

Usikker effekt af opfølgende hjemmebesøg til ældre medicinske patienter efter hospitalsindlæggelse

Carsten Hendriksen^{1,2} & Mikkel Vass³

STATUSARTIKEL

1) Afdeling for Sammenhængende Patientforløb, Bispebjerg Hospital
2) Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet
3) Center for Sund Aldring, Københavns Universitet

Ugeskr Læger
2015;177:V04130264

Der har i flere år været fokus på at forbedre sammenhængende patientforløb – specielt for de ældre medicinske patienter, som udskrives efter sygehusophold. Med baggrund i de mange både helbredsmæssige og sociale problemstillinger, som denne gruppe frembyder, er den vigtigste udfordring at forbedre det tværsektorielle samarbejde mellem almen praksis, kommunernes hjemmepleje og hospitalerne [1]. Opfølgende hjemmebesøg ved egen læge og hjemmesygeplejerske efter udskrivelse fra sygehus er blevet fremhævet som et muligt område til at forbedre forløbene.

I indgåede §2-aftaler mellem almen praksis og regionerne defineres opfølgende hjemmebesøg som et møde i borgerens hjem mellem patienten, den praktiserende læge og en hjemmesygeplejerske nogle dage efter udskrivelsen. Besøget er frivilligt, og pårørende kan deltage. Der er, hvis det skønnes nødvendigt, mulighed for yderligere to kontakter med lægen og hjemmesygeplejersken – hver for sig eller i fællesskab i løbet af de følgende måneder. Ved besøgene skal der følges konkret op på de anbefalinger, som forelå fra sygehuset, med fokus på medikamentel behandling. Endvidere skal en samlet vurdering af behov for helbredsmæssige, sociale og praktiske forhold drøftes og evt. igangsættes sammen med borgeren ud fra dennes aktuelle funktionsevne og relevante helbredsbehov.

Første undersøgelse af opfølgende hjemmebesøg stammer fra Glostrup og blev gennemført i perioden 2003-2005 [2, 3].

Ud over i Glostrup er der foretaget analyse af

projekter fra Vestklyngen (fem kommuner i Region Midtjylland) [4], Faxe [5], Aalborg [6], Fredericia [7] og Københavns Kommuner [8]. Alle projekterne efter Glostrupundersøgelsen er gennemført i perioden 2009-2011.

I denne artikel belyses effekter, omkostninger og organisering af opfølgende hjemmebesøg baseret på de danske erfaringer. Alle analyser i de seks projekter er gennemført efter *intention-to-treat*-princippet, dvs. alle borgere er inkluderet i analyserne, uanset om de har modtaget de opfølgende besøg eller ej – eller om de døde inden opfølgingsperiodens udløb.

Indholdet i kontakterne følger stort set grundtankeerne i de omtalte § 2-aftaler og omtales ikke yderligere. Projekterne i Glostrup, Aalborg og København blev gennemført som randomiserede og kontrollerede undersøgelser. I de øvrige kommuner deltog der en kontrolgruppe uden randomisering og med forskellige indgangskriterier, f.eks. afhængigt af om et lokalområde havde implementeret opfølgende hjemmebesøg (intervention (I)) eller ej (kontrol (K)), eller f.eks. om egen læge havde accepteret at deltage (I) eller ej (K). En oversigt over studierne fremgår af **Tabel 1**.

I alle kommuner var der indgået § 2-aftale med de praktiserende læger mht. honorering, bortset fra i Aalborg, hvor en tidligere tillægsydelse i overenskomsten (2305 Opsøgende hjemmebesøg til ældre) blev benyttet.

Af Tabel 1 fremgår det ligeledes, hvor stor en procentdel af de foreslåede første besøg, der blev gennemført af egen læge i de seks projekter med variation fra 93% i Glostrup til 14% i Aalborg.

