

# Primær visitation af elektive geriatriske patienter

## En randomiseret undersøgelse af hjemmebesøg kontra ambulantebesøg

Ledende overlæge Lars Erik Matzen,  
afdelingssygeplejerske Laila Foged,  
socialoverlæge Palle Pedersen,  
praksiskonsulent Kirsten Wengler &  
overlæge Karen Andersen-Ranberg

Odense Universitetshospital, Geriatrisk Afdeling G, og  
Odense Kommune

### Resume

**Introduktion:** Formålet med undersøgelsen var at sammenligne primær visitation ved et geriatrisk team i hjemmet med ambulante forundersøgelse på et geriatrisk daghospital mht. patientforløb, personalekontakter, patienttilfredshed, selvoplevet helbred og sygehusomkostninger.

**Materiale og metoder:** Elektive patienter blev randomiseret til første kontakt ved hjemmebesøg (n = 175) eller ambulante forundersøgelse (n = 176). Patienternes medianalder var hhv. 81 år og 83 år, der var 69% kvinder i begge grupper, Barthel-Indeks-100 var hhv. 82 og 85 og Mini Mental State Examination-score var 25 i begge grupper. Deltagelsesprocenten var 61.

**Resultater:** Grupperne adskilte sig ikke mht. henvisningsårsager, udførte personaleopgaver, antal blodprøvetagninger, antal røntgenundersøgelser, det samlede antal ambulante kontakter, antal diagnoser, diagnosernes fordeling på International Classification of Diseases (ICD)-10-grupper og antal indlæggelser. I begge grupper steg kommunens tidsforbrug til pleje og praktisk bistand signifikant. Patientens gennemsnitlige (standarddeviation) tidsforbrug ved første besøg i hjemmet var 99,5 (23,0) minutter, på daghospitalet var det 159,0 (40,3) minutter, ved opfølgende besøg var forbruget hhv. 57,7 (26,9) minutter og 118,2 (55,4) minutter. På trods af denne forskel i tidsforbrug var der ikke forskel i patienttilfredshed eller selvoplevet helbred. Personalets transporttid udgjorde ved det første teambesøg 20% og ved opfølgende besøg 30% af den samlede personaletid. Afdelingens driftudgifter var ved teambesøg 3,50 timer pr. aktivitet og på daghospitalet 1,55 timer pr. aktivitet.

**Konklusion:** Primær visitation i hjemmet ved et geriatrisk team er et tidskrævende og omkostningstungt tilbud med lav kapacitet.

hensigtsmæssigt alternativ til ambulante sygehusbehandling. Fra politikere og kommuner er der rejst ønske om, at specialisterne fra sygehusene bevæger sig ud til patienterne [3, 4], et ønske, som kan blive mere udtalt, efter at de nye storkommuner er etableret pr. 1. januar 2007. I forbindelse med nyetablering af geriatrisk team på Odense Universitetshospital i 2001 blev der iværksat et randomiseret projekt til belysning af, om primær visitation ved et geriatrisk team bestående af en læge og en sygeplejerske er et relevant alternativ til ambulante behandling på et geriatrisk daghospital.

I projektet beskrives patientforløbene, personaleopgaverne, patienttilfredsheden, det selvoplevede helbred og sygehusomkostningerne.

### Materiale og metoder

I perioden fra den 14. december 2001 til den 31. oktober 2003 blev lægehenviste elektive patienter, der var bosiddende i Odense Kommune, tilbudt deltagelse i et projekt med lodtrækning om første visiterende kontakt i hjemmet ved et geriatrisk team eller som gældende rutine om ambulante forundersøgelse i geriatrisk daghospital.

Lodtrækningen omfattede kun den første kontakt til patienten, de efterfølgende kontakter blev bestemt af det behandlede personale. Patienten kunne kun inkluderes en gang i projektet. Information om projektet var givet i det lokale lægekredsforskningsblad, ved brev til den enkelte lægepraksis og via afdelingens praksiskonsulent. Alle elektive henvisninger blev modtaget af afdelingens sekretær, som telefonisk kontaktede patienten.

Hvis patienten accepterede deltagelse, blev mundtligt samtykke indhentet telefonisk, randomiseringskuverten blev åbnet, og patienten blev mundtligt og efterfølgende skriftligt orienteret. Skriftligt samtykke blev efterfølgende indhentet ved patientens første møde med afdelingens personale.

