

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 Sygehuskommissionen. 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

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

transport. Af de 43 patienter, der blev randomiseret til subakut indlæggelse, kunne 16% (syv ud af 43) udskrives inden for et døgn, heraf 72% til ambulans opfølgning, yderligere 26% (11 ud af 42) blev udskrevet på dag 2-7, heraf 27% til ambulans opfølgning. Den samlede udredningstid i kalenderdage var i hhv. teamgruppen og indlæggelsesgruppen 27,1 (n=59) og 15,0 (n=43) ($p<0,05$). Der var ikke signifikante forskelle imellem de to grupper i den oplevede patienttilfredshed eller det selvoplevede helbred. I gruppen, der blev indlagt, faldt kommunens tidsforbrug til pleje og praktisk bistand til 15 minutter pr. dag ($p<0,01$), og i gruppen, der ikke blev indlagt, steg det til 44 minutter pr. dag ($p<0,05$).

Konklusion: Subakut geriatrisk teambesøg kan forebygge indlæggelse. Tidsforbruget til teambesøg er højt. Ikkeindlæggelse øger kommunens tidsforbrug. Den samlede udredningstid er for patienten kortest ved indlæggelse.

Ifølge Danmarks Statistik udgør gruppen af personer over 80 år ca. 4% af den danske befolkning og tegner sig for 11% af sygehusindlæggelserne og 20% af det somatiske sengedagsforbrug. I de kommende år vil antallet af personer i de høje aldersgrupper øges, og det ser ud til, at den øgede levetid også betyder flere leveår med kroniske sygdomme [1].

Behovet for sygehusindlæggelse må antages at stige, men samtidig er det nødvendigt at undersøge alternativer, så man kan tilbyde undersøgelse og behandling med samme kvalitet og uden indlæggelse. Blandt alternativerne til sygehusindlæggelse af ældre patienter er nævnt akutstuer på plejehjemmene og behandling i hjemmet ved udgående specialistteam [2]. I forbindelse med nyetableringen af geriatrisk team på Odense Universitetshospital i 2001 blev der iværksat et randomiseret projekt, for at man kunne undersøge, om et geriatrisk team bestående af en læge og en sygeplejerske kunne forebygge indlæggelse af subakut henviste patienter.

Materiale og metoder

På Geriatrisk Afdeling, Odense Universitetshospital, er der døgnvagt. Ønsker om akut indlæggelse rettes til forvagten. I perioden fra den 14. december 2001 til den 31. oktober 2003 blev patienter fra primærsektoren, der var blevet henvist enten af egen læge eller vagtlæge og var bosiddende i Odense Kommune, tilbudt deltagelse i et projekt med randomisering til enten besøg i hjemmet næste dag kl. 9 eller, som almindeligt indtil projektstarten, indlæggelse på afdelingen næste dag kl. 9. Information om projektet var blevet givet i det lokale lægekredsforeningsblad, ved brev til den enkelte lægepraksis og via afdelingens praksiskonsulent.

Når en læge fra primærsektoren ønskede en patient akut indlagt, var vagtholdet instrueret i at orientere om muligheden for subakut vurdering. Hvis den indlæggende læge vurderede, at kontakten kunne udsættes til næste morgen, orienterede denne patienten om projektet og indhentede mundtligt samtykke. Herefter åbnede forvagten randomise-

ringskuverten. Skriftligt samtykke blev efterfølgende indhentet ved den første kontakt mellem patienten og afdelingens personale.

Randomisering

Før projektstarten blev der udfærdiget 100 kort med »teambesøg i hjemmet næste dag kl. 9« og 100 kort med »indlæggelse næste dag kl. 9«. Kortene blev placeret i lukkede og uigennemsigtige kuverter, som efterfølgende blev blandet, udtrukket, nummereret og opsat kronologisk. Forvagten fik hver dag ved vaktens start udleveret fire kuverter, som skulle åbnes i nummerorden. Ikke brugte kuverter blev afleveret i sekretariatet og genudleveret næste dag sammen med nye kuverter. Af praktiske grunde var det kun muligt at randomisere til et subakut teambesøg dagligt. Randomisering kunne inden for et døgn ske, indtil kortet viste »teambesøg i hjemmet næste dag kl. 9«.

