med sundhedsplejerskeordningen og forebyggende hjemmebesøg til ældre som eksempler. Sundhedsstyrelsen (www.sst.dk); 2005 Dec.

33. Preston C, Cheater F, Baker R, Hearnshaw H. Left in limbo: patients' views on care across the primary/secondary interface. Qual Health Care 1999 Mar;8(1):16-21.

34. Patienters oplevelser. Telefoninterview med 5.719 indlagte patienter i Københavns Amt 2005. Københavns Amt. Enheden for Brugerundersøgelser (www.patientoplevelser.dk); 2006 Mar.

35. Koch-Nielsen L. Forebyggende hjemmebesøg til ældre. Det tværfaglige samarbejde mellem kommunen og de praktiserende læger. Masterafhandling. København: Institut for Folkesundhedsvidenskab; 2000.

36. Sygesikringens Forhandlingsudvalg, Praktiserende Lægers Organisation. Landsoverenskomst om almen lægegerning. April 2006.

37. Taylor S, Bestall J, Cotter S, Falshaw M, Hood S, Parsons S, et al. Clinical service organisation for heart failure. The Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 2005 Issue 2 John Wiley & Sons, Ltd Chichester, UK DOI : 10 10 2005.

38. Shepperd S, Iliffe S. Hospital at home versus in-patient hospital care. The Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 2005, Issue 3, John Wiley & Sons, Ltd Chichester, UK DOI: 10 1002 /14651858 CD000356 pub2 2005.

39. Hansen FR, Ziebell A, Spedtsberg K, Schroll M. [Follow-up of elderly patients in their homes by general practitioners after discharge from hospital]. Ugeskr Laeger 1991 Jul 22;153(30):2128-31.

40. Weinberger M, Oddone EZ, Henderson WG. Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? Veterans Affairs Cooperative Study Group on Primary Care and Hospital Readmission. N Engl J Med 1996 May 30;334(22):1441-7.

41. Barat I, Andreasen F, Damsgaard EM. The consumption of drugs by 75-year-old individuals living in their own homes. Eur J Clin Pharmacol 2000 Sep;56(6-7):501-9.

42. Lægemiddelstatistik 2001-2005. Danmark. Lægemiddelstyrelsen; 2006.

43. Ældres brug af lægemidler. Notat af 12. februar 2003. Lægemiddelstyrelsen (www.laegemiddelstyrelsen.dk); 2003 Feb 12.

44. Rosholm JU, Bjerrum L, Hallas J, Worm J, Gram LF. Polypharmacy and the risk of drug-drug interactions among Danish elderly. A prescription database study. Dan Med Bull 1998 Apr;45(2):210-3.

45. Bjerrum L, Rosholm JU, Hallas J, Kragstrup J. [Polypharmacy estimated by means of a population-based prescription database]. Ugeskr Laeger 1999 Nov 15;161(46):6355-9.

46. Stewart S, Pearson S. Uncovering a multitude of sins: medication management in the home post acute hospitalisation among the chronically ill. Aust N Z J Med 1999 Apr;29(2):220-7.

47. Hendriksen C, Vass M. Medicin til ældre. Rationel Farmakoterapi 2005 Jan;1.

48. Barat I, Andreasen F, Damsgaard EM. Drug therapy in the elderly: what doctors believe and patients actually do. Br J Clin Pharmacol 2001 Jun;51(6):615-22.

49. Foss S, Schmidt JR, Andersen T, Rasmussen JJ, Damsgaard J, Schaefer K, et al. Congruence on medication between patients and physicians involved in patient course. Eur J Clin Pharmacol 2004 Jan;59(11):841-7.

50. Rabøl R, Arrøe GR, Folke F, Madsen KR, Langergaard MT, Larsen AH, et al. Uoverensstemmelser mellem medicinoplysninger fra patienter og egen læge. Ugeskr Laeger 2006 Mar 27;168(13):1307-10.