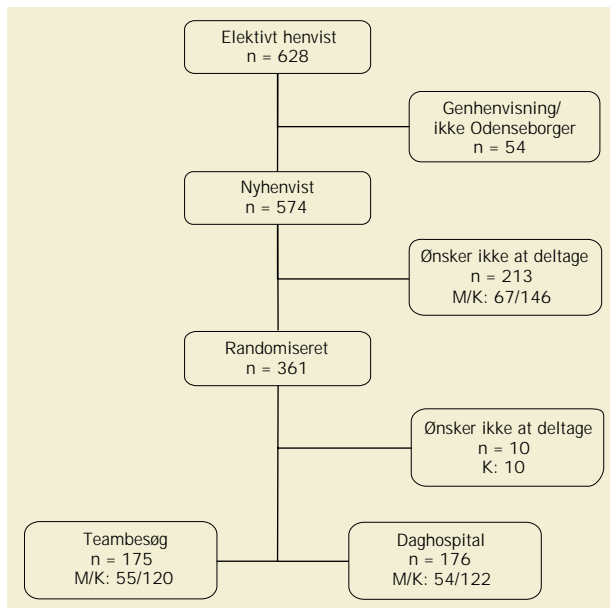
Den henvisende læge havde i projektperioden ikke mulighed for at vælge imellem teambesøg eller daghospital. Den visiterende overlæge kunne ændre på prioriteten, men ikke på randomiseringen.

### Randomisering

Før projektstart blev der udfærdiget 350 kort med »teambesøg i hjemmet« og 350 kort med »forundersøgelse i geriatrisk daghospital. Kortene blev placeret i lukkede og uigennemsigtige kuverter, som efterfølgende blev blandet, udtrukket, nummereret og opsat kronologisk. Efter opnået mundtligt samtykke blev kuverterne åbnet i kronologisk rækkefølge. Det perso-

På de fleste geriatriske afdelinger i Danmark har man tværfaglige team, som udfører undersøgelser og behandlinger ved hjemmebesøg. Et team består typisk af en læge og en sygeplejerske og efter behov en fysioterapeut og/eller en ergoterapeut. Rapporter om disse teamfunktioner er generelt positive [1, 2], men der er ikke foretaget kontrollerede undersøgelser til belysning af, om undersøgelse og behandling i hjemmet er et

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE



Figur 1. Henviste patienter, bortfald og inkluderede patienter.

nale, der var beskæftiget i afdelingens ambulante funktioner (daghospital), har alle deltaget i både teambesøg og forløb med start på daghospitalet. Der blev anvendt kontaktsygeplejerske. De registrerede data er som tidligere beskrevet [5].

### Tidsforbrug

Ved hvert teambesøg registrerede personalet tidspunkterne for afgang fra daghospitalet, ankomst til patienten, afgang fra patienten og tilbagekomst til daghospitalet. Hvis flere teambesøg lå i forlængelse af hinanden, er tiden fra afgang til ankomst til næste patient registreret, og tiden er fordelt på de to sammenhængende besøg. Ved besøg på daghospitalet er tidspunkterne for patientens ankomst og afgang registreret, men ikke den direkte tid sammen med læge, sygeplejerske, diætist og socialrådgiver. Fysio- og ergoterapeuterne registrerede tidsforbruget til patientbehandling pr. påbegyndt 15 minutter.

### Personalekontakter

Ved hver patientkontakt er der registreret, hvilke personalegrupper patienten mødte.

### Omkostninger

Ved beregningen af omkostningerne er der anvendt data fra sygehusets patientadministrative og økonomiske systemer. Det årlige antal arbejdstimer er 1.924 timer, herfra er der trukket seks ugers ferie, syv helligdage, fire kursusdage og 5% sygefravær, svarende til en estimeret arbejdstid på 1.538 netto-timer pr. år.

For nærmere detaljer se [6]. Undersøgelsen er anmeldt til Den Videnskabetiske Komité for Fyns og Vejle Amt, Datatilsynet og analyseret som tidligere beskrevet [5].

