



Sidsel Vinge og Martin Sandberg Buch

# Uhensigtsmæssige indlæggelser – muligheder og perspektiver for kommunerne

Uhensigtsmæssige indlæggelser – muligheder og perspektiver for kommunerne er udarbejdet for FOKUS af Sidsel Vinge og Martin Sandberg Buch, DSI – Institut for Sundhedsvæsen.

Redaktion: Pernille Bjerrum, FOKUS-sekretariatet.

FOKUS – FOrum for Kvalitet og Udvikling i offentlig Service – er et initiativ, som skal styrke arbejdet med kvalitetsudvikling i regioner og kommuner.

Parterne bag FOKUS er:

KL

Danske Regioner

DSI – Institut for Sundhedsvæsen

AKF – Anvendt KommunalForskning

Frederiksberg Kommune

Københavns Kommune

KTO – Kommunale Tjenestemænd og Overenskomstansatte

Kommunaldirektørkredsen

Regionsdirektørkredsen

FOKUS' rapporter er et resultat af større udviklingsprojekter iværksat af FOKUS. Rapporterne henvender sig til ledere og medarbejdere, som i praksis arbejder med kvalitetsudvikling, men de vil også være af interesse for politikere i regioner og kommuner. De synspunkter, der bliver fremsat i rapporterne, deles ikke nødvendigvis af alle parterne bag FOKUS.

FOKUS støtter udarbejdelsen af rapporterne gennem en bevilling fra Det Kommunale Momsfond.

# **Uhensigtsmæssige indlæggelser – muligheder og perspektiver for kommunerne**

Sidsel Vinge  
Martin Sandberg Buch

Marts 2007

## FORORD

---

Strukturreformen introducerer delvis kommunal egenbetaling for borgernes forbrug af sygehusedelser, og de nye sundhedsaftaler stiller krav om, at kommuner og regioner skal beskrive, hvordan de vil forebygge uhensigtsmæssige, akutte indlæggelser. Denne rapport omhandler kommunernes muligheder for at undgå uhensigtsmæssige indlæggelser – uden at gå på kompromis med kvalitet eller kravet om let og lige adgang til sundhedsvæsenet for alle borgere.

Rapporten henvender sig til beslutningstagere, ledere og medarbejdere i den kommunale sundhedssektor.

Rapporten bygger på et litteraturstudie og en interviewundersøgelse blandt sundhedsfaglige fra såvel primær- som sekundærsektoren. Rapportens forfattere ønsker at takke informanterne Lone Carlsson, Thomas Gjørup, Finn Rønholt Hansen, Bente Henningsen, Anni Østergaard, Jean Hald Jensen, Poul Christensen, Trine Sørensen, Jytte Dyrbo Nielsen, Ole Johannes Larsen og Lars Stubbe Teglbjærg for deres velvillige deltagelse i interview. Foruden at bidrage med deres faglige viden og erfaring har de været en stor hjælp i arbejdet med at finde undersøgelser og litteratur på området.

Desuden skal der lyde en særskilt tak til lektor og overlæge Carsten Hendriksen, Bispebjerg Hospital og til de to reviewere på rapporten, Sundhedscenterchef på Frederiksberg Ane Friis Bendix og vicedirektør på Herlev Hospital Morten Christy.

Rapporten er finansieret af FOKUS og udarbejdet af senior projektleder cand. merc. Sidsel Vinge og junior projektleder cand. scient. adm. Martin Sandberg Buch, DSI – Institut for Sundhedsvæsen.

København marts 2007

Anders Larsen  
Formand for FOKUS

Henrik Hauschildt Juhl  
Vicedirektør i DSI – Institut for Sundhedsvæsen

# INDHOLDSFORTEGNELSE

---

Indledning.....	7
Den kommunale medfinansiering: Fakta, forhåbninger og forventninger.....	8
Fakta .....	8
Optimisterne .....	8
Skeptikerne.....	10
Projektets Formål, metode og design .....	12
Metode og design .....	12
Del 1: Medicinske Indlæggelser - Udviklingen og udfordringerne.....	15
Demografiske og sygdomsmæssige ændringer .....	15
Væsentlige ændringer i sygehusenes aktivitet .....	16
Baggrunden for udviklingen og konsekvenser for den kommunale sektor .....	18
DEL 2: Uhensigtsmæssige indlæggelser - omfang, art, årsager og forebyggelse .....	23
Danske undersøgelser om uhensigtsmæssige indlæggelser .....	23
1. Hvidovre Hospital 1977: Indlæggelser af sociale årsager.....	23
2. Bispebjerg Hospital 1979: Akut hjemmepleje som alternativ til causa socialis-indlæggelser .....	24
3. Rødovre Kommune 1980-83: Et randomiseret kontrolleret interventionsstudie af effekten ved opsøgende og opfølgende arbejde.....	25
4. Roskilde Amtssygehus og Roskilde Kommune 1988: Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter indlæggelse.....	26
5. Akutte medicinske indlæggelser og genindlæggelser i Frederiksborg Amt 1992.....	27
6. Causa socialis-patienter på Rigshospitalet, afdeling M .....	28
7. Uhensigtsmæssige indlæggelser på medicinsk afdeling på sygehuset Øresund 1995. ....	29
8. Silkeborg Centralsygehus 1994: Hvorfor akut medicinsk indlæggelse? Er der et alternativ? .....	31
9. Silkeborg Centralsygehus 1994-95: Indlæggelse af gamle af sociale årsager .....	32
10. Gentofte Amtssygehus 2000: Analyse af akutte medicinske indlæggelser.....	33
11. Amager Hospital og Slagelse Centralsygehus 2003: Uhensigtsmæssige indlæggelser på medicinske afdelinger.....	34
12. Den gode medicinske afdeling 2005: Tværsnitsundersøgelse (TVU4) .....	34
Sammenfatning af litteraturgennemgangen .....	36
Hvad siger de sundhedsfaglige? En interviewundersøgelse .....	38
Hvem indlægges uhensigtsmæssigt? .....	38
Forebyggelige indlæggelser .....	39
Grænsefladen mellem somatiske og socialt betingede indlæggelser .....	44
Kortere liggetider og behovet for kommunal fleksibilitet .....	46
Fra causa socialis til konvertering fra indlæggelse til ambulans aktivitet .....	48
Opsamling.....	51
Forkerte, forebyggelige og forlængede indlæggelser .....	51
Type 1: Forkerte indlæggelser .....	52
Type 2: Forebyggelige indlæggelser .....	53
Type 3: Forlængede indlæggelser .....	57
Afrunding .....	58
Del 3: Uhensigtsmæssige indlæggelser - Interventioner og strategier.....	59
Interventioner .....	59
1. Udgående sygeplejerske fra Akut medicinsk modtageafsnit (AMA) .....	59

2. Udgående tværsektorielt GERO-team .....	61
3. Kommunalt akutteam.....	62
4. Kommunale sengepladser og akutstuer .....	64
5. Opfølgende hjemmebesøg v. hjemmesygepleje og almen praksis .....	66
6. 'Følge hjem'-ordning efter hospitalsindlæggelse .....	67
Opsamling.....	69
Strategier .....	69
Kommunal akutfilosofi.....	69
Intensiveret samarbejde og vidensdeling .....	73
Kompetenceudvikling .....	77
<u>Sammenfatning og afsluttende diskussion .....</u>	<u>79</u>
Anbefalinger.....	83
<u>Referencer .....</u>	<u>84</u>
<u>Bilag 1: AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) .....</u>	<u>88</u>

## INDLEDNING

---

Det er en konstant udfordring at optimere og udvikle det samlede sundhedsvæsen. Både i takt med større krav til effektivitet og kvalitet i en stor og voksende offentlig sektor, men i lige så høj grad i takt med ændringer i indlæggelses- og sygdomsmønstre i befolkningen, og ændrede organiserings- og arbejdsformer i primær- såvel som sekundærsektoren.

Gennem de sidste mange år har der været lavet analyser af sygehusindlæggelser, deres hensigtsmæssighed, effektivitet og mulige alternativer. Problemstillingerne i relation til uhensigtsmæssige indlæggelser er således ikke nye, og der har gennem årtier været arbejdet med området. Fokus har primært været på medicinske indlæggelser af ældre<sup>1</sup>, både fordi ældres medicinske indlæggelser er et stort område<sup>2</sup>, men også fordi det har vist sig, at det er her uhensigtsmæssige indlæggelser primært forekommer<sup>3</sup>.

Strukturreformen betyder grundlæggende ændringer i kommunernes rolle i sundhedsvæsenet. Kommunerne har fået nye opgaver inden for sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering, men de har også fået et direkte økonomisk medansvar for deres borgeres forbrug af sygehusydelse og dermed et økonomisk incitament til at nedbringe forbruget. Økonomiske incitamenter giver imidlertid ikke automatisk svarene på, hvordan kommunerne kan udnytte dem på mest hensigtsmæssig vis.

Formålet med dette projekt er at undersøge, hvilke muligheder og perspektiver der er for kommunerne i relation til at nedbringe antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser. Med andre ord: Hvilket potentiale har kommunerne for at udnytte strukturreformens økonomiske incitamenter på dette område til at skabe bedre kvalitet inden for de gældende rammer? Som led i svaret på dette spørgsmål belyses omfanget af uhensigtsmæssige indlæggelser, hvad der karakteriserer dem, og hvad der fra kommunalt hold kan gøres for at nedbringe antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser. Projektets hensigt er således ikke at gøre status eller evaluere den kommunale indsats på dette område indtil nu, men i stedet at fokusere på udviklingspotentialet for den kommunale sundhedssektor på dette område.

Del 1 analyserer bagvedliggende forandringer, der former udviklingen på det medicinske område, samt konsekvenserne for den kommunale sektor. Del 2 indeholder resultaterne af et litteraturstudie, som præsenterer 12 danske undersøgelser, der alle på forskellig vis omhandler aspekter af uhensigtsmæssige indlæggelser. Herefter præsenteres resultaterne af en interviewundersøgelse blandt klinikere, der arbejder med området. På baggrund af litteratur og interview opstilles en typologi over uhensigtsmæssige indlæggelser bestående af forebyggelige, forkerte og forlængede indlæggelser. Del 3 beskriver seks interventioner, som alle på forskellig vis arbejder med at nedbringe uhensigtsmæssige indlæggelser. Afslutningsvis diskuteres tre forskellige kommunale strategier og metoder til nedbringelse af uhensigtsmæssige indlæggelser.