RESULTATER

Nedenfor præsenteres kort de seks projekter. **Tabel 2** rummer resultater mht. genindlæggelser, ydet hjælp fra kommunerne og omkostninger pr. borger i opfølgingsperioden i I- og K-grupperne.

Glostrup

I medførte, at egen læge fik bedre overblik over patientens medikamentelle behandling (primære effekt-mål). Den detaljerede medicingennemgang hos interventionsgruppen medførte 12 uger efter udskrivelsen





TABEL 1

Seks undersøgelser om opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus mht. målgruppe, design, antal deltagere og praktiserende læger.

Deltagende kommune eller region	Målgruppe af udskrevne fra sygehus	Design	Antal deltagere, I-/K-gruppe, evt. forskelle mellem I- og K-gruppe ved start	Egen læges gennemførelse af 1. besøg, % af foreslåede
Glostrup [2, 3] – 7 lokale kommuner	78+-årige Mindst indlagt i 2 dage på medicinsk/geriatrisk afdeling	Randomiseret, kontrolleret interventionsundersøgelse	166/165 Ingen forskel	93
Vestklyngen, Region Midtjylland [4] – 6 kommuner	78+-årige fra medicinske afdelinger Fleksible kriterier mht. »svækkelse«	Placering i I- eller K-gruppen afhængigt af om OH var implementeret lokalt	577/302 Signifikant højere kommunalt forbrug i I-gruppen ved start	53
Faxe [5]	65+-årige 75+-årige fra 2010 KOL/iskæmisk hjertesygdom »Svækkede« patienter	Placering i I- eller K-gruppen afhængigt af om egen læge havde tilmeldt sig OH	154/91 Flere kvinder, færre demente og flere triste og deprimerede i I-gruppen	53
Aalborg [6]	65+-årige fra medicinsk/kardiologisk/neurologisk afdeling Fleksible kriterier mht. »svækkelse«	Randomiseret, kontrolleret interventionsundersøgelse	92/73 Ingen forskel	14
Fredericia [7]	Ikke krav til alder/afdeling Behov for kommunal hjælp Fleksible kriterier mht. »svækkelse«	Placering i I- eller K-gruppen afhængigt af om OH var implementeret lokalt	118/97 Højere alder i I-gruppen: 83/80 år	24
København [8]	65+-årige fra medicinske afdelinger Fleksible kriterier mht. »svækkelse«	Randomiseret, kontrolleret interventionsundersøgelse	290/338 Ingen forskel	33

I = intervention; K = kontrol; OH = opfølgende hjemmebesøg.

et større forbrug af receptpligtige medikamenter; I-gruppen: syv præparater, K-gruppen: seks præparater.

Man fandt en reduktion på 40% og 52% i antallet af genindlæggelser inden for 26 uger efter inkludering i hhv. I- og K-gruppen. Ud fra undersøgelsen kunne det ikke be- eller afkræftes, hvorvidt ordningen påvirkede patienternes helbredsstatus eller funktionsevne positivt, men udelukkende, at den var omkostningsneutral med tendens til en samfundsøkonomisk besparelse. Der fandtes en gennemsnitlig besparelse på 5.000 kr. pr. patient i det efterfølgende halve år primært pga. færre genindlæggelser i I-gruppen. Kommunalt resurseforbrug blev ikke værdisat.

Der blev beskrevet stor tilfredshed med ordningen fra såvel patienterne som de deltagende læger og hjemmesygeplejersker.

Vestklyngen i Region Midtjylland

Inden for 26 uger efter udskrivelse var der færre genindlæggelser pr. borger i I-gruppen end i K-gruppen (hhv. 0,8 og 0,9; ikkesignifikant forskel) og færre indlæggelsesdage i I-gruppen end i K-gruppen (hhv. 5,5 og 6,7). Tendensen til færre genindlæggelser i I-gruppen var associeret med større regionale udgifter for K-gruppen. Der fandtes signifikant flere kommunale ydelser til I-gruppen et halvt år efter indgangen i stu-

diet, men da de havde større forbrug ved basis, er der foretaget en *difference-in-difference*-analyse, som viste, at udviklingen i forbruget i opfølgingsperioden var lavere end i K-gruppen.