### Resultater

I projektperioden modtog man på afdelingen 628 elektive henvisninger, 574 var første henvisning, heraf blev 61% (351 ud af 547) randomiseret, 175 til geriatrisk teambesøg og 176 til ambulante forundersøgelse på geriatrisk daghospital (Figur 1). Team- og daghospitalsgruppen var sammenlignelige med hensyn til kommunale støtteforanstaltninger og henvisningsproblemer. Den mediane alder var henholdsvis 81,3 år og 82,7 år, andelen af kvinder var 68% og 69%, medianværdi for Mini Mental State Examination (MMSE)-score på 25 og 25 og med hensyn til kommunale støtteforanstaltninger og henvisningsproblemer. Den henvisende læge angav »problemer med funktionsniveau« hos 40,6% i teamgruppen mod hos 28% i daghospitalsgruppen ( $p < 0,05$ ), men forskellen var ikke registrerbar med median (min., maks.) Barthel Indeks-100 på henholdsvis 82 (66, 92) og 85 (72, 93) (ikkesignifikant). Hos mere end 84% anførte den henvisende læge flere end to symptomer eller problemer.

Den mediane ventetid fra modtaget henvisning til den første kontakt var i teamgruppen ti dage og i daghospitalsgruppen ni dage ( $p < 0,05$ ). Ved første kontakt var pårørende til stede hos 43% i teamgruppen og hos 39% i daghospitalsgruppen og en repræsentant for hjemmeplejen var til stede hos henholdsvis 17% og 5% ( $p < 0,01$ ).

Det samlede antal kontakter (median) til daghospitalet og i hjemmet var i begge grupper fem, men randomiseringen medførte forskelle i de individuelle patientforløb. 20% i teamgruppen (35 ud af 175) havde kun kontakter i hjemmet (Tabel 1), i denne delgruppe blev kontakten for 69% vedkommende (24 ud af 35) afsluttet ved det første teambesøg (Tabel 1). Kun 6% (11 ud af 175) i teamgruppen havde udelukkende opfølgende kontakter i hjemmet, mens 78% (137 ud af 175) havde et eller flere besøg på daghospitalet (Tabel 1). Hos 21% i daghospitalsgruppen (36 ud af 176) valgte personalet at udføre et teambesøg, og hos 81% (29 ud af 36) heraf blev der kun udført et besøg (Tabel 1). I begge grupper var antallet af ordinerede blodprøver, antallet og typen af røntgenundersøgelser, antal diagnoser og fordelingen på International Classification of Diseases (ICD)-10-grupper ved patientforløbets afslutning og indlæggelsesbehovet ens. I daghospitalsgruppen blev 31% (54 ud af 176) indlagt, heraf 18 inden for de første seks dage. De tilsvarende tal i teamgruppen var 34% (59 ud af 175), heraf 14 inden for de første seks dage.

Ved besøg i hjemmet udførte lægen diagnostik i 87% af kontakterne, på daghospitalet blev der udført diagnostik i 40%, kontrol i 27%, behandling i 21% og information i 11% af tilfældene. Fysioterapeuten udførte vurderinger i 61% af kontakterne i hjemmet, men kun i 14% på daghospitalet. Modsat blev behandlinger udført i 83% af kontakterne på daghospitalet men kun i 34% af kontakterne i hjemmet. Ergoterapeuterne udførte vurderinger ved alle deres kontakter i hjemmet, mens 82% af kontakterne på daghospitalet var vurderinger, og 11% var behandlinger.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Der var ikke signifikante forskelle i patienttilfredshed og selvoplevet helbred imellem grupperne (Tabel 2). I begge grupper steg selvurderingen af eget helbred fra første til anden måling, men kun signifikant i teamgruppen (Tabel 2).

Elektiv henvisning til ambulant undersøgelse på en geriatrisk afdeling øgede i begge grupper det kommunale tidsforbrug til pleje og praktisk bistand, men der var ikke forskelle grupperne imellem. Det mediane (percentiler: 25%, 75%) tidsforbrug steg fra 16,32 minutter (7,44; 48,29) i perioden frem til første kontakt til 21,28 minutter (9,34; 49,34) i de første 21 dage efter første kontakt og til 31,30 minutter (14,05; 79,00) i perioden fra dag 22 til dag 120, (Friedmanns test,  $n = 215$ ,  $p < 0,001$ ).