Personalet, der var beskæftiget i afdelingens ambulante funktioner, havde alle deltaget i både teambesøg og forløb med start i daghospitalet. Der blev anvendt kontaktsygeplejerske.

De registrerede data omfattede: de symptomer/problemer, som den indlæggende læge havde anført på henvisningen, kognitiv funktion målt med Mini Mental State Examination (MMSE), funktionsniveau målt med Barthel Index-100, civilstand, boligform, brug af gangredskab eller ej, kommunale støtteordninger, synsevne, hørevne, personaleopgaver i forbindelse med de enkelte kontakter, personalets tidsforbrug ved teambesøg og indlæggelser i projektperioden. Selvom helbred blev målt med Euroqol-5d (Eq-5) [3], som er oversat til dansk og valideret. De fem spørgsmål vedrørende mobilitet, personlig pleje, sædvanlige aktiviteter, smerte/ubehag og angst/depression har hver tre svarmuligheder, og i kombinationer beskrives i alt 243 helbredstilstande [4], som er vægtede i forhold til hinanden [5]. De vægtede værdier angives her, besvarelsene af spørgsmålene kan ses i appendikset på [6]. Patienttilfredsheden blev målt en uge efter patientforløbets afslutning med otte spørgsmål valgt fra Patienttilfredsundersøgelsen i Fyns Amt fra 1992 om patientens oplevelser af kontakten til personalet, information og indflydelse på undersøgelser og behandling.

Ved stregkoder registrerer Odense Kommune løbende tidsforbruget til pleje og praktisk bistand. I projektet indgår forbruget for perioden 30 dage før og indtil 120 dage efter første kontakt, som er datoen for teambesøg eller indlæggelse.

Statistik

SPSS (version 11.5.0) er anvendt. Normalfordelte variable er angivet med gennemsnit og spredning (SD) og t-test er anvendt. Ikke normalfordelte variable er angivet med median, percentiler eller min. og maks., og nonparametrisk statistik, χ^2 -test, Mann-Whitneys test og Friedmanns test er anvendt. Signifikansniveauet er valgt til at være $p=0,05$. Undersøgelsen

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

er godkendt af Den Videnskabssetiske Komité for Fyns og Vejle Amt og anmeldt til Datatilsynet.

Resultater

Det samlede antal subakutte henvisninger til afdelingen var i alt 336, kun 30% (102 ud af 336) blev randomiseret (**Figur 1**). Inklusions- og bortfaldsgruppen havde samme kønsfordeling (**Figur 1**). Patienter randomiseret til indlæggelsesgruppen, var hyppigere aleneboende ($p < 0,05$) end patienterne i gruppen, der blev randomiseret til teambesøg (**Tabel 1**).

Men derudover var der ikke signifikante forskelle i de registrerede basisdata. Antallet af symptomer og problemer, som var anført på henvisningerne, dækkede et bredt område (**Tabel 1**), hos 76% var der anført flere end to symptomer og problemer.

Subakut teambesøg

Hos 92% af de 59 patienter, der blev randomiseret til teamgruppen, blev besøget foretaget inden for 24 timer. To (3%) blev indlagt akut inden hjemmebesøget. Ved det subakutte teambesøg besluttede teamet at indlægge yderligere 17% (ti ud af 59), otte på geriatrisk og to på neurologisk afdeling. 12% (syv ud af 59) blev indlagt 2-7 dage efter den første kontakt, seks på geriatrisk og en på gastroenterologisk afdeling. Yderligere 15% (ni ud af 59) blev indlagt 8-120 dage efter den første kontakt, syv på geriatrisk og en på ortopædkirurgisk afdeling. Lidt over halvdelen, 53% (31 ud af 59), blev ikke indlagt i undersøgelsesperioden.