I den halvårige opfølgingsperiode har interventionen medvirket til en gennemsnitlig besparelse på ca. 13.000 kr. pr. borger i Vestklyngen, primært pga. lavere stigning i forbruget af kommunale ydelser blandt I-gruppens deltagere (Tabel 2).

Faxe Kommune

Inden for 26 uger efter udskrivelsen blev 57% af I-gruppen og 47% af K-gruppen indlagt mindst én gang (ikkesignifikant forskel). Det gennemsnitlige antal indlæggelser pr. borger var 22% højere i I-gruppen end i K-gruppen, og det gennemsnitlige antal indlæggelsesdage var hhv. 8,5 for I-gruppen og 7,4 for K-



FAKTABOKS

Opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse af ældre patienter forsøges nu implementeret i Danmark.

Den videnskabelige dokumentation for gavnlige effekter af opfølgende hjemmebesøg giver ikke entydige svar.

De praktiserende læger, som har benyttet ordningerne, finder besøgene relevante, men få har deltaget.

TABEL 2

Seks undersøgelser om opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus mht. genindlæggelser, kommunale ydelser og omkostninger pr. borger i opfølgingsperioden.

Deltagende kommune eller region Antal deltagere, I-/K-gruppe	Genindlagte mindst 1 gang < 26 uger, I-gruppe/K-gruppe, %	Forbrug af kommunale ydelser i opfølgingsperioden	Omkostninger i opfølgingsperioden pr. borger, kr.
Glostrup [2, 3] 166/165	40/52 Signifikant forskel	Ikke opgjort	Kommune: resurseforbrug ikke værdisat Sygehus: -5.000
Vestklyngen, Region Midtjylland [4] 577/302	46/51 Ikkesignifikant forskel	+ Signifikant forskel, se tekst	Kommune: -12.391 I: 59.471 K: 71.862 Sygehus: -818 I: 36.087 K: 36.905
Faxe [5] 154/91	57/47 Ikkesignifikant forskel	Ikke opgjort	Kommune: ikke opgjort Sygehus: +9.337 I: 49.633 K: 40.296
Aalborg [6] 92/73	51/47 Ikkesignifikant forskel	+	Kommune: +3.877 I: 67.238 K: 63.361 Region: +10.637 I: 45.699 K: 56.336
Fredericia [7] 118/97	47/49	-	Kommune: -5.385 I: 86.769 K: 92.154 Region: -9.732 I: 43.928 K: 53.660
København [8] 290/338	59/53 Ikkesignifikant forskel	+	Kommune: +9.589 I: 78.916 K: 69.327 Sygehus: +16.809 I: 70.403 K: 53.594

+ = mere i I-kommuner; - = mindre i I-kommuner; I = intervention; K = kontrol.

gruppen (ikkesignifikante forskelle). Der er beskrevet merudgifter til hospitalsindlæggelse for I-gruppen på 9.337 kr. pr. borger.

Borgernes forbrug af kommunale ydelser indgår ikke i opgørelsen.

Aalborg Kommune

Inden for 26 uger efter udskrivelsen blev 51% af I-gruppen og 47% af K-gruppen indlagt mindst én gang, og det gennemsnitlige antal genindlæggelser pr. borger var hhv. 0,73 for I-gruppen og 0,84 for K-gruppen (ikkesignifikante forskelle). Det gennemsnitlige antal indlæggelsesdage pr. borger var hhv. otte for I-gruppen og elleve for K-gruppen. I-gruppen havde et ikkesignifikant højere forbrug af kommunal hjemmehjælp og hjemmesygeplejerske end K-gruppen i det efterfølgende halve år.