### Omkostninger og tidsforbrug

Ved det første teambesøg brugte personalet i gennemsnit 124 minutter og ved opfølgende besøg 84 minutter, transporttiden

udgjorde henholdsvis 20% og 30% af det samlede tidsforbrug (Tabel 3). Ved det første teambesøg deltog der i gennemsnit to, og ved opfølgende besøg deltog der i gennemsnit 1,24 personer. En patientkontakt både i hjemmet og på daghospitalet medførte afledte opgaver, som f.eks. kontakter til primærsektorens personale og pårørende, af en varighed på i gennemsnit 14 minutter.

På baggrund af det registrerede tidsforbrug og personalegruppernes involvering i kontakterne (Tabel 3) kan det samlede tidsforbrug ved teambesøg beregnes til 3,50 personaltimer pr. aktivitet.

Når besøget foregik på daghospitalet var patientens opholdstid ved det første besøg 159 minutter og ved efterfølgende besøg 118 minutter (Tabel 3). Ved det første besøg mødte patienten i gennemsnit 2,15 og ved opfølgende besøg 2,06 personer (Tabel 3). I projektperioden var der 8.780 ambu-

**Tabel 1.** Ambulante kontakter til geriatrisk team og daghospitalet stratificeret på randomiseringsgrupperne, n (%).

| Randomiseringsgruppe | Antal besøg på daghospitalet | Antal teambesøg |             |            |           |           | Total       |
|----------------------|------------------------------|-----------------|-------------|------------|-----------|-----------|-------------|
|                      |                              | 0               | 1           | 2          | 3         | ≥ 4       |             |
| Daghospital          | 0                            | 7 (5,0)         |             |            |           |           | 7 (4,0)     |
|                      | 1-4                          | 61 (43,6)       | 12 (41,4)   | 3 (50,0)   | 1 (100,0) |           | 77 (43,8)   |
|                      | 5-8                          | 34 (24,3)       | 9 (31,0)    | 2 (33,3)   |           |           | 45 (25,6)   |
|                      | 9-12                         | 17 (12,1)       | 1 (3,4)     | 1 (16,7)   |           |           | 19 (10,8)   |
|                      | ≥ 13                         | 21 (15,0)       | 7 (24,1)    |            |           |           | 28 (15,9)   |
| I alt                |                              | 140 (100,0)     | 29 (100,0)  | 6 (100,0)  | 1 (100,0) |           | 176 (100,0) |
| Teambesøg            | 0                            | 3 (75,0)        | 24 (19,8)   | 7 (18,9)   | 3 (42,9)  | 1 (16,7)  | 38 (21,7)   |
|                      | 1-4                          | 1 (25,0)        | 51 (42,1)   | 11 (29,7)  | 2 (28,6)  | 3 (50,0)  | 68 (38,9)   |
|                      | 5-8                          |                 | 17 (14,0)   | 5 (13,5)   | 2 (28,6)  | 2 (33,3)  | 26 (14,9)   |
|                      | 9-12                         |                 | 17 (14,0)   | 11 (29,7)  |           |           | 28 (16,0)   |
|                      | ≥ 13                         |                 | 12 (9,9)    | 3 (8,1)    |           |           | 15 (8,6)    |
| I alt                |                              | 4 (100,0)       | 121 (100,0) | 37 (100,0) | 7 (100,0) | 6 (100,0) | 175 (100,0) |

**Tabel 2.** Patienttilfredshed målt ved interview en uge efter patientforløbets afslutning og selvoplevet helbred (Euroqol-5d) målt ved første kontakt, en uge og to måneder efter patientforløbets afslutning.