I gruppen, der blev indlagt inden for de første syv dage, var 84% (16 ud af 19) aleneboende mod 52% (16 ud af 31) i gruppen, der ikke blev indlagt.

En repræsentant for hjemmeplejen var til stede i 21% (12 ud af 57) af tilfældene og en pårørende i 44% (25 ud af 57) af tilfældene af de subakutte teambesøg. Et subakut teambesøg ($n = 57$) varede i gennemsnit (SD) 121,7 (22,6) minutter, heraf blev 99,0 (23,0) minutter brugt hos patienten, og 22,7 (6,9) minutter blev brugt til transport.

Subakut indlæggelse

I indlæggelsesgruppen, skete indlæggelsen inden for 24 timer for 93%'s (40 ud af 43) vedkommende. En blev konverteret til teambesøg.

Blandt de indlagte blev 17% (syv ud af 42) udskrevet inden for det første døgn, heraf overgik 72% (fem ud af syv) til ambulante behandling. Yderligere 26% (11 ud af 42) kunne udskrives på dag 2-7, her havde 27% (tre ud af 11) behov for ambulante opfølgning. Ved udskrivelse efter dag otte havde 33% (otte ud af 24) behov for ambulante opfølgning.

Sammenligning af subakut teambesøg og subakut indlæggelse

Antallet af ambulante kontakter var større i team- end i indlæggelsesgruppen, henholdsvis (median, spændvidde) 4,0

(1-21, $n = 59$) og 2,0 (1-15, $n = 16$) (Mann-Whitneys test: ikke-signifikant). Det samlede patientforløb fra første kontakt til afslutning var længst i teamgruppen, 27,1 dage (1-218 dage, $n = 59$) mod 15,0 dage (1-146 dage, $n = 43$) i indlæggelsesgruppen (Mann-Whitneys test: $p < 0,05$).

Det gennemsnitlige antal diagnoser var 4,1 i teamgruppen og 3,8 i daghospitalsgruppen. Diagnoserne fordelte på International Classification of Diseases (ICD)-10-grupperne var ens ved patientforløbenes afslutning.

Der var ikke mellem grupperne signifikante forskelle i den oplevede patienttilfredshed, men med undtagelse af spørgsmålet: »Følte du dig tilstrækkeligt informeret om din sygdom, undersøgelse og behandlingen« var der en tendens til flere tilfredse i teamgruppen (**Tabel 2**).

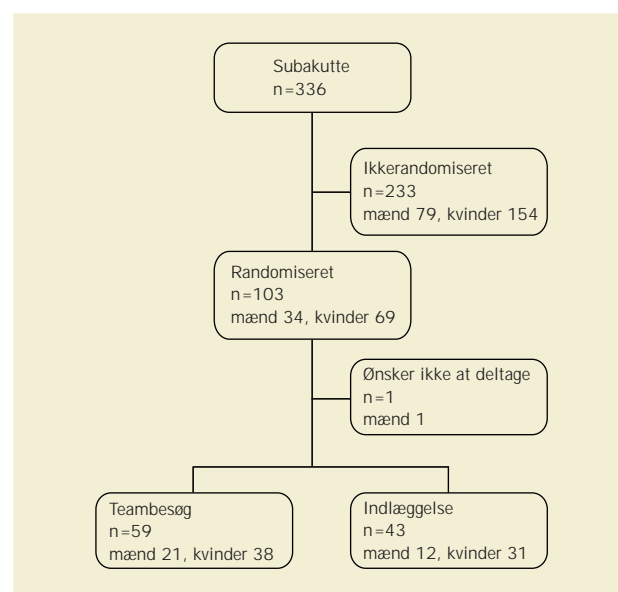
Der var ikke signifikante forskelle i det selvoplevede helbred, hverken ved første kontakt, en uge og to måneder efter patientforløbet afslutning (**Tabel 2**). I teamgruppen oplevede patienterne en signifikant bedring i det selvoplevede helbred fra første til anden måling ($p < 0,05$) (**Tabel 2**).