---

<sup>1</sup> En delvis undtagelse er faldforebyggelse blandt ældre som primært resulterer i kirurgiske indlæggelser. Langt fra alle fald leder dog til frakturer, og mange ældre indlægges på medicinske afdelinger efter fald i hjemmet, idet det kan være medicinske tilstande, der er medvirkende årsager til fald.

<sup>2</sup> En undersøgelse fra 2003 foretaget på to danske sygehuse viste, at gennemsnitsalderen for akutte medicinske indlæggelser var 68,5 år (Ishøj et al. 2005).

<sup>3</sup> (Helsingør og Hørsholm Sygehuse 1992), (Hendriksen et al. 1979; Jensen 1995; Tang Friborg et al. 2002).

# Den kommunale medfinansiering: Fakta, forhåbninger og forventninger

## Fakta

En af følgerne af strukturreformen er en ændret finansiering af det offentlige sygehusvæsen. Fra hovedsageligt at have været finansieret gennem amternes skatteudskrivning, er regionerne og dermed sygehusvæsenet nu finansieret gennem dels et statsligt tilskud, herunder en statslig aktivitetspulje, dels en kommunal grundmedfinansiering på ca. 10% af de samlede sundhedsudgifter. Dette sker via et fast grundbeløb pr. indbygger og en aktivitetsafhængig betaling. Den aktivitetsafhængige betaling omfatter:

Stationær somatisk sygehusindlæggelse	30% af DRG takst dog maks. 4.476 kr. pr. indlæggelse
Ambulant behandling	298 kr. pr. besøg
Genoptræning	70% af genoptræningstaksten
Stationær indlæggelse af psykiatriske patienter	30% af DRG takst dog maks. 7.159 kr. pr. indlæggelse
Ambulant behandling af psykiatriske patienter	30% af besøgstakst
Sygesikringsområdet (praktiserende læger m.v.)	10% af honoraret
Speciallægeydelse	30% af honoraret dog maks. 298 kr. pr. ydelse
Ventetakst	1.522 kr. pr. døgn (2004 takst)

**Tabel 1. Takster for kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet 2007.**

DRG står for Diagnose Relaterede Grupper. Et system, der anvendes til udregning af den aktivitetsafhængige finansiering i sygehusvæsenet. Kilde: (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006b)

Dette projekt fokuserer på de kommunale muligheder for at udnytte det incitament, som medfinansieringen af de stationære somatiske indlæggelser udgør.

Selvom konsekvenserne af finansieringsreformen er ukendte, knytter der sig til denne reform, som til enhver anden, optimistiske forhåbninger såvel som skeptiske forventninger.

## Optimisterne

Baggrunden for den del af finansieringsreformen, som vedrører den kommunale medfinansiering, handler i al væsentlighed om introduktion af økonomiske incitament.

I Strukturkommissionens betænkning talte man om "*manglende økonomiske incitament*" og foreslog derfor naturligt nok "*at øge det økonomiske incitament i kommunerne til at investere i forebyggelse og alternativer til sygehusbehandling, fx i form af behandling hos praktiserende læge og i form af akut- og aflastningspladser*" (Strukturkommissionen 2004: bind 1, s. 653).



Aftalen om Strukturreformen talte om, at medfinansieringen ville give kommunerne "en stærkere interesse" i at forebygge og aflaste sundhedsvæsenet, og at de kommuner, som gør det effektivt, "belønnes ved, at de skal betale mindre til borgernes sygehusindlæggelser". (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2004: s.38)

Bemærkningerne til den nye Sundhedslov taler også om, at det overordnede formål med den nye finansieringsordning bl.a. er "at forankre et større ansvar for sundhedsområdet hos kommunerne", herunder skabe mere synlige og klare økonomiske incitamerter (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005).

Men Sundhedslovens argumentation handler i lige så høj grad om forpligtelse såvel som økonomiske incitamerter til at investere i samarbejde med regionerne. Således forpligter Sundhedsloven regioner og kommuner til at samarbejde via bl.a. sundhedsaftaler, som Sundhedsstyrelsen skal godkende. Disse aftaler tager bl.a. specifikt sigte på at nedbringe uhensigtsmæssige indlæggelser (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006a; Sundhedsstyrelsen 2006).

### ***Sundhedsaftaler og uhensigtsmæssige indlæggelser***

Der stilles i alt 24 specifikke krav til sundhedsaftalerne opdelt på seks temaer. Krav nr. 2 under temaet "Indlæggelsesforløb" vedrører uhensigtsmæssige indlæggelser:

Krav nr. 2: Aftalen skal beskrive, hvordan parterne forebygger uhensigtsmæssige akutte indlæggelser (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006a, bilag 2).

I Sundhedsstyrelsens vejledning om sundhedsaftaler fortolkes dette krav, dets baggrund og sigte således:

"Aftalen skal medvirke til at sikre, at patienter kun indlægges akut på sygehus, når det er vurderet, at undersøgelse, pleje og behandling ikke kan foregå ambulant, hvor patienten forbliver i hjemmet, eller i kommunalt regi.

Ved akut opstået, alvorlig sygdom kan det være nødvendigt, at patienten indlægges akut til undersøgelse og behandling på sygehus. En del akutte indlæggelser har imidlertid fundet sted, enten fordi der ikke var tilbud i kommunen om relevant indsats, eller fordi der manglede mulighed for vurdering af patienten på et højere lægefagligt specialiseringsniveau på et tidspunkt, hvor en afklaring kunne foretages uden indlæggelse. Det er disse indlæggelser, der beskrives som uhensigtsmæssige, og som aftalen skal medvirke til at minimere" (Sundhedsstyrelsen 2006, s. 28-29).

Når uhensigtsmæssige indlæggelser er medtaget som selvstændigt tema i sundhedsaftalerne, skyldes det, at myndighederne mener, området ikke håndteres optimalt i dag, og at der således er rum for forbedring.

Samlet set baserer reformens argumentation for den aktivitetsafhængige kommunale medfinansiering af sygehusindlæggelser sig på et ønske om at skabe et tydeligt økonomisk incitament for kommunerne til at nedbringe antallet af indlæggelser og dermed kommunernes medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen. Imidlertid må det også påpeges, at finansieringsreformen ikke blot ses som et incitament til at forebygge, men også som et incitament til at samarbejde på tværs af sektorer på mere konkret, målrettet og forpligtende vis.

## Skeptikerne

Allerede inden reformens ikrafttræden har der fra forskellige sider også lydt mere skeptiske forventninger. Der er primært tale om to typer af indvendinger: Den ene omhandler grundlaget for at indføre økonomiske incitamentter – den anden incitamenternes indvirkning på kvaliteten i behandlingen og ikke mindst i udredningen af patienter.

### *Den økonomiske bekymring: Mindre sundhed for flere penge*

Sundhedsøkonomen Kjeld Møller Pedersen har i analyser forholdt sig kritisk til den kommunale medfinansiering (Møller Pedersen 2005a; Møller Pedersen 2005b). Hans analyse vinkler problemstillingen på en ganske bestemt måde, som fokuserer på spørgsmålet om *substitution*: Findes der, eller kan der udvikles, kommunale alternativer til regionale sundhedsydelser af mindst samme sundhedsmæssige standard? Svaret er alt overvejende et 'nej', blandt andet fordi forskningen på dette område har været ganske begrænset, og der kan derfor ikke findes noget historisk eller forskningsmæssigt fundament for hypotesen om substitution. Der nævnes eksempler på interventioner, som muligvis har en sundhedsmæssig effekt, men hvor omkostningerne ved forebyggelse langt overstiger omkostningerne ved behandling (herunder indlæggelse). Men et positivt svar på substitutionsrelationen er ikke nok, det skal også være muligt for kommunerne at levere ydelserne billigere end i sekundærsektoren: Der peges på, at den aktivitetsafhængige kommunale medfinansiering på somatiske indlæggelser – de 30 % af DRG op til ca. 4.000 kr. – er alt for lidt, til at beløbet reelt kan fungere som et økonomisk incitament. En gennemsnitlig indlæggelse koster i dag kr. 25.000, og kommunerne kan maksimalt spare 4.000 kr.

Det er blandt andet regnestykker som disse, der har fået nogle økonomer til at tvivle på, hvorvidt den del af strukturreformen, der vedrører finansieringen af sundhedsvæsenet, reelt understøtter reformens visioner, måske ligefrem tværtimod. Advarslen lyder, at hvis kommunerne er for optimistiske med hensyn til deres egen formåen og tror, at de, så at sige, kan løse de tidligere amtslige opgaver tre gange så effektivt som sygehusene og almen praksis, så løber de en stor risiko for at sætte den kommunale økonomi under voldsomt pres.

### *Den lægelige bekymring: A-hold og B-hold*

I debatten om strukturreformen har der fra lægelig side lydt en ganske anden bekymring. Her har man også hæftet sig ved finansieringsreformen og det faktum, at kommunerne nu kan spare en udgift på ca. 4.000 kr. hver gang de undgår en indlæggelse. Bekymringen handler dog ikke om, hvorvidt den kommunale økonomi kan bære en overoptimistisk forebyggende indsats, hvis der 'kun' er 4.000 kr. at spare pr. indlæggelse, men i stedet om, hvad der sker, hvis kommunerne griber reformens økonomiske incitamentter og begynder at opbygge alternativer til indlæggelse i sekundærsektoren.

Indvendingerne knytter sig først og fremmest til, at primærsektoren mangler den specialiserede lægefaglige ekspertise, der skal til, for reelt at afdække det behandlingsbehov, der ligger bag ældres ofte uspecifikke symptomer (Poulsen 2003). Endvidere er der fremkommet kritik, som bunder i, at princippet om lægelig visitation og

supervision af behandlingen risikerer at blive undergravet, i det omfang kommunerne opbygger akutte sengepladser, hvor der ikke er det samme lægelige kompetenceniveau som på et hospital (Bundgaard 2006). De kritiske klinikere er med andre ord bekymrede for, at der vil udvikles et system med A- og B-patienter, hvor A'erne får den hospitalsbehandling og pleje, de har behov for, mens B-holdet, der primært består af ældre patienter, risikerer at få sekundæbehandling på et sundhedscenter (Kristensen 2003). To ledende overlæger formulerer denne bekymring således:

"De [kommunerne, red.] skal absolut ikke arbejde på at undgå indlæggelser på et ukvalificeret grundlag. De skal ikke opbygge parallelle sengesystemer i 98 danske kommuner, hvor hjælpeløse ældre indlægges efter at være blevet dårligt undersøgt. De skal fortsat sikre, at patienterne bliver grundigt undersøgt og lægefagligt vurderet." (Ledende internmedicinsk overlæge, T. Gjørup)

"De gamle svækkede skal ikke henvises til en eller anden primær kommunal sekundavare. De skal på linje med en 50- eller 60-årig, behandles og udredes ordentligt. Vi har det, vi kalder en kvikudredning, for det skal være nemt at komme på sygehus, men det skal også være nemt at komme hjem igen." (Ledende geriatrisk overlæge, F. Rønholt Hansen)

Kort sagt kan den lægelige bekymring i forbindelse med den kommunale medfinansiering sammenfattende opsummeres, som kommunallæge Niels Henrik Nielsen formulerer det: "*Risikoen ved den aktivitetsbestemte betaling er, at man tænker økonomi mere end sundhed*" (Andersen 2005).