| Spørgsmål  | Svar                                 | Teambesøg, N = 143<br>n (%) | Daghospital, N = 136<br>n (%) |
|--|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Følte du dig tryk i forbindelse med den undersøgelse og behandling du har fået?                              | Meget tryk/tryk                      | 126 (88,1)                  | 125 (91)                      |
| Følte du dig tilstrækkeligt informeret om din sygdom, undersøgelserne og behandlingen?                       | Virkeligt godt/godt                  | 106 (74,1)                  | 100 (73,5)                    |
| Ønskede du mere indflydelse på behandlingen og plejen?   | Nej                                  | 107 (74,8)                  | 109 (80,1)                    |
| Hvordan oplevede du dit forhold til afdelingens læger?   | Meget godt/godt                      | 123 (86,0)                  | 124 (91,2)                    |
| Hvordan oplevede du dit forhold til afdelingens pleje- og øvrige behandlingspersonale?                       | Meget godt/godt                      | 130 (90,9)                  | 128 (94,1)                    |
| Hvordan føler du dig informeret om det, der skal ske efter din behandling ved geriatrisk afdeling?           | Meget godt/godt                      | 79 (55,3)                   | 81 (59,6)                     |
| Fik du det ud af behandlingen, som du havde forventet?   | Mere end forventet/<br>som forventet | 79 (55,3)                   | 70 (51,4)                     |
| Hvordan vil du alt i alt sige, at du er tilfreds med den behandling og pleje, du fik på geriatrisk afdeling? | Meget godt/godt                      | 125 (87,4)                  | 114 (83,8)                    |
|  |                                      | Teambesøg                   | Daghospital                   |
|  |                                      | median (5%-95%-percentiler) | median (5%-95%-percentiler)   |
| Første kontakt   |                                      | 0,654 (0,040-1,000)         | 0,655 (0,027-1,000)           |
| Første uge efter patientforløbets afslutning   |                                      | 0,708 (0,152-1,000)         | 0,708 (0,009-1,000)           |
| To måneder efter patientforløbets afslutning   |                                      | 0,708 (0,022-1,000)         | 0,707 (0,162-1,000)           |
|  |                                      | n                           | n                             |
| Første kontakt   |                                      | 165                         | 171                           |
| Første uge efter patientforløbets afslutning   |                                      | 143                         | 136                           |
| To måneder efter patientforløbets afslutning   |                                      | 129*                        | 125                           |

\*)  $p < 0,01$ ,  $n = 124$ , Friedmanns test.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

**Tabel 3.** Tidsforbrug og personalegruppernes deltagelse ved team- og daghospitalsbesøg.

|   | Teambesøg           |           | Daghospital         |            |
|---|---------------------|-----------|---------------------|------------|
|   | gns. antal min (SD) | n (%)     | gns. antal min (SD) | n (%)      |
| Patientens tidsforbrug ved første kontakt         | 99,5 (23,9)         | 170       | 159,0 (40,3)        | 170        |
| Personalets transporttid ved første kontakt       | 24,9 (9,4)          | 170       |                     |            |
| Besøg med kontakt til                             |                     |           |                     |            |
| læge  |                     | 170 (100) |                     | 170 (100)  |
| sygeplejerske                                     |                     | 170 (100) |                     | 170 (100)  |
| fysioterapeut                                     |                     |           |                     | 22 (13)    |
| Patientens tidsforbrug ved opfølgende kontakter   | 57,7 (26,9)         | 117       | 118,2 (55,4)        | 1.924      |
| Personalets transporttid ved opfølgende kontakter | 26,3 (8,3)          | 117       |                     |            |
| Besøg med kontakt til                             |                     |           |                     |            |
| læge  |                     | 25 (21)   |                     | 1.020 (53) |
| sygeplejerske                                     |                     | 34 (29)   |                     | 1.905 (99) |
| fysioterapeut                                     |                     | 37 (32)   |                     | 962 (50)   |
| ergoterapeut                                      |                     | 48 (41)   |                     | 58 (3)     |

SD = standarddeviation.

lante aktiviteter eksklusive teambesøgene. Til afvikling heraf brugte man på afdelingen 13.600 nettopersonaletimer svarende til 1,55 personaletime pr. aktivitet.

### Diskussion

Projektets design fastlåste den primære kontakt til enten at foregå i hjemmet eller på afdelingens daghospital. Valget af det videre forløb var alene baseret på personalets vurderinger.

Undersøgelsens hovedformål var at belyse, om en strategi med visiterende besøg i hjemmet havde fordele i forhold til den gældende rutine med forundersøgelse på daghospitalet. Undersøgelsen er således ikke designet til at sammenligne et rent ambulante hjemmetilbud med et ambulante hospitalstilbud. En sammenligning, der efter undersøgernes mening vil være vanskelig at gennemføre i forhold til en målgruppe, hvor henvisningsårsagerne primært skal være begrundet i somatiske og ikke i psykiatiske eller plejemæssige problemer.