Ved sammenligning af de to randomiseringsgrupper var der ikke signifikante forskelle i det kommunale tidsforbrug til pleje og praktisk bistand (**Tabel 3**). I indlæggelsesgruppen faldt det kommunale tidsforbrug (median) til 15 minutter pr. dag i perioden efter indlæggelsen ($p < 0,01$) og med en efterfølgende stigning til 38 minutter pr. dag (**Tabel 3**).

Blandt de patienter i teamgruppen, som ikke blev indlagt inden for de første syv dage, steg det kommunale tidsforbrug (median) til 44 minutter pr. dag ($p < 0,05$) (**Tabel 3**).

Diskussion

Primær intervention ved hjemmebesøg til ældre borgere i Danmark har vist effekt på indlæggelser og plejehjemsforbrug



Figur 1. Henviste patienter, bortfald og inkluderede patienter.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 1. Basisdata og henvisningsårsager hos subakut henviste patienter

	Teambesøg (n = 59)	Indlæggelse (n = 43)
Mænd, n (%)	21 (35,6)	12 (27,9)
Kvinder, n (%)	38 (64,4)	31 (72,1)
Alder, år, median (min.-maks.)	79,0 (64,0-100,8)	82,5 (67,5-94,1)
Barthels Index, median (min.-maks.)	75,5 (0-95)	77,0 (6-95)
MMSE-score, median (min.-maks.)	24,0 (8-30)	23,0 (7-29)
Civilstand, n (%)		
Gift/samboende	22 (37,3)	7 (16,3)
Aleneboende	37 (62,7)*	36 (83,7)
Bolig, n (%)		
Egen bolig	46 (78,0)	28 (65,1)
Ældrebolig	7 (11,9)	10 (23,3)
Plejebolig	5 (8,5)	4 (9,3)
Andet	1 (1,7)	1 (2,3)
Gangredskab, n (%)		
Intet	18 (30,5)	14 (32,6)
Kun stok	7 (11,9)	6 (14,0)
Rollator/gangbuk	34 (57,6)	23 (53,5)
Kommunale støtteordninger, n (%)		
Medicinadministration	22 (37,3)	19 (44,2)
Madordning	15 (25,4)	19 (44,2)
Tilknyttet et dagcenter	9 (15,3)	6 (14,0)
Bistand, en eller flere former	43 (72,9)	36 (83,7)
Synsevne, n (%)		
Kan læse små typer i avis	37 (62,7)	29 (67,4)
Kan kun læse store typer i avis	10 (16,9)	5 (11,6)
Kan ikke læse avistyper	4 (6,8)	3 (7,0)
Hørevne, n (%)		
Kan høre almindelig samtale	54 (91,5)	43 (100)
Anvender hørehjælpemiddel	12 (20,3)	10 (23,3)
Symptomer/problemer anført på henvisningen, n (%)		
Fald	11 (18,6)	6 (14,0)
Svimmelhed	4 (6,8)	14 (32,6)
Gangbesvær	14 (23,7)	4 (9,3)
Problemer med funktionsniveau	19 (32,2)	7 (16,3)
Sociale problemer	5 (8,5)	2 (4,7)
Besvær m. hukommelse	8 (13,6)	1 (2,3)
Demens	3 (5,1)	2 (4,7)
Delirium/konfusion	5 (8,5)	1 (2,3)
Åndenød	8 (13,6)	5 (11,6)
Symptomer fra hjertet	4 (6,8)	6 (14,0)
Problemer i relation til blodtryk	4 (6,8)	1 (2,3)
Smertor	21 (35,6)	14 (32,6)
Vægttab	13 (22,0)	8 (18,6)
Feber	1 (1,7)	1 (2,3)
Symptomer fra mave/tarm	13 (22,0)	13 (30,2)
Symptomer fra urinveje	2 (3,4)	6 (14,0)
Mistanke om cancer	5 (8,5)	3 (7,0)
Abnorme blodprøver	8 (13,6)	3 (7,0)
Anæmi	11 (18,6)	2 (4,7)