Alt i alt er strukturreformen, som enhver anden større reform, ledsaget af positive forhåbninger såvel som skeptiske bemærkninger. Ærindet i denne rapport er ikke at indgå i en nærmere diskussion af reformens hensigtsmæssighed, men i stedet tage dens udformning for pålydende<sup>4</sup>, og med dette udgangspunkt som ramme søge at afdække det kommunale potentiale for at undgå indlæggelse *uden* at sætte hverken den kommunale økonomi, den kliniske kvalitet eller Sundhedslovens grundlæggende princip om "*let og lige adgang til sundhedsvæsenet*"<sup>5</sup> over styr.

---

<sup>4</sup> Det er værd at bemærke, at da DRG blev indkørt som basis for afregningssystemet til sygehusene, startede man også i det små. Men løbende har man udvidet, således at den aktivitetsbestemte andel af sygehusenes budgetter i 2007 forventes at udgøre 50 pct. (Finansministeriet 2006). Det er selvfølgelig ikke muligt at vide, om den kommunale medfinansiering vil følge samme udvikling, nu hvor DRG ligeledes introduceres som delvis base for afregning – først i det små med 30 % og en max. grænse på 4.000 kr. Men set på baggrund af udviklingen i finansieringen af det øvrige sundhedsvæsen virker det ikke usandsynligt, at den kommunale medfinansiering vil kunne stige fremover.

<sup>5</sup> Sundhedslovens §2.

## **PROJEKTETS FORMÅL, METODE OG DESIGN**

---

Som nævnt i indledningen er formålet med dette projekt at undersøge, hvilke muligheder og perspektiver der er for kommunerne i relation til at nedbringe antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser.

Der søges derfor svar på problemets *omfang*: Hvor stort er omfanget af uhensigtsmæssige indlæggelser og uhensigtsmæssig brug af sengedage på det medicinske område? Men der søges også mere detaljerede beskrivelser af problemets *art*: Hvilke typer af diagnoser, patienter og problemstillinger er der tale om? Dernæst sættes der fokus på interventioner og strategier til imødekommelse af problemet og dermed udnyttelse af reformens økonomiske incitament.

Projektet tager således ikke stilling til, om den valgte form for medfinansiering er den mest hensigtsmæssige, men tager i stedet udgangspunkt i reformen og de nu gældende regler på området og søger med dette udgangspunkt at fremkomme med vidensbaserede bud på hensigtsmæssige kommunale strategier på området.

Projektet søger heller ikke at gøre status over eller på nogen måde evaluere den kommunale indsats på disse områder. Fokus er i stedet mulighederne for forbedring af indsatsen over for uhensigtsmæssige indlæggelser inden for de gældende rammer – det være sig finansieringsreformen såvel som den eksisterende kommunale sundhedssektor, herunder særligt det store ældre- og hjemmeplejeområde.

### **Metode og design**

Problemets *omfang* belyses primært med udgangspunkt i eksisterende undersøgelser af forskellige aspekter af uhensigtsmæssige indlæggelser. Inden for projektets rammer har det ikke været muligt at frembringe nye primærdata om medicinske indlæggelses hensigtsmæssighed, og derfor er projektet baseret på de eksisterende danske undersøgelser på området. I alt 12 undersøgelser fra årene 1977-2005 er fundet. Mange af disse er ikke publicerede og er fundet via hjælp fra forskellige sundhedsfaglige aktører på området. Ikke mindst interviewpersonerne har været behjælpelige med at identificere undersøgelser, men herudover skal lyde en særlig tak til overlæge Carsten Hendriksen for værdifuld information.

Trods megen debat om rationel anvendelse af ressourcer i sundhedsvæsenet, ikke mindst i de seneste år, er der foretaget meget få publicerede og systematiske undersøgelser af området. Det begrænsede antal forklarer, at vi har valgt at gå næsten 30 år tilbage. Langtfra alle undersøgelser handler udelukkende om omfanget af uhensigtsmæssige medicinske indlæggelser, idet der ikke eksisterer litteratur nok til at bære en så målrettet og snæver afgrænsning. Men alle de medtagne undersøgelser berører forskellige aspekter af uhensigtsmæssige indlæggelser. Ud over at undersøge problemets omfang indeholder mange af de inkluderede studier også forskellige bud på interventioner og løsninger.

Afgrænsningen til danske undersøgelser er ikke et udtryk for, at problemstillingen er ukendt i andre lande. Der findes en større international litteratur om uhensigtsmæssige indlæggelser, og der arbejdes med disse problemstillinger i andre lande<sup>6</sup>.

Når dette projekt alligevel har valgt at fokusere på danske undersøgelser, skyldes det primært, at formålet har været at belyse problemets omfang i Danmark. Sekundært har det af ressourcemæssige hensyn været nødvendigt at afgrænse fra international litteratur. Gennemgangen af undersøgelser er præsenteret i rapportens del 2.

Problemets *art* belyses ligeledes via gennemgangen af de eksisterende undersøgelser, men er suppleret med en interviewundersøgelse blandt udvalgte sundhedsfaglige på området. Disse er valgt, fordi de enten arbejder direkte med akut medicin, og således har konkrete erfaringer med området, som det ser ud i dag, eller fordi de har mere specifikke erfaringer med undersøgelser af indlæggelses hensigtsmæssighed og mulige alternativer, eller fordi de på forskellig vis har arbejdet med interventioner og ændringer af området på forskellig vis. De sundhedsfaglige informanter udgøres (i alfabetisk rækkefølge) af:

- Lone Carlsson, sygeplejerske og daglig leder af Akutteam Helsingør.
- Thomas Gjørup, formand for dansk selskab for intern medicin, tidligere medicinsk centerchef på Amager Hospital og nuværende klinikchef på Steno Diabeteshospital.
- Finn Rønholt Hansen, adm. overlæge på geriatrisk afdeling på Gentofte Hospital.
- Bente Henningsen, sygeplejerske og leder af visitationen i Stenløse Kommune og Anni Østergaard, leder af Stenløse Kommunes dag- og genoptræningscenter, hvor kommunens akutpladser er placeret.
- Jean Hald Jensen, afdelingslæge i Sundhedsstyrelsen og forfatter til en større undersøgelse af uhensigtsmæssige indlæggelser (Jensen 1995).
- Poul Christensen, internmediciner på medicinsk afdeling på Sygehus Vendsyssel (Frederikshavn) og sygeplejerske Trine Sørensen (Skagen Kommune), begge udgående i GERO-team Skagen, samt Jytte Dyrbo Nielsen, ergoterapeut i Skagen Kommune.
- Ole Johannes Larsen, udgående sygeplejerske fra Akut medicinsk modtageafsnit (AMA), Frederiksberg Hospital.
- Lars Stubbe Teglbjærg, vagtbærende overlæge med speciale i internmedicin og infektionssygdomme på Sygehus Fyn, Svendborg.

Projektet beskriver et antal interventioner, som alle enten er mere eller mindre målrettet mod at undgå uhensigtsmæssige indlæggelser, eller som har vist sig at have en utilsigtet, men hensigtsmæssig effekt på indlæggelser. Der er ikke udelukkende valgt kommunale interventioner, selvom projektet er målrettet kommunernes muligheder for at håndtere uhensigtsmæssige indlæggelser bedre. Årsagen er, at kommunernes rolle ændres

---

<sup>6</sup> Et enkelt eksempel er et større projekt om samarbejde mellem Ullevål Sykehus og Oslo Kommune om "Samhandling og kompetanseoverføring mellom 10 sykehjem i Oslo Kommune og Ullevål Universitetssykehus" (Statusrapport, januar 2006, Ullevål Universitetssykehus, Medicinsk divisjon, Arne Mæhlun og Vidar Kårikstad). Projektet publicerer slutrapport i foråret 2007.

markant med strukturreformen, og det betyder, at inspirationen til at gå nye veje meget vel kan komme fra andre steder end den kommunale sektor, vi kendte før reformen<sup>7</sup>.

Der er søgt interventioner, der skal kunne inspirere, og derfor er der lagt vægt på bredde. Desuden er der lagt vægt på, at der i så vidt omfang som muligt eksisterer valide evalueringer af de valgte interventioner. Men som analyserne vil vise, har det ikke i alle tilfælde været muligt at honorere ønsket om bredde såvel som evaluering.

De valgte interventioner er undersøgt via tilgængeligt materiale, præsentationer, evalueringer samt interview. Det drejer sig om:

- Projekt udgående team fra AMA (Akut medicinsk modtageafsnit) på Frederiksberg Hospital, som består af to hospitalsansatte sygeplejersker, der følger patienter hjem og samarbejder med hjemmeplejen om kompetenceudvikling af dennes personale.
- Skagen GERO-team, som er et udgående tværsektorielt team bestående af en hospitalsansat mediciner og en kommunal sygeplejerske, der tager sig af udredning, behandling og pleje af svage (primært) ældre i hjemmet.
- Akutteam i Helsingør Kommune, som er forankret i den kommunale hjemmesygepleje, og som yder akut pleje efter behov til kommunens borgere.
- Akutstue (kommunale sengepladser) i Stenløse (nu Egedal) Kommune, der fungerer som et lægevisiteret tilbud til særligt observations- eller plejekrævende borgere.
- Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra Glostrup Hospital til syv kommuner udført af den kommunale hjemmesygepleje og almen praksis.
- Følge hjem-ordning for ældre udskrevet fra Gentofte Hospital, organiseret som et udgående sygehusprojekt, der inddrager kommunale sundhedsfaglige.

Undersøgelserne af problemets omfang, art samt erfaringerne fra interventionerne har dannet baggrund for udarbejdelsen af det efterfølgende afsnit om kommunale strategier på området samt anbefalinger.

---

<sup>7</sup> Sundhedsloven peger faktisk direkte på, at det regionale sundhedsvæsen har en forpligtelse til at spille en rolle: I §120 der omhandler forebyggelse og sundhedsfremme, står der i stk. 2 at "Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne", mens der i stk. 3 står at "Regionsrådet tilbyder rådgivning mv. i forhold til kommunernes indsats".