51. Forjuoh SN, Reis MD, Couchman GR, Symm B, Mason S, O'Banon R. Physician response to written feedback on a medication discrepancy found with their elderly ambulatory patients. J Am Geriatr Soc 2005 Dec;53(12):2173-7.

52. Ernst ME, Brown GL, Klepser TB, Kelly MW. Medication discrepancies in an outpatient electronic medical record. Am J Health Syst Pharm 2001 Nov 1;58(21):2072-5.

53. Bedell SE, Jabbour S, Goldberg R, Glaser H, Gobble S, Young-Xu Y, et al. Discrepancies in the use of medications: their extent and predictors in an outpatient practice. Arch Intern Med 2000 Jul 24;160(14):2129-34.

54. Yang JC, Tomlinson G, Naglie G. Medication lists for elderly patients: clinic-derived versus in-home inspection and interview. J Gen Intern Med 2001 Feb;16(2):112-5.

55. Frank C, Godwin M, Verma S, Kelly A, Birenbaum A, Seguin R, et al. What drugs are our frail elderly patients taking? Do drugs they take or fail to take put them at increased risk of interactions and inappropriate medication use? Can Fam Physician 2001 Jun;47:1198-204.

56. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, Tam V, Shadowitz S, Juurlink DN, et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. Arch Intern Med 2005 Feb 28;165(4):424-9.

57, Rognstad S, Straand J. [Do general practitioners know what medication community nurses give their shared patients?]. Tidsskr Nor Laegeforen 2004 Mar 18;124(6):810-2.

58. Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, Fine N, Marchesano R, Etchells EE. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. CMAJ 2005 Aug 30;173(5):510-5.

59. Larsen MD, Nielsen LP, Jeffery L, Staehr ME. [Medication errors on hospital admission]. Ugeskr Laeger 2006 Aug 28;168(35):2887-90.

60. Andersen SE, Pedersen AB, Bach KF. Medication history on internal medicine wards: assessment of extra information collected from second drug interviews and GP lists. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2003 Sep;12(6):491-8.

61. Lisby M, Nielsen LP, Mainz J. Errors in the medication process: frequency, type, and potential clinical consequences. Int J Qual Health Care 2005 Feb;17(1):15-22.

62. Naunton M, Peterson GM. Evaluation of homebased follow-up of high-risk elderly patients discharged from hospital. Journal of Pharmacy Practice & Research 2003;33:176-82.

63. Schnipper JL, Kirwin JL, Cotugno MC, Wahlstrom SA, Brown BA, Tarvin E, et al. Role of pharmacist counseling in preventing adverse drug events after hospitalization. Arch Intern Med 2006 Mar 13;166(5):565-71.

64. Holland R, Lenaghan E, Harvey I, Smith R, Shepstone L, Lipp A, et al. Does home based medication review keep older people out of hospital? The HOMER randomised controlled trial. BMJ 2005 Feb 5;330(7486):293.

65. Sorensen L, Stokes JA, Purdie DM, Woodward M, Elliott R, Roberts MS. Medication reviews in the community: results of a randomized, controlled effectiveness trial. Br J Clin Pharmacol 2004 Dec;58(6):648-64.

66. Sellors J, Karzorowski J, Sellors C, Dolovich L, Woodward C, Willan A, et al. A randomized controlled trial of a pharmacist consultation program for family physicians and their elderly patients. CMAJ 2003 Jun;169(1):17-22.

67. Zermansky AG, Petty DR, Raynor DK, Freemantle N, Vail A, Lowe CJ. Randomised controlled trial of clinical medication review by a pharmacist of elderly patients receiving repeat prescriptions in general practice. BMJ 2001 Dec 8;323(7325):1340-3.

68. Søndergaard B. Forebyggelse af lægemiddelrelaterede problemer gennem Apotekets Ældreservice. Et forsøgsprojekt på danske apoteker 1996-99. Pharmakon; 2002 Feb.