Omkostningsanalysen viste en ikkesignifikant større udgift til sygehusbehandling på 10.637 kr. pr. borger i K-gruppen (pga. flere genindlæggelser og indlæggelsesdage) end i I-gruppen, men til gengæld en ikkesignifikant større kommunal udgift på 3.877 kr. pr. borger i I-gruppen.

Fredericia Kommune

47% af I-gruppen og 49% af K-gruppen havde haft mindst én indlæggelse 26 uger efter inklusion. Det gennemsnitlige antal indlæggelser pr. borger i I- og K-gruppen var hhv. 0,85 og 0,99. Det gennemsnitlige antal indlæggelsesdage pr. borger i I- og K-gruppen var hhv. seks og syv (ikkesignifikante forskelle). Der fandtes et ikkesignifikant lavere forbrug af kommunale ydelser i I-gruppen end i K-gruppen.

Omkostningsanalysen viste, at der i I-gruppen var et gennemsnitligt ikkesignifikant mindre sygehusforbrug end i K-gruppen, beregnet til kr. 9.732 og i kommunale ydelser beregnet til kr. 5.385 pr. borger.

Københavns Kommune

59% af I-gruppen og 53% af K-gruppen havde mindst én indlæggelse i opfølgingsperioden. Det gennemsnitlige antal indlæggelser pr. borger var 1,15 og 0,99 i hhv. I- og K-gruppen samt et gennemsnitligt antal indlæggelsesdage på 11,5 og 9,0 i hhv. I- og K-gruppen (ikkesignifikante forskelle). I-gruppen modtog ligeledes flere kommunale ydelser i opfølgingsperioden end K-gruppen (ikkesignifikant).

Det større forbrug af sygehusydelser og kommunale plejeydelser medførte en beregnet statistisk signifikant merudgift til interventionsgruppens deltagere: 16.809 kr. til sygehus og 9.589 kr. til kommunale ydelser pr. borger i de seks måneder.

DISKUSSION

Resultaterne er ikke entydige mht. effekten af opfølgende hjemmebesøg. De seks forsøg adskiller sig så meget fra hinanden, at nogen umiddelbar konklusion ikke er mulig. De videnskabelige metoder er tilpasset kontrollerede forhold, men kriterier for og udvælgelse af deltagere, problemer med randomisering og de praktiserende lægers ringe deltagelse giver store usikkerheder mht. selektionsbias og tolkning af resultater.

De praktiserende lægers deltagelse er kun overfladisk beskrevet i de seneste fem rapporter. At kun en mindre del af de intenderede besøg blev gennemført, kræver kritiske overvejelser. Er det pga. designet, hvor en kommunal sygeplejerske ringer lægen op og foreslår et besøg? Er det pga. tidsmæssige problemer med at nå besøget? Kender de praktiserende læger deres patienter så godt, at de vælger besøget fra? De læger, der gennemførte besøgene, fandt dem i stor udstrækning relevante. I Glostrup-undersøgelsen havde den enkelte læge på forhånd accepteret at deltage. Det kan delvist forklare den høje procent af gennemførte kontakter, men er næppe realistisk at forvente i andre områder.

De vekslende resultater er i overensstemmelse med resultaterne af ny international forskning om

tværsektorielt samarbejde. I metaanalyser af randomiserede, kontrollerede undersøgelser, oversigtsartikler og ledere konkluderer man, at der ikke er nok viden endnu til at målrette indsatsen optimalt [9-14].

Centralt i en forbedring af udskrivelse efter sygehusophold er håndtering og ordinerings af medicin. I Glostrupundersøgelsen fik de praktiserende læger bedre overblik over den medikamentelle behandling, men emnet indgår kun stedmoderligt i de fem efterfølgende undersøgelser. Med adgang til det fælles medicinkort (FMK) bliver der en unik mulighed for at afstemme og vurdere den aktuelle medicin. Men FMK løser det ikke alene. Medicingennemgang og vurdering af virkninger over for bivirkninger er en central lægelig opgave specielt ved polyfarmaci. Det kræver ikke genialitet, men systematik, enkle værktøjer, omhu og et velfungerende samarbejde omkring symptomer og funktionsevne med almen praksis som tovholder [15].