## DEL 1: MEDICINSKE INDLÆGGELSER - UDVIKLINGEN OG UDFORDRINGERNE

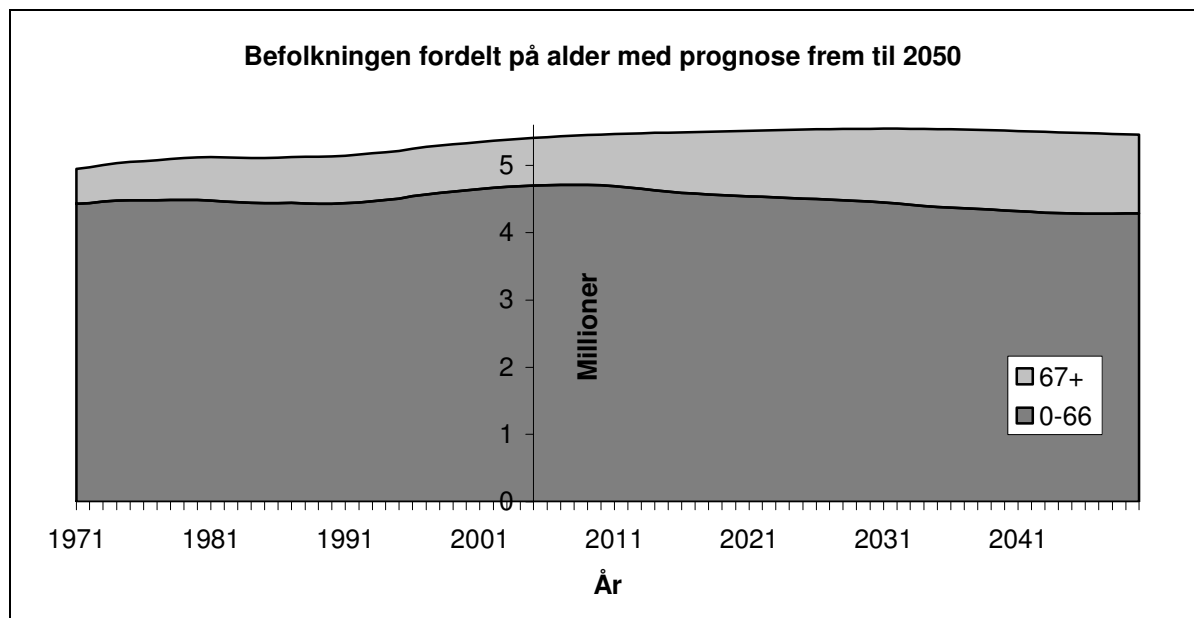
---

*"En yngre læge spurgte mig under et oplæg om udviklingen inden for det akutte medicinske område: 'Er det, du mener, at man ikke skal gøre i morgen, hvad man kan gøre i dag?' Hvortil jeg svarede: 'Nej, det handler om, at man ikke skal gøre om en time, hvad man kan gøre nu!'" (Ledende internmedicinsk overlæge, T.Gjørup).*

Der er sket store og markante ændringer på det medicinske område de senere år. Derfor er det nødvendigt, at interventioner i relation til uheldsmæssige indlæggelser ses i sammenhæng med de makroændringer, der udgør konteksten og baggrunden for udviklingen. I det følgende gennemgås hovedtræk i udviklingen i indlæggelsesmønstret og dermed aktiviteten i sekundærsektoren på området. Dernæst ses nærmere på andre væsentlige udviklingstræk på området, samt hvilke konsekvenser dette har for kommunerne.

### Demografiske og sygdomsmæssige ændringer

Set i et sundhedsmæssigt perspektiv er en af de markante ændringer i det danske samfund, at der kommer flere og flere ældre. Levealderen stiger samtidig med, at den relative andel af ældre i befolkningen stiger.



**Figur 1: Prognose over demografisk udvikling/ældreandel (1970-2050).**

Note: Y-aksen skærer i 2004 for at indikere, hvor data ender og prognosen begynder. En 50-årig fremskrivning af en befolkningsprognose er behæftet med betydelig usikkerhed. Kilde: Statistikbanken, tabel 1 og 1a og PROG7A og egne beregninger.

Der er imidlertid delte meninger om konsekvenserne af denne udvikling, idet de ældre af i dag – og i morgen – muligvis vil være mindre nedslidte og dermed mere selvhjulpne end tidligere. Men på den anden side lider en større og større andel af befolkningen af langvarige og ofte kroniske sygdomme, primært de såkaldte folkesygdomme<sup>8</sup>.

De kroniske sygdomme har forskellige typer af konsekvenser: Diabetes fører ikke i sig selv til mange akutte indlæggelser. Ca. 80% af ressourcetrækket i det regionale sundhedsvæsen (inkl. almen praksis) går ikke til selve kernen i diabetesomsorgen – kontroller hos egen læge og ambulatoriebesøg – men i stedet til indlæggelser som konsekvens af senfølger<sup>9</sup>. Helt anderledes forholder det sig med andre store kroniske sygdomme, såsom KOL, der er en af de hyppigste årsager til akutte medicinske indlæggelser (Münter et al. 2005; Ringbæk et al. 2003).

Men samlet set betyder ændringer i demografi såvel som forekomst af kronisk sygdom et øget pres på sundhedsvæsenet og dermed et endnu større behov for at sikre, at akutte medicinske indlæggelser er både nødvendige, uundgåelige og hensigtsmæssige.

## Væsentlige ændringer i sygehusenes aktivitet

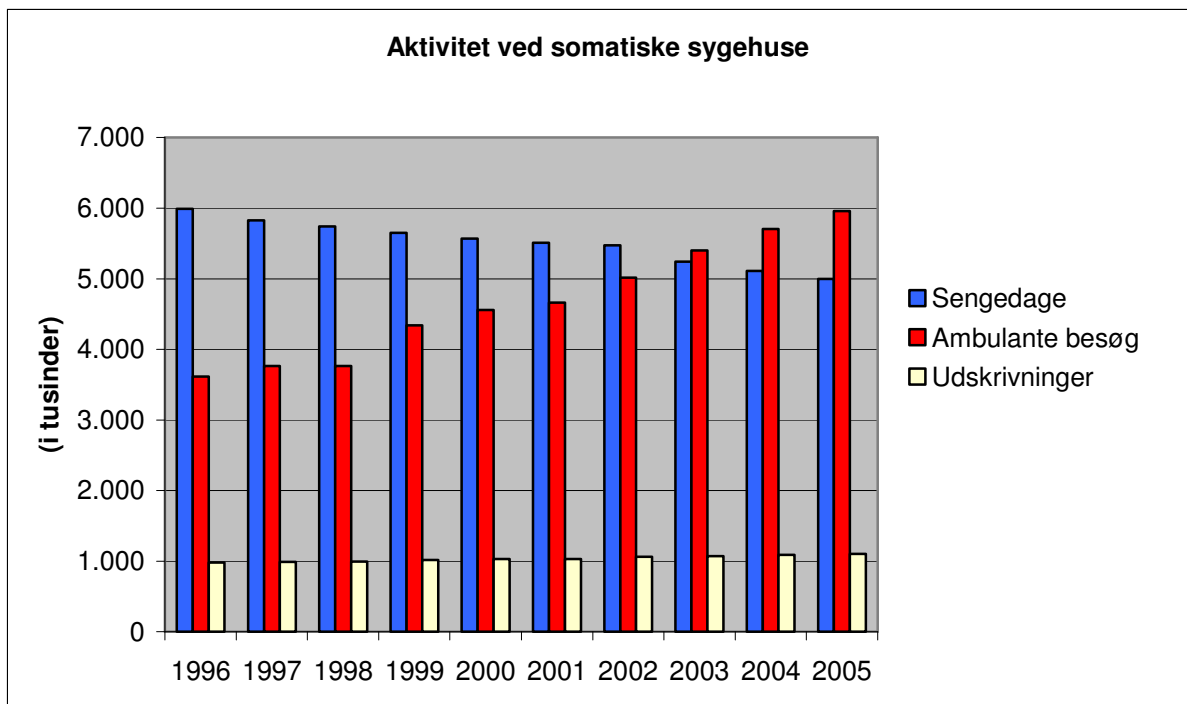
Der er sideløbende med denne udvikling sket store og væsentlige ændringer i sygehusenes aktivitet – ikke blot med hensyn til omfanget, men også hvad angår arten: Gennem det seneste årti er der sket et fald i forbruget af somatiske sengedage på 17% (fra ca. 6 til 5 mio.). Samtidig er den ambulante aktivitet blevet forøget med 64% (fra ca. 3,5 til 6 mio. besøg). Imidlertid har der ikke været helt samme markante udvikling i antallet af indlæggelser på de somatiske sygehuse, og det har ligget nogenlunde stabilt omkring 1 mio. (der har været en 12% stigning fra 0,98 til 1,1 mio.)

---

<sup>8</sup> I regeringens strategi for området defineres disse som værende: aldersdiabetes, forebyggelige kræftsygdomme, hjerte-kar-sygdom, knogleskørhed, muskel- og skeletlidelser, overfølsomhedssygdomme, psykiske lidelser og rygerlunger (KOL). Mere end hver tredje voksne dansker lever med en langvarig sygdom og næsten en halv million med en meget hæmmende langvarig sygdom. Kilde: (Regeringen 2002).

<sup>9</sup> Disse tæller fx amputationer, sårbehandling, nyresvigt og dialyse.