MMSE = Mini Mental State Examination

*) p<0,05

[7]. De lovbestemte hjemmebesøg til alle ældre over 75 år gør det muligt for kommunerne at kontakte borgerne, men de helbredsmæssige gevinster er beskedne [8]. I England har man forsøgt at holde tæt kontakt til ældre med kroniske lidelser, uden dog at kunne forebygge akutte indlæggelser [9]. Ved passende ambulante tilbud tyder det på, at akutte medicinske indlæggelser kan reduceres med 17-20% [10].

Ved det subakutte besøg fandt teamet, at 20% havde et

umiddelbart indlæggelsesbehov, og yderligere 12% havde behov for indlæggelse inden for de første syv dage. I teamgruppen, var der flere aleneboende blandt de der blev indlagt end blandt dem der ikke blev indlagt. Det kan afspejle, at selv om kommunen øgede sin indsats, kan manglen på en pårørende være en af de faktorer, der gør indlæggelse nødvendig.

I planlægningen af projektet var der ikke aftaler om obligatorisk deltagelse fra hjemmeplejen. Ud fra projektet kan man således ikke besvare, om yderligere indlæggelser kunne være undgået, hvis hjemmeplejen havde været til stede ved alle de subakutte teambesøg.

I indlæggelsesgruppen, kunne 16% udskrives inden for et døgn og yderligere 26% inden for syv dage. Da patienterne er fordelt tilfældigt i de to grupper, må det formodes, at op til halvdelen af de indlagte også kunne have klaret sig med et ambulante behandlingstilbud. Selv om dette kan være tilfældet, er umiddelbar udskrivelse ikke mulig. De gældende samarbejdsaftaler med kommunerne i Fyns Amt giver dem tre hverdage til etablering af den nødvendige hjælp. En anden mulig forklaring kan være en tilbøjelighed hos behandlerne til og en forventning hos patienter og pårørende om at få det hele afklaret, når indlæggelse nu er sket.

At kommunens tidsforbrug til pleje- og praktisk bistand i hjemmet steg i gruppen, der ikke blev indlagt, er måske ikke overraskende, men et eksempel på at besparelser et sted har afledte udgifter et andet. I indlæggelsesgruppen steg det kommunale tidsforbrug i perioden 22 dage efter indlæggelsen. Selv om der ikke var signifikant forskel til teamgruppen, kunne en forklaring være det større antal aleneboende i gruppen af indlagte, der derfor havde et større behov for hjælp, en anden kunne være at indlæggelsen afdækkede et mere omfattende plejebestand end det ambulante forløb.

Hvis det antages, at den tid, der går fra første kontakt til patientforløbet afslutning, afspejler den tid, som patienten skal investere i at få afklaret sine problemer, viser undersøgelsen, at man ved indlæggelse inklusive evt. ambulante opfølgninger afklarer problemerne på ca. den halve tid. Som patient kunne det derfor være fristende at vælge indlæggelsen. Undersøgelsen giver dog ikke belæg for en sådan konklusion, der var en tendens til større patienttilfredshed i teamgruppen, men det skal naturligvis fremhæves, at patienterne ikke direkte er blevet spurgt om deres præferencer.

Det har været en vanskelig undersøgelse at gennemføre, og resultaterne skal, pga. den lave deltagelsesprocent og det beskedne antal inkluderede patienter, tolkes med varsomhed. Riskoen for en type 2-fejl, hvor accept af manglende forskel imellem de to randomiseringsforløb med hensyn til patienttilfredshed, selvoplevet helbred og kommunalt tidsforbrug er til stede. Alle tre tenderer mod gunstigere resultater i teamgruppen, men tallene er små og spredningen stor.