Hvad skal vi så gøre?

Alt i alt giver denne undersøgelse anledning til at genoverveje relevansen af opfølgende hjemmebesøg iværksat af hospitalet. Der mangler viden om, hvilke målgrupper som vil opnå mest gavn af besøgene. Der mangler også viden om, hvorvidt der er andre samarbejdsrelationer, som giver bedre kvalitet – i såvel fagligt, organisatorisk som økonomisk perspektiv. Det handler, som inden for så mange andre områder i sammenhængende patientforløb, om stratificering – hvem skal have tilbud om hvad og i hvilken sektor, og hvordan samarbejdes der herom?

Den store procentdel af patienter, hvor den praktiserende læge ikke fandt tid/mening med opfølgende hjemmebesøg, er et vigtigt pejlemærke og kræver en videreudvikling mht. målgruppe og organisering. En fremtidig undersøgelse kunne være, at hjemmesygeplejersken ud fra sygehusets udskrivningsrapport eller kontakt, hvor bl.a. funktionsevne fremgår, og et tidligere kendskab tager stilling til, om hun skal besøge borgeren og vurderer, om der er et fagligt behov for at kontakte egen læge mht. en drøftelse i fællesskab om behovet for et lægeligt opfølgende hjemmebesøg.

KORRESPONDANCE: Carsten Hendriksen, Afdeling for Sammenhængende Patientforløb, Bispebjerg Hospital, Bispebjerg Bakke 23, 2450 København NV. E-mail: chen0002@bbh.regionh.dk

ANTAGET: 1. oktober 2013

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 27. januar 2014

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

- Rytter L, Jakobsen HN, Rønholdt F et al. Comprehensive discharge follow-up in patients' homes by GPs and district nurses of elderly patients. *Scand J Prim Health Care* 2010;28:146-53.
- Oxholm AS, Kjellberg J. Delrapport fra Vestklyngen i Region Midtjylland. København: Dansk Sundhedsinstitut, 2012.
- Oxholm AS, Kjellberg J. Delrapport fra Faxe Kommune. København: Dansk Sundhedsinstitut, 2012.
- Oxholm AS, Kjellberg J. Delrapport fra Aalborg Kommune. København: Dansk Sundhedsinstitut, 2012.
- Oxholm AS, Kjellberg J. Delrapport fra Fredericia Kommune. København: Dansk Sundhedsinstitut, 2012.
- Oxholm AS, Kjellberg J. Delrapport fra Københavns Kommune. København: Dansk Sundhedsinstitut, 2012.
- Benbassat J, Taragin M. The effect of clinical interventions on hospital readmissions: a meta-review of published meta-analyses. *Isr J Health Policy Res* 2013; 2:1.
- Beswick AD, Rees K, Dieppe P et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2008;371:725-35.
- Huntley AL, Thomas R, Mann M et al. Is case management effective in reducing the risk of unplanned hospital admissions for older people? *Fam Pract* 2013;30:266-75.
- Fontanarosa PB, McNutt RA. Revisiting hospital readmissions. *JAMA* 2013; 309:398-400.
- Trivedi D, Goodman C, Gage H et al. The effectiveness of inter-professional working for older people living in the community: a systematic review. *Health Soc Care Community* 2013;21:113-28.
- Williams MV. Requirement to reduce readmissions. *JAMA* 2013;309:394-6.
- Vass M, Hendriksen C. Mindre er måske mere – kan medicinordination til ældre mennesker forbedres? *Månedsskr Alm Prakt* 2012;90:953-64.

LITTERATUR

- Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til en national handlingsplan. København: Sundhedsstyrelsen, 2011.
- Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus – en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, 2007.