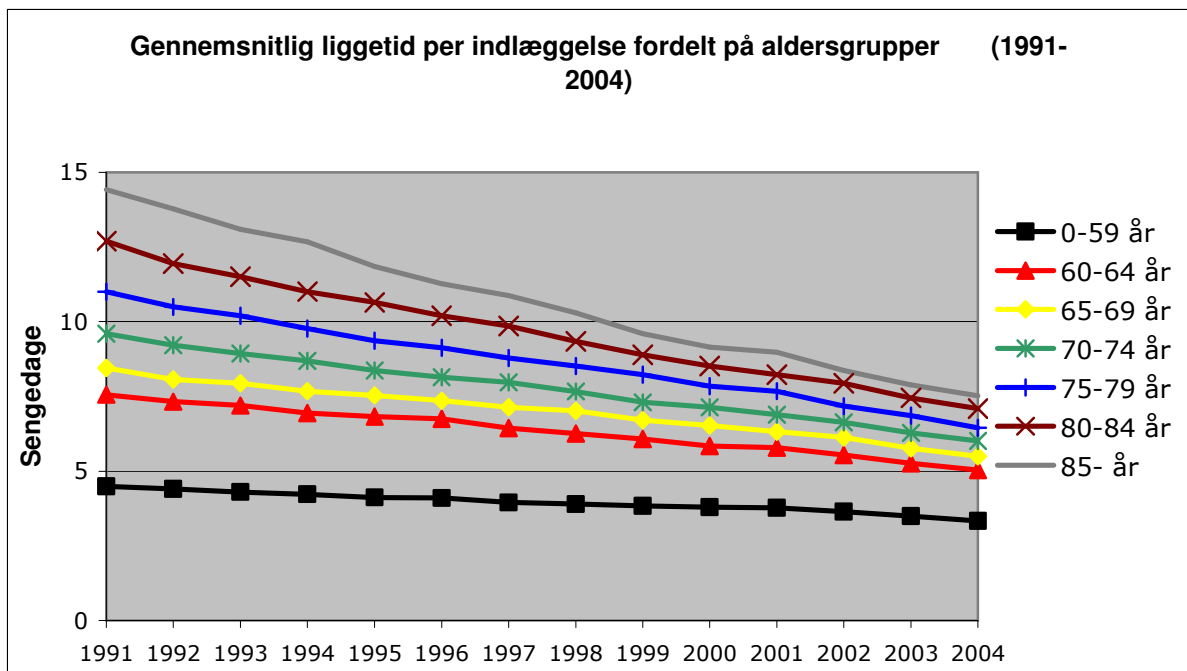




**Figur 2: Aktivitet ved somatiske sygehuse 1996-2005.**

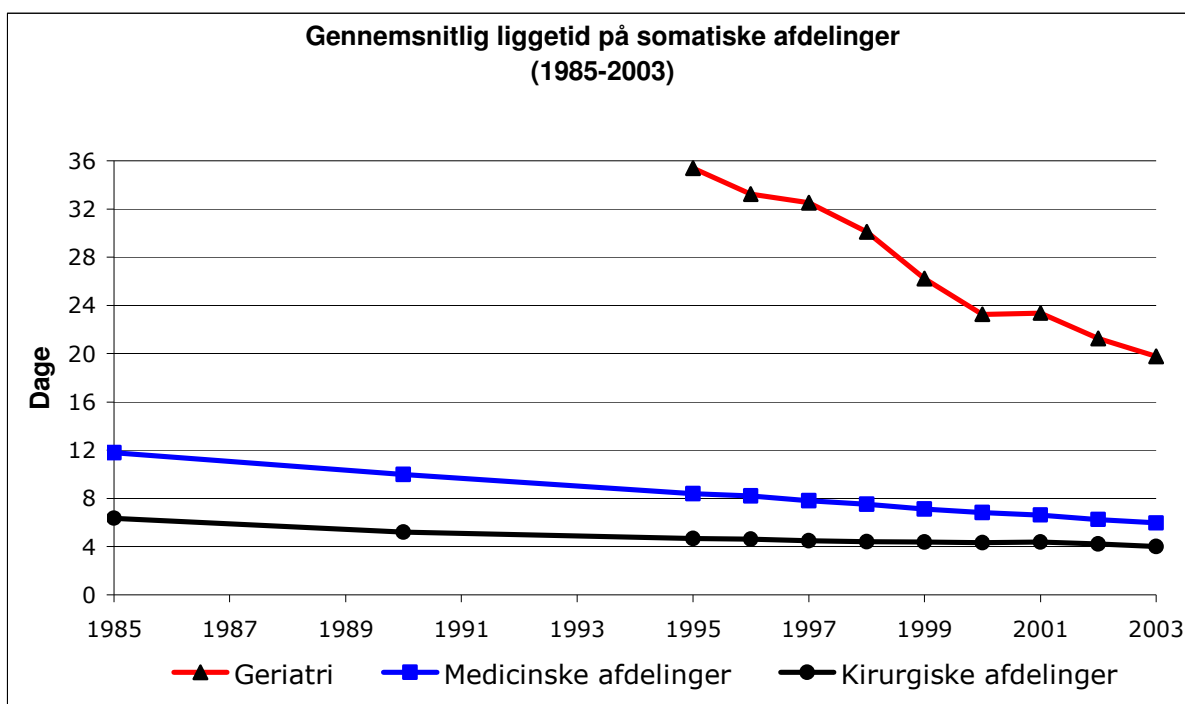
Kilde: (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006c)

Samlet set betyder dette, at den gennemsnitlige liggetid på de somatiske afdelinger er faldet. Men faldet fordeler sig ikke jævnt – hverken på patientalder eller på specialer.



**Figur 3: Gennemsnitlig liggetid fordelt på aldersgrupper (1991-2004).**

Kilde: Statistikbanken Tabel UD3 – 15. august 2006.



**Figur 4: Gennemsnitlig liggetid fordelt på typer af somatiske afdelinger (1985-2003).**

Note: Geriatrien er indeholdt i de medicinske afdelingers liggetid over hele tidsserien. Geriatrien er kun opgjørt særskilt fra 1995 og fremefter. Kilder: Diverse årgange af Virksomheden ved sygehuse & Aktiviteten i sundhedsvæsenet, Sundhedsstatistik. Sundhedsstyrelsen samt Sundhedsstyrelsens Sygehusstatistik årgangene 2002 & 2003.

Som det ses af figurene er faldet i liggetid større, jo ældre patienterne er. Og således viser faldet i liggetid sig også at være størst inden for geriatrien (44% fra 1995-2003). Men ældre patienter indlægges også i stort omfang på medicinske afdelinger, og således er det relevant at bemærke, at liggetiden på det medicinske område fra 1995-2003 er faldet 25%, hvilket er betydeligt mere end på det kirurgiske, hvor faldet er 14%.

## Baggrunden for udviklingen og konsekvenser for den kommunale sektor

De beskrevne ændringer i sygehusenes aktivitet har store konsekvenser for den kommunale sektor. Baggrunden for de beskrevne ændringer er mange, men blandt de væsentligste er den teknologiske udvikling på det medicinske område samt en række styringsmæssige og organisatoriske ændringer, der er ledsaget af et holdningsmæssigt skift både internt i sundhedssektoren og i dens omgivelser. Disse forhold diskuteres i dette afsnit.

De teknologiske ændringer har primært handlet om udviklingen af mindre invasive metoder (såsom fx skopi – også kaldet kikkertundersøgelser eller kikkertoperationer), som har muliggjort omlægning fra stationær til ambulans aktivitet i bl.a. daghospitalet.

Men samtidig er der også sket et holdningskift i forhold til indlæggelse, som har rod i flere forhold. For det første er der som følge af de nye administrative krav i form af fx takststyring og behandlingsgarantier samt den øgede efterspørgsel efter sundhedsydelser kommet mere fokus på effektivitet – herunder ikke mindst effektiv udnyttelse af sengedagene. Således baserer den aktivitetsafhængige del af sygehusenes finansiering (DRG-afregningen) sig ikke på antallet af liggedage for en given patient med en given diagnose, men på den gennemsnitlige omkostning for behandling af en given diagnose – uagtet hvor hurtigt det enkelte sygehus er. For det andet har forskning i fx accelererede patientforløb vist, at der også kan være gode kliniske grunde til at minimere indlæggelsestiden, uden at det går ud over kvaliteten i selve behandlingen, idet indlæggelse har mange u hensigtsmæssige bivirkninger – i form af fx tab af muskelmasse og funktionsniveau samt risiko for anden smitte og infektioner. Dette gælder ikke mindst for ældre patienter. På det kirurgiske område er der kommet mere fokus på hurtig mobilisering af patienter efter operation som konsekvens af bl.a. denne forskning (Kehlet 1997; Kehlet 2001; Kehlet et al. 2004; Rasmussen et al. 2002).

På det medicinske område er denne udvikling tilsvaret af et øget fokus på hurtig udredning og iværksættelse af relevant behandling. Det har mange steder medført organisatoriske ændringer, hvor al akut indlæggelse samles i specielle modtageafdelinger<sup>10</sup>, der er målrettet til at udrede akutte medicinske patienter, og i fald det er nødvendigt iværksætte behandling inden for max. 24 timer. Det er ikke alle steder i landet, man har valgt at følge denne strategi, og ikke alle steder gøres det lige konsekvent. Men udviklingen på det medicinske område går i retning af hurtigere og mere effektiv udredning og iværksættelse af behandling, og nogle akutmodtagelser udskriver således over 50% af patienterne direkte fra akutmodtagelsen, og det er således under halvdelen, der indlægges på stationære afdelinger.

Denne udvikling har meget store konsekvenser for den kommunale sektor, og for den rolle kommunerne kommer til at spille i det samlede sundhedsvæsen på dette område. I det følgende diskuteres de mest fundamentale forskelle mellem de to sektorers virkemåde.

Det traditionelle billede af et sygehus som værende et sted, hvor patienter ligger i senge, indtil de er raske, hører fortiden til og stemmer ikke overens med virkeligheden i dag. Et sygehus leverer primært udredning og behandling på et højt specialiseringsniveau. Men det gøres i højere og højere grad via ambulans virksomhed og meget korte indlæggelser, idet selve sengelejet ikke i sig selv gør mange af de (specielt ældre og medicinske) patienter raske – faktisk tværtimod.

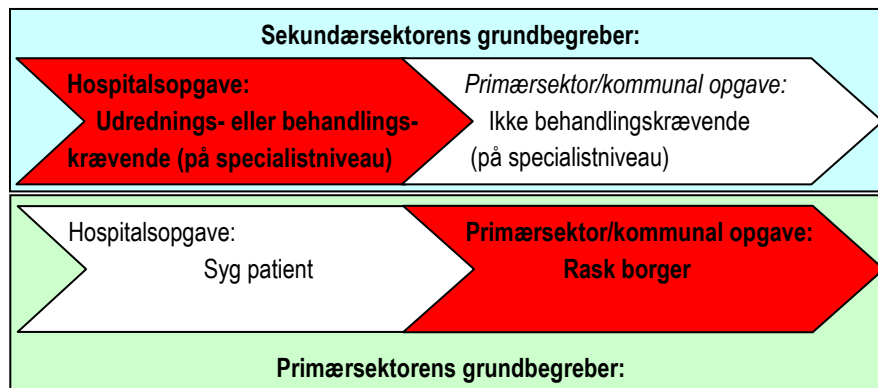
Den mere traditionelle forståelse af, hvad det vil sige sig at være syg, og hvad det vil sige sig at være rask, må revideres, hvis det samlede sundhedsvæsen skal kunne følge med den udvikling, som drives af den medicinske forskning i sekundærsektoren. Sekundærsektoren opererer ikke med begreberne *syg* - *rask*. Sekundærsektoren arbejder ud fra en skelnen mellem *behandlingskrævende* - *færdigbehandlet*. I praksis betyder det,

---

<sup>10</sup> Kaldet fx AMA (Akut Medicinsk modtageAfdeling), MVA (Medicinske VisitationsAfsnit) eller MMA (Medicinsk ModtagelsesAfsnit).

at sygehussektoren – overordnet set – definerer sin målgruppe som værende borgere, der opbyder symptomer, der enten ikke er udredt, eller som ikke er sat i (den rigtige) behandling, og som har behov for enten udredning eller behandling på et højt specialiseret niveau. Hvis diagnosen er stillet, og behandlingen kan gives i primærsektoren – fx antibiotika for en urinvejsinfektion – så udskrives patienten. Dette uagtet at patienten ikke er *rask* i mere traditionel forstand. Patienten er ikke behandlingskrævende på specialistniveau og har derfor ikke behov for at være indlagt (hvilket i sig selv rummer bivirkninger og i øvrigt ikke er nogen risikofri affære).