Ved planlægningen var ideen en randomisering imellem to kontaktformer, men ikke imellem to behandlingsmåder, men undersøgernes ønske om randomisering uden samtykke

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 2. Patienttilfredshed målt ved interview en uge efter patientforløbets afslutning og selvoplevet helbred (Euroqol-5d) median (5%-95%-percentiler) målt ved første kontakt, en uge og to måneder efter patientforløbets afslutning.

Spørgsmål	Svar	Subakut teambesøg, N = 41 n (%)	Subakut indlæggelse, N = 32 n (%)
Følte du dig tryk i forbindelse med den undersøgelse og behandling, du har fået?	Meget tryk/tryk	37 (90,2)	28 (87,5)
Følte du dig tilstrækkeligt informeret om din sygdom, undersøgelserne og behandlingen?	Virkelig godt/godt	30 (73,2)	25 (78,2)
Ønskede du mere indflydelse på behandlingen og plejen?	Nej	32 (78,0)	22 (68,8)
Hvordan oplevede du dit forhold til afdelingens læger?	Meget godt/godt	39 (95,1)	27 (84,4)
Hvordan oplevede du dit forhold til afdelingens pleje- og øvrige behandlingspersonale?	Meget godt/godt	41 (100)	32 (100)
Hvordan føler du dig informeret om det, der skal ske efter din behandling på geriatrisk afdeling?	Meget godt/godt	27 (65,8)	19 (59,4)
Fik du det ud af behandlingen, som du havde forventet?	Mere end forventet/ som forventet	25 (61,0)	16 (50,1)
Hvordan vil du alt i alt sige, at du er tilfreds med den behandling og pleje, du fik på geriatrisk afdeling?	Meget godt/godt	39 (95,1)	27 (84,4)
		Subakut teambesøg	Subakut indlæggelse
Selvoplevet helbred	median (5%-95%-percentiler)	n	median (5%-95%-percentiler) n
Første kontakt	0,655 (-0,114-1,000)	54	0,654 (0,028-1,000) 40
Første uge efter patientforløbets afslutning	0,723 (-0,120-1,000)	41	0,602 (0,418-1,000) 32
To måneder efter patientforløbets afslutning	0,708 (0,011-1,000)	33*	0,668 (-0,373-1,000) 28

*) $p < 0,05$ Friedmanns test

Tabel 3. Kommunalt tidsforbrug til pleje- og praktisk bistand i hele den subakutte gruppe og i den subakutte delgruppe randomiseret til teambesøg. Klienttid, minutter/dag, median (5%-95%-percentiler).

	Randomiseringsgruppe		Subakut teambesøg	
	subakut teambesøg	subakut indlæggelse	ikke indlagt	indlagt inden syv dage efter første kontakt
30 dage før første kontakt	19,13 (3,36-178,25) (n = 31)	21,42 (0,48-99,34) (n = 31)	16,19 (3,36-178,25) (n = 13)	19,17 (4,21-100,09) (n = 12)
21 dage efter første kontakt	20,00 (0,45-200,14) (n = 34)	15,14 (0,31-63,00) (n = 29)	44,42 (4,02-200,14) (n = 15)	9,45 (0,45-25,54) (n = 12)*
22-120 dage efter første kontakt	13,52 (0,29-215,40) (n = 37)	38,52 (0,27-235,10) (n = 30)**	16,12 (0,34-103,25) (n = 16)	9,09 (0,29-215,40) (n = 14)

*) $p < 0,05$ Mann-Whitneys test

***) $p < 0,01$ Friedmanns test

kunne den regionale Videnskabsetiske Komité for Fyns og Vejle Amt ikke støtte. En væsentlig forklaring på den lave deltagelsesprocent er dels den omstændelige procedure ved indhentning af det informerede samtykke, hvor skiftende forvægter havde den oplysende og pædagogiske opgave med at motivere de henvisende læger, og dels de personalemæssige resurser, som kun muliggjorde at planlægge med et subakut teambesøg dagligt.