Der var en dags forskel i ventetiden fra modtaget henvisning til den første kontakt, en forskel, der næppe kan tillægges praktisk betydning. Vurderet på personalegruppernes opgaver, antal blodprøvetagninger, antal røntgenundersøgelser, antal ambulante kontakter, antal diagnoser, diagnosernes fordeling på ICD-10 grupperne, indlæggelsesbehovet og den ens stigning i behovet for kommunal bistand synes de to randomiseringforløb at være sammenlignelige.

Stigningen i den kommunale indsats tyder på, at henvisningen til geriatrisk afdeling ud over afdækning af sygdomme også afdækker et funktions- og plejebæhov. Så selv om hjemmeplejen kun deltog ved første kontakt hos 17% i hjemmet og hos 5% på daghospitalet, har der været tværsektoriel kommunikation, som er indeholdt i de 14 minutter, der i gennemsnit blev brugt til kommunikation efter en patientkontakt.

En vigtig observation var, at den tid patienten ved første kontakt skulle investere i undersøgelse og behandling var næsten dobbelt så lang, når kontakten foregik på daghospitalet.

Også ved de opfølgende besøg var patientens tidsforbrug ca. en time højere, når kontakten skete på daghospitalet. Patientens reelle tidsforbrug ved kontakter på daghospitalet er dog endnu større, da de gældende transportaftaler kræver, at patienten er klar til afhentning halvanden time før aftalt fremmøde, og at ventetiden på hjemtransport kan være op til en time. Så set fra patienternes perspektiv burde teambesøg i hjemmet være det foretrukne valg. Patienterne er i undersøgelsen ikke direkte blevet spurgt, om de foretrak kontakterne i hjemmet frem for på afdelingens daghospital, men den manglende forskel i patienttilfredsheden og i det selvoplevede helbred tyder på accept af begge fremgangsmåder. Medvirkende hertil kan naturligvis også være det forhold, at personalet kun i meget få tilfælde valgte kun at have kontakter i hjemmet. Dermed har forløbet for den enkelte været en blanding af de to kontaktformer, således at patienttilfredsheden måske mest måler den samlede tilfredshed med kontakten til afdelingens ambulante funktioner og personale. Bortset fra de fastlåste første teambesøg har de opfølgende besøg i hjemmet primært været foretaget af terapeutgrupperne og specielt af ergoterapeuterne brugt til vurderinger af patienterne.

Et tilbud om primær visitation i hjemmet lyder patientvenligt, og patienterne sparer tid i forhold til et ambulante sygehusbesøg. Set fra hospitalsafdelingens side er der dog tale om et omkostningstungt tilbud. Afdelingens tidsforbrug pr. aktivitet er ved teambesøg mere end dobbelt så stort som ved besøg på daghospitalet, 3,50 timer mod 1,55 timer. Selv om transportafstandene i dette projekt var begrænsede og kun omfattede kørsel i Odense Kommune, synes en transporttid på 20-30% af arbejdstiden at være stor. Da målgruppen var lægehenviste geriatriske patienter, hos hvem man havde mistanke om somatiske problemer, var der ikke aftaler om deltagelse fra hjemmeplejen. Hvis hjemmeplejen havde deltaget ved første besøg i hjemmet, ville forbruget være øget med yderligere halvanden time pr. besøg.

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Det lykkedes kun at inkludere 61% af de elektivt henviste patienter. En væsentlig årsag hertil må antages at være den besværlige proces ved indhentning af det informerede samtykke, en proces, som må antages at frasortere ældre med kognitive problemer. Kun 25% af de inkluderede havde MMSE under 21. Projektdata er opsamlet som led i den almindelige drift, og bortfaldsgruppen er ikke fulgt yderligere, men den havde samme kønsfordeling som projektgruppen. Bortfaldet på 39% har sandsynligvis introduceret en bias i forhold til bredden i den geriatrike population, hvor der i gruppen af kognitivt svækkede kunne være patienter, som personalet havde fundet egnet til flere teambesøg. Der er dog ikke grund til at tro, at bortfaldet påvirker det reelt registrerede tidsforbrug ved de to kontaktformer og derfor heller ikke omkostningsvurderingen.