Den grundlæggende problemstilling, som disse forskellige begreber giver anledning til i hverdagens praksis, er illustreret i de to figurer herunder:

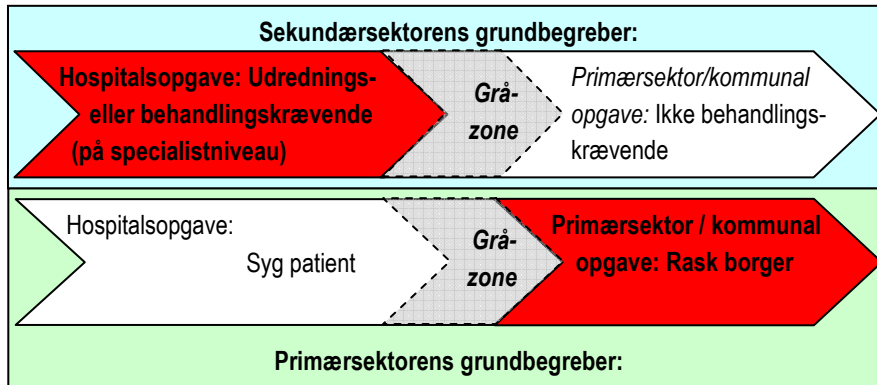


**Figur 5: Illustration af primær- og sekundærsektorens opgavedeling (a: overensstemmelse)**

Sekundærsektoren og den kommunale del af primærsektoren definerer grundlæggende set deres opgaver forskelligt ud fra forskellige forståelser af roller og ansvar og sundhedsvæsen.

Så længe der er et nogenlunde sammenfald mellem hospitalets definition af, hvornår en patient ikke længere er udrednings- eller behandlingskrævende på specialistniveau, og den kommunale sektors definition af, hvornår en borger er rask, opstår der ikke de store problemer: Kommunens ansvar for borgeren begynder der, hvor hospitalets ansvar holder op, og de to sektorer er ikke radikalt uenige i, hvornår overgangen skal ske. Denne situation er illustreret i figur 5 herover, hvor der er sammenfald mellem sektorenes forskellige definitioner af opgavedelingen.

Men i takt med den skitserede udvikling i sekundærsektoren, hvor hospitalets del af forløbet udføres på kortere og kortere tid, er grænsefladen mellem de to forskellige måder at skelne mellem opgaverne på, kommet under stigende pres. Problemerne opstår, når der ikke er sammenfald mellem hospitalssektorens begreb *ikke behandlingskrævende på speciallægeniveau* og primærsektorens *rask*: Hvem har så ansvaret for pleje og evt. behandling i den mellemliggende fase? Nedenstående figur 6 illustrerer denne situation, hvor der kan opstå en gråzone:



**Figur 6: Illustration af primær- og sekundærsektorens opgavedeling (b: ikke overensstemmelse)**

Den udvikling i sekundærsektorens indlæggelsesmønstre, som er blevet beskrevet her, er én af de centrale årsager til, at mange kommuner her oplever, at patienterne er 'mere syge', når de udskrives.

Og for alle de borgere, der ikke er 100% selvhjulpne ved udskrivelsen, betyder det, at den kommunale sektor skal træde til på et andet tidspunkt i forløbet end tidligere. Denne udvikling har selvfølgelig konsekvenser for, hvordan uhensigtsmæssige indlæggelser defineres rent indholdsmæssigt.

Igen er det dog værd at bemærke, at indlæggelsens sengeleje i sig selv har en negativ effekt på bl.a. funktionsniveauet, og derfor er der ikke blot tale om en såkaldt opgaveglidning inden for en uændret opgavemængde. Der er sket forandringer, som grundlæggende set har ændret området og dermed også de opgaver, der er knyttet til det.

Denne udvikling har afstedkommet en debat om opgaveglidning, ofte omtalt som "ufinansieret opgaveglidning". Denne vinkel på udviklingen har klare politiske og økonomiske undertoner, mens dette projekt tager sigte på at være klinisk og udviklingsorienteret – vel vidende, at der selvfølgelig også er klare økonomiske og sektorpolitiske interesser på spil i dette felt. Hvad der i den kommunale sektor benævnes ufinansieret opgaveglidning, omtales i sekundærsektoren, som at man er blevet langt mere fokuseret på sine kerneopgaver – behandling og diagnostik – bl.a. som konsekvens af den medicinske teknologiske udvikling, forskning i accelererede patientforløb, men også som konsekvens af et massivt fokus på optimering og effektivisering af en ressource-tung del af vores velfærdssamfund.

Men hvad betyder denne udvikling og disse forskydninger i begreber ude i hverdagens praksis? En af interviewpersonerne beskriver forskellene mellem den kommunale sektor og det akutmedicinske område således:

"Det er ikke mit indtryk at hjemmeplejen er fulgt med udviklingen på hospitalerne, og det skal ikke opfattes som en kritik af hjemmeplejen, men vi har ikke en fælles overordnet forståelse for, hvordan vi arbejder – og det kan lige så vel være hospitalets problem som kommunernes.

For mig at se, er det afgørende, at vi får et fælles overordnet mål om, at hospitalerne skal koncentrere sig om at levere den specialiserede udredning og behandling, hvorefter egen læge og – om nødvendigt – hjemmeplejen tager over. Hjemmeplejen skal være klar til at overtage, lige så snart der kun er tale om et plejemæssigt problem.

Vi oplever, at der nogle gange en uvilje fra hjemmeplejens side i forhold til at ville modtage patienten. Omvendt oplever hjemmeplejen, at patienterne ikke har det tilstrækkeligt godt, når de kommer hjem. Vi har altså ikke en fælles opfattelse af, hvem der har ansvaret for patienterne i de forskellige dele af et sygeforløb.” (Ledende internmedicinsk overlæge, T. Gjørup)

Selvom der selvfølgelig hersker meget delte meninger om årsagerne til den udvikling, der her er beskrevet, kan der dårligt herske tvivl om, at udviklingen stiller kommunerne over for en ændret virkelighed. Det er langt fra altid raske patienter, der udskrives efter 24 timers indlæggelse. Og dette stiller implicit helt andre krav til den måde, kommunerne deltager i sundhedsvæsenet på – og ikke blot i et område man tidligere kaldte ”ældreområdet” eller ”omsorgsområdet”. Det betyder fx, at det ikke kan forventes, at nyudskrevne borgere er raske, endside på et stabilt niveau. Det betyder også, at den sundhedsfaglige indsats ikke altid er slut ved udskrivelse – men der er ikke behov for specialiseret behandling og pleje, og patienten kan derfor overgå til primærsektoren og til eget hjem.

Et element i sekundærsektorens fokusering på kerneydelserne inden for akut medicin er selvfølgelig også et øget fokus på indlæggelsers hensigtsmæssighed. For selvom kommunerne nu medfinansierer alle indlæggelser og dermed har et økonomisk incitament til at reducere antallet af u hensigtsmæssige indlæggelser, så er det stadig sekundærsektoren, der bærer langt den største del af omkostningerne ved hospitalsindlæggelser. Således står sekundærsektoren også i dag i en situation, hvor dens muligheder for at optimere indlæggelsesforløb og fokusere yderligere på kerneopgaverne er helt afhængig af den kommunale sektor, der udgør konteksten for sekundærsektorens virke.

Alt i alt står vi således med en udvikling, som skaber store forandringer, og som sætter både det samlede sundhedsvæsen, men specielt den kommunale sektor under pres, og som skaber et behov for omstilling. Alt dette er helt uafhængigt af de ændringer strukturreformen indebærer.

## **DEL 2: UHENSIGTSMÆSSIGE INDLÆGGELSER - OMFANG, ART, ÅRSAGER OG FOREBYGGELSE**

---

Efter gennemgangen af udviklingstræk i konteksten præsenteres her resultaterne af et litteraturstudie og en interviewundersøgelse med klinikere om uhensigtsmæssige indlæggelser. Disse afsnit er omfattende, og den læser, som ikke er interesseret i litteraturstudiets detaljer, men snarere i resultaterne af analysen af uhensigtsmæssige indlæggelser, kan springe til sammenfatningen (s.36).

### **Danske undersøgelser om uhensigtsmæssige indlæggelser**

Der er forholdsvis bred enighed om, at en uhensigtsmæssig indlæggelse er en indlæggelse, der ikke løser aktuelle problemer, er unødigt belastende for patienten og samtidig er unødigt ressourcekrævende (Felbo og Søland 1996).

Siden slutningen af 1970'erne har der været udført en række undersøgelser af, hvad der karakteriserer uhensigtsmæssige indlæggelser, og hvad der kan gøres for at reducere omfanget af disse. I forlængelse heraf er der i amtsligt og kommunalt regi gennemført en række organisatoriske ændringer, samarbejdsprojekter og forsøg med interventioner med henblik på at reducere antallet af de uhensigtsmæssige indlæggelser.

Der er hverken i amtsligt eller nationalt regi udført undersøgelser, der dokumenterer omfanget eller de omkostninger, der er forbundet med unødvendige indlæggelser. Der er dog udført en række undersøgelser, der med udgangspunkt i enkelte sygehuse og afdelinger afdækker, hvilke problemstillinger der er relateret til uhensigtsmæssige indlæggelser, og dokumenterer omfanget af disse.