Den store gruppe af ikkeinkluderede subakutte patienter blev indlagt på afdelingen og ikke fulgt yderligere. Randomiseringen var helt afhængig af de henvisende lægers opbakning. Det kan ikke udelukkes, at dette kan have medført en bias, hvor indlæggende læger har valgt kun at give de letteste tilfælde et tilbud om inklusion og dermed introduceret en

bias, så antallet af patienter, der er egnede til ambulante behandling, overestimeres. Undersøgelsen viser under alle omstændigheder, at en gruppe af indlæggelsestruede patienter kan undgå indlæggelse, hvis der etableres et ambulante undersøgelses- og behandlingstilbud, men om den rigtige andel er 53% som her, må vurderes med varsomhed.

I undersøgelsesperioden havde afdelingen 2.087 indlæggelser, heraf var 13% subakutte. Det er i forhold til sidstnævnte delgruppe, at overvejelser om subakutte ambulante tilbud er relevante.

Hvis subakutte teambesøg skal spille en kvantitativ rolle kræves der et beredskab, som muliggør, at en erfaren læge og sygeplejerske kan forlade afdelingen i to timer, hvoraf de 19% anvendes til transport. Tidsforbruget til de subakutte

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

teambesøg er undersøgelsens mest sikre resultat, og af samme størrelsesorden som det, der er registreret i forbindelse med et langt større antal elektive teambesøg [11].

Det er undersøgernes vurdering, at geriatrisk teambesøg til subakutte patienter kan være relevant i specielle tilfælde, men at den geriatriske specialitydelse på en mere hensigtsmæssig og økonomisk fornuftig måde kan tilbydes til både subakutte og elektive patienter [11] på geriatriske ambulatorier og dag-hospitaler med mulighed for akut og subakut vurdering.

Korrespondance: *Lars Erik Matzen*, Geriatrisk Afdeling G, Odense Universitetshospital, DK-5000 Odense C. E-mail: lars.matzen@ouh.fyns-amt.dk

Antaget 1. november 2006
Interessekonflikter: Ingen angivet

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

Projektstyregruppe: Ledende overlæge *Lars Erik Matzen* (projektansvarlig), Geriatrisk Afdeling G, Odense Universitetshospital, overlæge *Karen Andersen-Ranberg*, Geriatrisk Afdeling G, Odense Universitetshospital, overlæge *Palle Pedersen*, Odense Kommune, praksiskonulent, praktiserende læge *Kirsten Wengler*, oversygeplejerske *Birthe Rosenkrantz Lindegaard*, Geriatrisk Afdeling G, Odense Universitetshospital, afdelingssygeplejerske *Irmgard Birkegaard* (til 31. marts 2003), afdelingssygeplejerske *Laila Foged*, Geriatrisk Daghospital (fra 1. april 2003).