69. Tomsen DV, Herborg H. Evidensrapport 9. Compliance og concordance. Pharmacon; 2006. Report No.: Version 1,2 - 2005.

70. Haynes RB, Yao X, Degani A, Kripalani S, Garg A, McDonald HP. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 2005, Issue 4, John Wiley & Sons, Ltd Chichester, UK DOI: 10 1002 /14651858 CD000011 pub2 2005.

71. Higgins H, Regan C. A systematic review of the effectiveness of interventions to help older people adhere to medication regimes. Age Ageing 2004 Mar;33:224-9.

72. van Eijken M, Tsang S, Wensing M, de Smet PA, Grol RP. Interventions to improve medication compliance in older patients living in the community: a systematic review of the literature. Drugs Aging 2003;20(3):229-40.

73. Taylor S, Bestall J, Cotter S, Falshaw M, Hood S, Parsons S, et al. Clinical service organisation for heart failure. The Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 2005 Issue 2 John Wiley & Sons, Ltd Chichester, UK DOI : 10 10 2005.

74. Rubenstein LZ, Stuck AE. Preventive home visits for older people: defining criteria for success. Age Ageing 2001 Mar;30(2):107-9.

75. Clark J. Preventive home visits to elderly people. Their effectiveness cannot be judged by randomised controlled trials. BMJ 2001 Sep 29;323(7315):708.

76. Vass M, Avlund K, Jepsen E. Forebyggende Hjemmebesøg. Spørgeskema 3 om ældre menneskers daglige levevis 2001-2002. Institut for Folkesundhedsvidenskab. Københavns Universitet.

77. Helbredsskema. 85-års undersøgelsen 1999/2000 (spørgeskema). Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed; 2000 Jan.

78. Statens Institut for Folkesundhed. Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne 2000. Interviewskema. 2006.

79. Avlund K. Måling af funktionsevne fra 70- til 75års-alderen. En opfølgningsundersøgelse af 1914-populationen i Glostrup fra 1984 til 1989. Foreningen af Danske Lægestuderendes Forlag: Afdeling for Social Medicin, Københavns Universitet og Befolkningsundersøgelserne i Glostrup; 1995.

80. Pharmaceutical Care Network Europe Foundation (jwfvmil@planet.nl). PCNE Classification for Drug related problems V4.00. 22-4-2003. Ref Type: Unpublished Work

81. Rijksunversiteit Groningen TN. PAS-coding system. ver3. 30-1-1997.

82. Westerlund T. Drug-Related Problems. Identification, Characteristics and Pharmacy Interventions. Göteborg: Göteborg University, Department of Social Medicine; 2002.

83. Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Drug-related problems: Their structure and function. DIPC,The Annals of Pharmacotherapy 1990 Nov;24:1093-7.

84.Pharmakon, Birthe Søndergaard, personlig meddelelse. 2002.

85. Freil M, Gothen I, Gut R, Hermann N. Spørg patienterne. Internet-baseret emnekatalog og spørgsmålsdatabase til gennemførelse af brugerundersøgelser i sundhedsvæsenet. Enheden for Brugerundersøgelser i Københavns Amts Sygehusvæsen; 2002.

86. Launsø L, Rieper O. Forskning om og med mennesker. Forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskningen. 2. udgave ed. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 1993.

87. Andersen D, Havsteen B, Riis P, Almind G, Bock E, Hørder M. Sundhedsvidenskabelig Forskning. En Introduktion. 5. udgave ed. København: FADLs Forlag; 1999.

88. Hansen FR, Moe C, Schroll M. Geriatri, 3. udgave. Munksgaard Danmark; 2002.

89. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. Md State Med J 1965 Feb;14:61-5.

90. Maribo T, Lauritsen JM, Wæhrens E, Poulsen I, Hesselbo B. Barthel indeks til vurdering af funktionsevne. Dansk konsensus om brug. Ugeskr Laeger 2006 Aug 21;168(34):2790-2.

91. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975 Nov;12(3):189-98.

92. Hasselbalch SG, Waldemar G. Medikamentel behandling af alzheimers demens. Rationel Farmakoterapi 2003 Feb 2;2:1-3.

93. Klassifikation af sygdomme. Systematisk del. (www.sst.dk). Sundhedsstyrelsen; 2005.

94. www.danmarksstatistik.dk. Statistikbanken. 2006.

95. ATC Classification index with DDDs 2005. Oslo: WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology; 2004.

96. Norell SE. Methods in assessing drug compliance. Acta Med Scand Suppl 1984;683:35-40.

97. Ravnholt MM, Jensen PB, Rytter L, Rubak JM, Andersen JS. Den gode henvisning og den gode epikrise - en indikatorbaseret auditundersøgelse. Den Gode Medicinske Afdeling (DGMA), Praksiskoordinatorerne, Det almenmedicinske Kvalitetsudviklingsprojekt (DAK); 2005 Sep.

98. Taylor S, Bestall J, Cotter S, Falshaw M, Hood S, Parsons S, et al. Clinical service organisation for heart failure. The Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 2005 Issue 2 John Wiley & Sons, Ltd Chichester, UK DOI : 10 10 2005.

99. Vinge S, Buch MB. Uhensigtsmæssige indlæggelser - muligheder og perspektiver for kommunerne. FOKUS - FOrum for Kvalitet og Udvikling i offentlig Service; 2007 Mar.

100. Taylor S, Bestall J, Cotter S, Falshaw M, Hood S, Parsons S, et al. Clinical service organisation for heart failure. The Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 2005 Issue 2 John Wiley & Sons, Ltd Chichester, UK DOI : 10 10 2005.

101. Taylor S, Bestall J, Cotter S, Falshaw M, Hood S, Parsons S, et al. Clinical service organisation for heart failure. The Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 2005 Issue 2 John Wiley & Sons, Ltd Chichester, UK DOI : 10 10 2005.

102. Heje NH, Olesen F. Patientvurderinger som kvalitetsmål i almen praksis. Ugeskr Laeger 2002 Nov 11;164(45):5386-9.

103. Alter C, Hage J. Organizations working together. Sage Publications: USA; 1993.

104. Seemann J. Når organisationer skal samarbejde. København: Munksgaard; 1996.

105.Halkier B. Fokusgrupper. Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag; 2002.

106. Kvale S. Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. København: Hans Reitzels Forlag; 1997.

107. Berg BL. Qualitative Research Methods for the Social Sciences. 4 ed. 2001.

108. Holme M, Solvang B. Forskningsmetodik om kvalitativa och kvantitativa metoder. Lund Studentlitteratur; 1997.

109. Amternes økonomi 2005. Regeringen, Amtsrådsforeningen (www.arf.dk); 2004 Jun 11.

110. Hansen FR. Dynamisk geriatri. Et års erfaringer med et geriatrisk team og subakut afsnit på Amtssygehuset i Glostrup Københavns Amts Sygehus i Glostrup, geriatrisk afdeling; 1993.

111. Fagligt udvalg. Vejledning om anvendelse af nye ydelser pr. 1. april 2006 i Landsoverenskomsten om almen lægegerning. 2006.

112. Vejle Amt S. § 2-aftale indgået mellem praksisudvalget i Vejle Amt og Vejls Amt om den alment praktiserende læges rolle i patientforløb. 2004 Aug 31. Report No.: J. nr. 4.16.31-235.

113. Brown LD. Managing conflict at organizational interfaces. USA, Menlo Park, Californien: Addison-Wesley Publishing Company; 1983.

114. Naylor M, Brooten D, Jones R, Lavizzo-Mourey R, Mezey M, Pauly M. Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly. A randomized clinical trial. Ann Intern Med 1994 Jun 15;120(12):999-1006.