Størstedelen af undersøgelserne fokuserer på indlæggelser af sociale årsager samt genindlæggelser og de afledte konsekvenser heraf. Nogle har et rent kortlæggende formål, mens andre følger bestemte interventioner og evaluerer disse. De fleste undersøgelser – men ikke alle – er udført af sygehusansat personale og tager udgangspunkt i det indlæggende og det modtagende personales vurderinger af indlæggelsens hensigtsmæssighed. Der er dog også eksempler på undersøgelser, hvor det forudgående forløb samt patientens og de pårørendes perspektiver på indlæggelsen inddrages.

De inkluderede undersøgelser og projekter repræsenterer ikke alle de eksisterende erfaringer på området, men er udvalgt, så de giver en sammenhængende og dækkende beskrivelse af den eksisterende viden om uhensigtsmæssige indlæggelser, samt hvordan problemopfattelsen og de foreslåede løsninger har udviklet sig siden slutningen af 1970'erne.

### **1. Hvidovre Hospital 1977: Indlæggelser af sociale årsager**

En af de første systematiske undersøgelser af uhensigtsmæssige indlæggelser var en kortlægning af socialt betingede indlæggelsers karakter, udbredelse og konsekvenser. Undersøgelsen blev udført på Hvidovre Hospitals medicinske afdeling i 1977. Gennemgangen er baseret på: (Hendriksen et al. 1979; Kirk og Hendriksen 1979a; Kirk et al. 1979b). I undersøgelsen indgik 118 tilfældigt udvalgte medicinsk indlagte patienter

over 65 år, som via patientinterview, journalgennemgang og spørgeskemaer til det involverede personale blev undersøgt i forhold til:

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

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

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

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

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

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

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

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

Undersøgelsen, der er baseret på 2.005 indlæggelsesforløb, viste, at de indlæggende læger i 50% af tilfældene ville have foretrukket at kunne henvise til akut hjemmepleje frem for at ty til indlæggelse. 67% af de indlæggende læger, der angav, at akut hjemmepleje



ville have været en bedre løsning, betingede dog denne vurdering af, at der samtidig kunne bestilles et fremskyndet langtidsmedicinsk tilsyn. Undersøgelsen pegede derved på, at de sociale indlæggelser ikke udgjorde et problem, der udelukkende skulle løses i den kommunale sektor, fordi der samtidig var behov for at tilpasse hospitalernes subakutte medicinske beredskab.

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

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

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

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

Interventionen blev foretaget som et kontrolleret randomiseret<sup>11</sup> studie og bestod i, at de ældre i interventionsgruppen modtog en opsøgende og forebyggende samtale hver tredje måned i en treårig periode, mens de ældre i kontrolgruppen blev interviewet en gang i projektets sidste måneder. Interventionsgruppen bestod af 285 ældre, mens kontrolgruppen bestod af 287. De to grupper var sammenlignelige mht. køn og alder, og grupperne udgjorde tilsammen halvdelen af kommunens +75-årige borgere.

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

Resultaterne over den treårige interventionsperiode var:

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

---

<sup>11</sup> Et randomiseret kontrolleret forsøg er en undersøgelse, hvor der både indgår en indsatsgruppe og en kontrolgruppe, og hvor fordelingen af personer i de to grupper er sket ved lodtrækning.

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

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

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

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

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

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

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

Undersøgelsen udførtes på Roskilde Amtssygehus og omfattede samtlige 344 +75-årige patienter, som blev udskrevet i perioden 1/5 1987 – 15/6 1988. Der indgik 163 patienter i

interventionsgruppen og 181 patienter i kontrolgruppen. Patienterne i interventionsgruppen modtog besøg af en kommunal hjemmesygeplejerske dagen efter, de var blevet udskrevet og modtog desuden et besøg fra egen læge fjorten dage efter udskrivning. Formålet med besøgene var at afdække og løse de uforudsete problemer, der var opstået ved hjemkomsten (sygeplejersken havde kompetence til at ændre i tildelingen af kommunal bistand på stedet) og for lægens vedkommende at foretage en social medicinsk vurdering af borgeren. Resultaterne var:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 6. Causa socialis-patienter på Rigshospitalet, afdeling M

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

Analysen blev udført 1993-1994 og viste, at 635 indlæggelser (30%) af patienterne af den indlæggende instans blev vurderet som *causa socialis*-patienter. Undersøgelsen viste, at de hyppigste bagvedliggende årsager til denne type indlæggelser var fald i hjemmet, dehydrering, urinvejsinfektioner eller forværring af en allerede kendt diagnose<sup>12</sup>. Halvdelen af *causa socialis*-patienterne havde tidligere været indlagt på afdelingen, og patienter med kroniske sygdomme tegnede sig for hovedparten af genindlæggelserne. Undersøgelsen

---

<sup>12</sup> *Causa socialis* knytter sig i undersøgelsen til en vurdering af, om patienten ville være i stand til at klare sig i eget hjem med det aktuelle sygdomsbillede, såfremt denne ikke var aldersvækket.

viste, at hjemmehjælpen kom hos 77% af de patienter, der indlægges første gang, og hos 87% af de patienter, der genindlægges.

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

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

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

## 7. U hensigtsmæssige indlæggelser på medicinsk afdeling på sygehuset Øresund 1995

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

Undersøgelsen var baseret på en retrospektiv gennemgang af faktiske indlæggelsesforløb, som efter det første indlæggelsesdøgn blev screenet via *Appropriateness evaluation protocol* (AEP)<sup>13</sup>. Datamaterialet bestod af de samme 1.137 akutte medicinske indlæggelser som dannede grundlag for den tidligere undersøgelse fra 1992. Der blev foretaget en journalgennemgang af de 385 patienter, som den tidligere undersøgelse konkluderede var indlagt af sociale og blandede sociale, psykiske og medicinske årsager.

Journalgennemgangen af disse 385 patienter viste, at 112 patienter (10% af det samlede antal indlæggelser i den tidligere undersøgelse) opfyldte et eller flere AEP-kriterier og derfor nu blev (om)klassificeret som hensigtsmæssigt indlagte. De resterende 271

---

<sup>13</sup> AEP-protokollen består af en række objektive kliniske kriterier, der i forhold til den enkelte patient bruges til at afdække hensigtsmæssigheden af indlæggelsen. Den udførlige liste kan ses i bilag 1. Mindst ét AEP-kriterium skal være opfyldt, for at der er tale om en hensigtsmæssig indlæggelse.

patienter<sup>14</sup> (24% af det samlede antal indlæggelser) opfyldte ikke nogen kriterier for at være hensigtsmæssigt indlagt.

De uhensigtsmæssigt indlagte patienter var fortrinsvist kvinder (59%), de var gamle (56% er over 75 år), de indlagdes oftest fra primærsektor (66%), de indlagdes oftest i dagtiden (57% mellem kl. 8 og kl. 16), indlæggende læge havde haft kontakt til hjemmeplejen ved 38% af indlæggelserne, og patienternes funktionsevne var dårlig (55% var plejkrævende eller kun delvist selvhjulpne).

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

Samtidig havde de to patientgrupper markant forskellige primære diagnoseprofiler. En sjettedel af de ikke hensigtsmæssigt akutindlagte havde således diagnosen *causa socialis*, mens dette kun var tilfældet for 1% af de hensigtsmæssigt indlagte. Den næst- og tredjehyppigste indlæggelsesdiagnose for de uhensigtsmæssigt indlagte var henholdsvis cerebrovaskulære sygdomme (karsygdomme i hjernen) og lungebetændelse, mens de hensigtsmæssigt indlagte oftest var indlagt med en hjertekardiagnose eller en infektionssygdom.

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

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

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

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

---

<sup>14</sup> To patienter blev ekskluderet fra undersøgelsen, idet deres journaler var så mangelfuldt udfyldt, at det ikke var muligt at vurdere indlæggelsernes hensigtsmæssighed.

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

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

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

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

Auditørundersøgelsen pegede i forlængelse af ovenstående resultater og paneldebatten på, at det var nødvendigt at udbygge sygehusets ambulante og subakutte kapacitet og visitationspraksis, ligesom det var nødvendigt at optimere hjemmeplejens akutte beredskab samt brugen af og adgangen til kommunale aflastningspladser.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

På baggrund af undersøgelsen anbefales det, at:

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



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

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

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

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

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

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

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

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

Undersøgelsen viste imidlertid også, at 55% af de indlagte patienter i ugen op til indlæggelsen, ud over selve kontakten, der førte til indlæggelsen, havde været i kontakt med egen læge eller vagtlæge. Det konkluderes, at der foreligger et stort potentiale for at konvertere akutte indlæggelser til subakutte indlæggelser. Men samtidig påpeges det, at det vil kræve grundig information til patienterne, hvis dette potentiale skal udnyttes, idet undersøgelsen jo samtidig viste, at patienterne ikke mente, konvertering til ambulante ydelser var mulig i nær samme omfang som lægerne.

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

I foråret 2003 udførte Amager Hospital og Slagelse Sygehus et forsøg med henblik på at afprøve anvendeligheden af AEP-kriterierne<sup>15</sup> som screeningsredskab til at identificere uhensigtsmæssigt indlagte patienter. I undersøgelsen indgik 518 akutindlagte patienter over en firegersperiode i foråret 2003. Følgende er baseret på (Ishøy et al. 2005).