Litteratur

1. Brønnum-Hansen H. Health expectancy in Denmark, 1987-2000. *Eur J Publ Health* 2005;15:20-5.
2. Udfordringer i Sygehusvæsenet – Betænkning fra Sygehuskommissionen. København: Sundhedsministeriet, 1997.
3. www.euroqol.org/jan.2007
4. Gudex C, Sørensen J. EuroQol: et generisk mål for helbredstilstand. *Månedsskr Prakt Lægegern* 1998;76:1339-45.
5. Wittrup-Jensen KU, Lauridsen JT, Gudex C et al. Danish EuroQol tariffs estimated by the Visual Analogue Scale (VAS) and the Timed Trade-Off (TTO). http://gs1.q4matics.com/euroqol_zoek_test/DocumentBekijken.rbm?DocID=110105&KlantID=125/jan.2007
6. MTV-rapport af geriatrisk team, Odense Universitetshospital, 2006, <http://www.ouh.dk/wm183017/jan.2007>
7. Henriksen C, Lund E, Strømgård E. Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomised controlled trial. *BMJ* 1984;289:1522-24.
8. Vass M, Avlund K, Henriksen C et al. Structured home visits to older people. *Scand J Prim Health Care* 2004;22:106-11.
9. Walker L, Jamrozik K. Effectiveness of screening for risk of medical emergencies in the elderly. *Age Aging* 2005;34:238-42.
10. Friberg JT, Taastrøm A, Andersen IB et al. Kan akutte indlæggelser konverteres til planlagte på medicinske afdelinger?. *Ugeskr Læger* 2002;164:4660-3.
11. Matzen LE, Foged L, Pedersen P et al. Primær visitation af elektive geriatriske patienter. *Ugeskr Læger* 2007;169:2109-13.

Tvang i psykiatrien – undersøgelse af resurseforbrug ved deltagelse i gennembrudsprojektet

Kvalitetskonsulent Eva Natalia Glassou & kvalitetschef Dorthe Tilsted

Region Midtjylland, Hospitalsenheden Vest, Kvalitet og Udvikling

Resume

Introduktion: I Det Nationale Kvalitetsprojekt om brug af tvang i psykiatrien (gennembrudsprojektet) var formålet at forbedre den faglige, organisatoriske og patientoplevede kvalitet af tvangsforanstaltninger. På Afdeling E4, Regionshospitalet Herning, lykkedes det at reducere anvendelsen af tvang. Antallet af tvangsfikseringer reduceredes i projektperioden med 36%, og liggetiden i bælte reduceredes med 51%. Formålet med undersøgelsen var ved at sammenligne omkostninger pr. udskrevet patient og pr. sengedag før og efter gennemførelse af projektet at belyse, om man opnåede ændring i resurseforbrug. For yderligere at belyse kvalitetsmæssige forbedringer indgår forbrug af antipsykotika i analysen.

Materiale og metoder: Timeforbrug pr. udskrevet patient og pr. sengedag danner basis for de økonomiske beregninger. En gennemsnitlig timeløn for en sygeplejerske danner baggrund for værdisætning. Døgndoser af antipsykotika pr. udskrevet patient og pr. sengedag samt Sygehusapotekets pris for disse præparater danner baggrund for denne del af analysen.

Resultater: Lønomkostninger pr. udskrevet patient er 18.487 kr.

og 19.010 kr. hhv. før og efter gennemførelse af projektet. Omkostningerne pr. sengedag er hhv. 2.642 kr. og 2.679 kr. Medicin-omkostninger pr. udskrevet patient er 198 kr. før og 148 kr. efter, mens de pr. sengedag er 28 kr. før og 21 kr. efter.

Konklusion: Deltagelse i gennembrudsprojektet har øget kvaliteten af tvangsforanstaltninger uden ændring i resurseforbrug. Reduktion i medicinforbrug indikerer, at effekten rækker ud over kvaliteten af tvangsforanstaltninger. Resultaterne af denne undersøgelse tyder på, at det er muligt at opnå kvalitetsforbedringer uden øget resurseforbrug.

I august 2004 iværksatte man det Nationale Kvalitetsprojekt om brug af tvang i psykiatrien (gennembrudsprojektet) på 22 psykiatriske afdelinger i Danmark. Formålet var ved hjælp af »gennembrudsmetoden« at implementere anbefalingerne for de mellem menneskelige relationer i sundhedsvæsenet, så den faglige, organisatoriske og patientoplevede kvalitet af tvangsforanstaltninger kunne forbedres [1].

Gennembrudsmetoden er udviklet af Institute for Healthcare Improvement og er et struktureret arbejdsredskab til at skabe forandring og udvikling inden for sundhedsvæsenet [2]. Gennembrudsmetoden er anvendt siden 1996 inden for et