Hvis visiterende teambesøg skal være et reelt alternativ til ambulans undersøgelse på sygehus af lægehenviste patienter, skal det visiterende besøg foretages af en erfaren læge og sygeplejerske. Efter forfatterens meninger er visiterende besøg af en sygeplejerske ikke et kvalitativt relevant tilbud. Med det nuværende antal speciallæger og prognosen for de nærmeste år vil en udadgående funktion være dyr og vil vanskeligt kunne komme til at spille nogen kvantitativ rolle i behandlingen af geriatrike patienter. Besøg i patientens hjem kan give værdifulde informationer til helheden i patientbehandlingen, men det er vores erfaringer, at denne opgave kan løses ved

gode tværsektorielle samarbejdsaftaler. Teambesøg er et eksklusivt tilbud, som skal reserveres til udvalgte patienter og i udvalgte tilfælde til opfølgning efter indlæggelse [7, 8].

Korrespondance: Lars Erik Matzen, Geriatrik Afdeling G, Odense Universitetshospital, DK-Odense C, 5000 Odense C.  
E-mail: lars.matzen@ouh.regionsyddanmark.dk

Antaget: 1. november 2006  
Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelse: Projektet har modtaget støtte fra Sundhedsstyrelsens MTV-institut (262-67-1999).

## Litteratur

- Frølund B. Opsøgende geriatri er ældrevenlig. Ugeskr Læger 1991;153:1425-7.
- Hansen FR, Poulsen H, Falkenberg I et al. Erfaringer fra et geriatrik team knyttet til et sygehus. Ugeskr Læger 1992;154:613-7.
- Udfordringer i Sygehusvæsenet – Betænkning fra Sygekommisionen. København: Sundhedsministeriet, 1997.
- Sundhedsplan for Fyns Amt – Sundhedsplanlægning 1994-97. Fyns Amt, 1997.
- Matzen LE, Foged L, Pedersen P et al. Geriatrik teambesøg kan forebygge indlæggelse af subakut henviste patienter, men er et tidskrævende tilbud. Ugeskr Læger 2007;169:2113-8.
- MTV-rapport af geriatrik team. Odense Universitetshospital, 2006. www.ouh.dk/wm183017/an 2007.
- Hansen FR, Poulsen H, Sørensen KH. A model of regular geriatric follow-up by home visits to selected patients discharged from a geriatric ward: A randomized controlled trial. Aging Clin Exp Res 1995;7:202-6.
- Sinclair AJ, Conroy SP, Davies M et al. Post-discharge home-based support for older cardiac patients: a randomised controlled trial. Age Ageing 2005;34: 338-43.S

# Geriatrisk teambesøg kan forebygge indlæggelse af subakut henviste patienter, men er et tidskrævende tilbud

## En randomiseret undersøgelse

Ledende overlæge Lars Erik Matzen, afdelingssygeplejerske Laila Foged, socialoverlæge Palle Pedersen, praksiskonsulent Kirsten Wengle, & overlæge Karen Andersen-Ranberg

Odense Universitetshospital, Geriatrik Afdeling G, og Odense Kommune

### Resume

**Introduktion:** Formålet med undersøgelsen var at finde ud af, om et geriatrik teambesøg kan forebygge indlæggelse af subakut lægehenviste patienter.

**Materiale og metoder:** Patienterne blev randomiseret ved den før-

ste kontakt til hjemmebesøg (n = 59) eller subakut indlæggelse (n = 43). Patienternes medianalder var hhv. 79,0 år og 82,5 år, og andelen af kvinder var hhv. 64% og 72% (ikke-signifikant), scorer på Barthel-Indeks 100 var hhv. 75,5 og 77,0, og Mini Mental State Examination-score var hhv. 24,0 og 23,0. Deltagelsesprocenten var 30.

**Resultater:** 53% (31 ud af 59) af de patienter, der var randomiseret til subakut teambesøg, blev ikke indlagt, 17% (ti ud af 59) blev indlagt ved det første teambesøg, og 12% (syv ud af 59) blev indlagt på dag 2-7. Blandt de patienter, der blev indlagt inden for de første syv dage, var der flere aleneboende, 84% (n = 16 ud af 19) mod 52% (16 ud af 31) blandt de ikke-indlagte. Et subakut teambesøg varede 122 minutter heraf gik 23 minutter (19%) til