115. Campbell RL, Banner R, Konick-McMahan J, Naylor MD. Discharge planning and home follow-up of the elderly patient with heart failure. Nurs Clin North Am 1998 Sep;33(3):497-513.

116. Pearson S, Stewart S, Rubenach S. Is health-related quality of life among older, chronically ill patients associated with unplanned readmission to hospital? Aust N Z J Med 1999 Oct;29(5):701-6.

117. Sundhedsøkonomi. Principper og perspektiver. DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2002.

118. Takstsystem 2005. Vejledning. Sundhedsstyrelsen; 2004.

119. Sygesikringens Administrative Vejledning (SAV). Takster. Amtsrådsforeningen. Den offentlige Sygesikring; 2006.

120. Brøndby kommune, Personaleafdelingen og Hjemmesygeplejen, personlige meddelelser. 2006.

121. Glostrup Kommune, Michael P. Sørensen, personlig meddelelse. 2006.

122. Caspersen F, Gottrup F, Mathiesen D, Brockdorff A. Sårteam - organisering af et behandlingstilbud til patienter med problemsår. En medicinsk teknologivurdering. Medicinsk Teknologivurdering - puljeprojekter 2006; 6(4). København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicink Teknologivurdering, 2006; 2006 Feb.

123. Møller AM, Kjellberg J, Pedersen T. Sundhedsøkonomisk analyse af rygestop før operation - baseret på et randomiseret studie. Ugeskr Laeger 2006 Mar 6;168(10):1026-30.

124. Amtssygehuset i Gentofte, Medicinsk afdeling C, Finn Rønholt Hansen, personlig meddelelse. 2006.

125. Amtssygehuset i Glostrup. Personaleafdelingen, Peter Skjoldbøl, personlig meddelelse. 2006.

126. Arendt JN, Hansen EB, Thrane TK. Ældres funktionsevne og offentlige social- og sundhedsudgifter. AKF Forlaget; 2002.

127. Lov nr. 543 af 24. juni 2005 om regionernes finansiering. 24-6-2005.

128.Cirkulære om aktivitetsbestemt kommunal medfinansiering på sundhedsområdet - ikke endeligt. 2006.

129. Sundhedsstyrelsen D. Dokumentation af beregninger af kommunal medfinansiering (bilag 8), j.nr. 0-503-06-17/1/evbh. 7-7-2006.

130. Wulff HR, Gøtzsche PC. Rationel klinik. Evidensbaserede diagnostiske og terapeutiske beslutninger. 4. udgave ed. Munksgaard Danmark; 2004.

Når ældre, svækkede patienter udskrives fra sygehus, er risikoen for genindlæggelse stor. Denne rapport beskriver resultaterne fra en undersøgelse om bedre opfølgning til ældre efter sygehusindlæggelse. Formålet med rapporten er at klarlægge resultaterne for undersøgelsen. Modellen som bliver afprøvet i undersøgelsen, foreslår at ældre patienter skal have opfølgende hjemmebesøg med praktiserende læge og hjemmesygeplejerske. Derudover skal den ældre patient have to opfølgningsbesøg hos egen læge. Denne type opfølgning kan være et supplement eller alternativ til de øvrige eksisterende tilbud, der ligeledes har vist positive resultater i forhold til fx at kunne reducere antallet af genindlæggelser. En økonomisk analyse viser, at modellen er omkostningsneutral med tendens til en samfundsøkonomisk besparelse.

Rapporten er et puljeprojekt, som primært er finansieret af Enhed for Medicinsk Teknologivurdering. Enhed for Medicinsk Teknologivurdering understreger, at rapportens indhold er udtryk for forfatternes holdning, og den er ikke en anbefaling fra Sundhedsstyrelsen.

www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Enhed for Medicinsk Teknologivurdering
Islands Brygge 67
2300 København
Telefon 72 22 74 00

emtv@sst.dk