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

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

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

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

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

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

DGMA har bl.a. gennemført tværsnitsundersøgelser blandt de medvirkende afdelinger, og i den seneste, TVU4 (Münter et al. 2005), medvirkede 114 medicinske sengeafsnit<sup>16</sup>. I undersøgelsen opgøres andelen af hensigtsmæssige indlæggelser<sup>17</sup> via journalaudit af en stikprøve fra hver afdeling til at være 90%. Disse 90% fordelte sig således, at 78% af samtlige indlæggelser opfyldte mindst ét AEP-kriterium ved indlæggelsen, og de resterende 12% af samtlige opfyldte ikke noget AEP-kriterium, men blev på baggrund af personalets kliniske vurdering klassificeret som hensigtsmæssige, fordi der ikke var noget

---

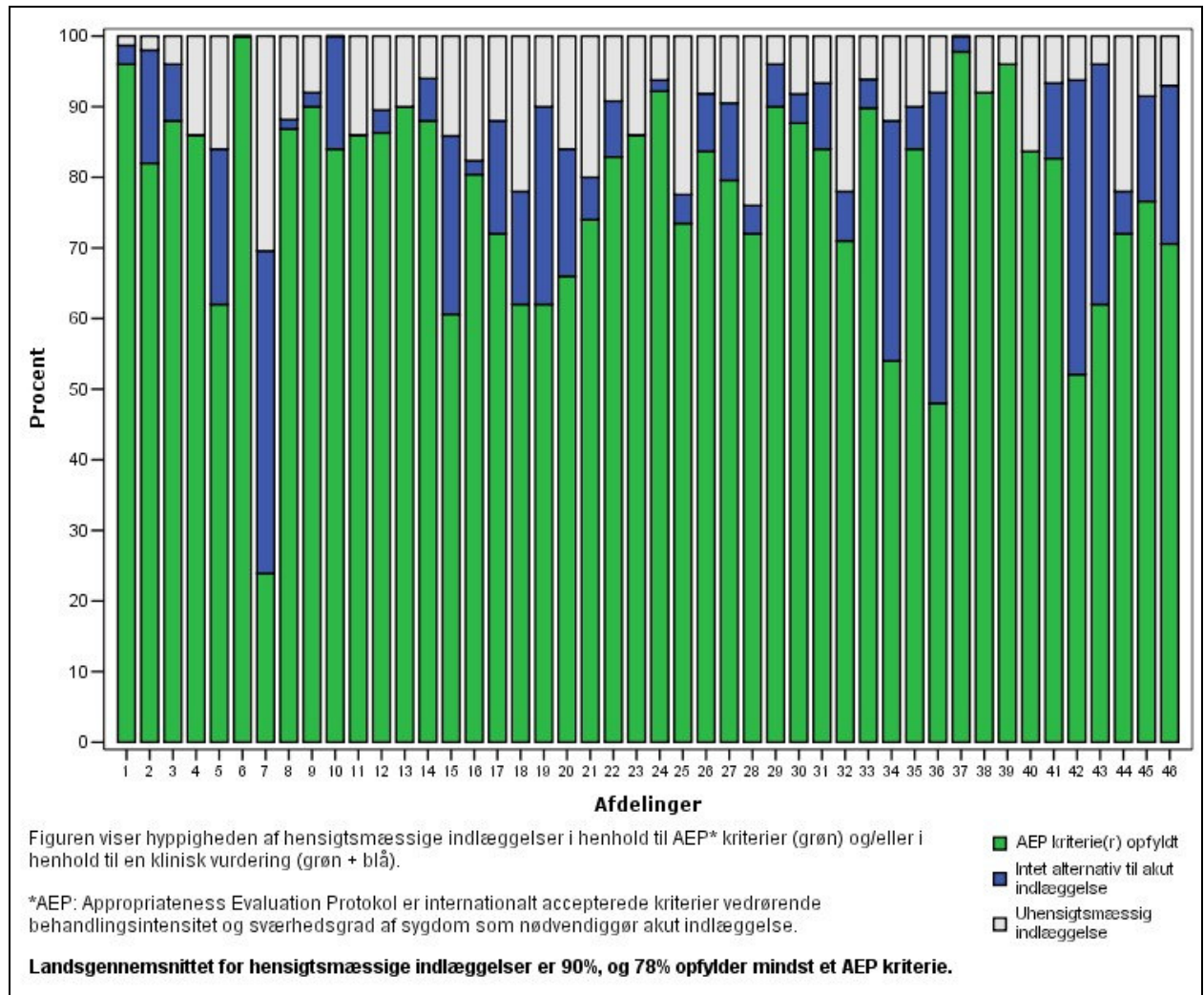
<sup>15</sup> Se bilag 1 for oversigt over AEP-kriterierne. Se evt. undersøgelse nr. 7 for anden anvendelse af dem.

<sup>16</sup> I alt et materiale bestående af 3.076 journaler på akut indlagte medicinske patienter. Vær opmærksom på, at patienter udskrevet samme dag, som de blev indlagt, *ikke* er medtaget i undersøgelsen.

<sup>17</sup> DGMA brugte AEP-kriterierne (Apropriateness Evaluation Protocol) som fast standard til at vurdere indlæggelsens hensigtsmæssighed. Se bilag 1 for AEP-kriteriernes indhold

alternativ til akut indlæggelse. De sidste 10% blev klassificeret som uhensigtsmæssigt indlagte.

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



**Figur 7. Hensigtsmæssig indlæggelse**

Kilde: (Münter et al. 2005)

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

Helt overordnet kan disse hyppige diagnoser opdeles i to grupper:

- De (generelt) mere specialiserede, relateret til nogle af de store kroniske folkesygdomme, såsom KOL (rygerlunger), hjerte-kar-lidelser (iskæmisk hjertesygdom og hjerterytmeforstyrrelser) samt apopleksi (hjerneblødning).
- De mindre specialiserede diagnoser relateret til forhold som generel svækkelse, manglende væske og ernæring, såsom lungebetændelse, blærebetændelse og "lægelig observation".

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

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

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

**Tabel 2. Alder og liggetid for patienterne i DGMA's undersøgelse (TVU4)**

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

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

## Sammenfatning af litteraturgennemgangen

De gennemgåede studier har forskellig baggrund og sigte, alligevel er der klare fællestræk. Andelen af indlæggelser der i undersøgelseerne vurderes som værende uhensigtsmæssige, svinger mellem 5-33%.

De gennemgåede undersøgelser har haft meget forskellige formål, og når derfor også til forskellige typer af anbefalinger. Imidlertid går visse fællestræk igen.

Det mest markante er efterlysningen af flere alternativer til indlæggelse, herunder specielt mere akutberedskab, akutforpligtelse og aflastningspladser i primærsektoren (se fx

undersøgelserne 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9). Flere peger også på behovet for bedre samarbejde og langt mere koordination mellem sektorerne – både i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse (se fx 2, 6, 8, 9). Et sidste tema, som til dels ligger i forlængelse af det forrige, er anbefalingen af mere opfølgende og opsøgende arbejde (fx 3 og 4).

Der er desuden en tendens til, at undersøgelserne med tiden bliver mere fokuserede på muligheden for at konvertere akut stationær aktivitet til (evt. subakut) ambulans aktivitet (se fx 5, 7 og 10).

Flere af undersøgelserne fremkommer således med anbefalinger, men det har ligget uden for dette litteraturstudies rækkevidde at undersøge, om og i hvilket omfang anbefalingerne er blevet fulgt og med hvilke resultater. Det er dog værd at bemærke, at Rødovreforsøget var en af årsagerne til, at man i 1996 indførte forebyggende hjemmebesøg til ældre ved lov. Den dokumenterede effekt i Rødovre var dog resultatet af en intervention, hvori de praktiserende læger deltog, mens lov om forebyggende hjemmebesøg ligger under Socialministeriet og er en kommunal opgave. Det betyder blandt andet, at det er kommunalbestyrelsen, der tager stilling til, hvem den finder egnet til at udføre opgaven – der er intet krav om, at det skal være sundhedsfagligt uddannede – og det påpeges naturligt nok fra ressortministeriet side, at hovedvægten ligger på sociale forhold, og at det ikke er tanken at sygeliggøre de ældre ved at fokusere på sygdom, symptomer m.v. under hjemmebesøgene.

Samlet set tyder undersøgelserne af uhensigtsmæssige indlæggelser dog på, at interventioner og anbefalinger til trods så er problemerne på dette område langtfra løst i dag – hvilket også kun understøttes af, at der nu stilles krav om at inkludere emnet i de nye sundhedsaftaler mellem kommuner og regioner.

At undersøgelserne dog når frem til så forskellige resultater mht. andelen af uhensigtsmæssige indlæggelser, kan tilskrives en række forskellige forhold, blandt andet, at:

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

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

## Hvad siger de sundhedsfaglige? En interviewundersøgelse

Litteraturstudiet har givet forskellige perspektiver på uhensigtsmæssige indlæggelser, deres antal, årsager og mulige forebyggelse. Interviewstudiet søger at uddybe de sidste to forhold: Årsager og muligheder for forebyggelse. De sundhedsfaglige, som indgår i interviewundersøgelsen<sup>18</sup>, repræsenterer en spredning, som både er geografisk, faglig og opgavemæssig, men de har alle beskæftiget sig med de udfordringer, der knytter sig til det akutte medicinske område.

Interviewanalysen skal læses i det rette metodiske perspektiv: Der er udvalgt erfarne klinikere – læger såvel som sygeplejersker, fra primær- såvel som sekundærsektor – og som det fremgår af analysen, er der et stort overlap i deres vurderinger, perspektiver og argumenter. Men dette gør ikke en interviewundersøgelse til statistisk generaliserbar, hvilket heller ikke har været intentionen. Interviewundersøgelsens metodiske styrke ligger andre steder: I stedet for at afdække forekomst af på forhånd definerede fænomener, hvilket mere kvantitative metoder egner sig bedre til<sup>19</sup>, kan interviewundersøgelsen generere nye perspektiver på, hvordan fænomenerne overhovedet bør defineres, og gå mere med i de konkrete og praktiske detaljer mht., hvilke komplekse sammenhænge og dynamikker der muligvis er på spil i dette felt.

Interviewanalysen kan inspirere og give nye vinkler på årsager og komplekse dynamikker ind i den samlede analyse – men ikke mindst være værdifuld og inspirerende i forhold til det lokale arbejde med at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser i henhold til blandt andet de nye sundhedsaftaler.

### Hvem indlægges uhensigtsmæssigt?

Der var overordnet set betydelig enighed om, hvilke diagnoser og problemstillinger der knytter sig til uhensigtsmæssige indlæggelser. Nedenstående citater illustrerer, hvilke patienter der typisk er tale om:

”De uhensigtsmæssige indlæggelser drejer sig typisk om ældre medicinske patienter – oftest de +80-årige som har varierende helbredsmæssige problemer, og så er der et mindre problem, der vælter læsset – når de indlægges sker det fx med dehydrering, blærebetændelse eller konfusion – eller kombinationer heraf, fordi det ene har udløst det andet.” (Vagtbærende internmedicinsk overlæge, L.S.Teglbjærg).

”Mange af de ældre, der indlægges, er i forvejen svækkede. Pneumoni eller urinvejsinfektion er ofte årsagen til indlæggelse hos borgere, der har mistet appetitten, drikker for lidt og/eller har nedsat mobilitet. Infektionen bliver således prikken over i'et, der gør, at borgeren ikke kan klare sig i eget hjem. På den baggrund mener jeg, at den store indsats skal ske ved, at social- og sundhedshjælperne skal kvalificeres til at kunne identificere ændringer i borgernes sundhedstilstand. Det er hjælperne, der har den tætte kontakt med borgerne og dermed muligheden for at gøre opmærksom på behovet for at sætte ind med en forebyggende og afhjælpende indsats i form af at dække de basale behov. (Kommunal sygeplejerske og visitator, B. Henningsen)

”Vi har prøvet at kigge på, hvilke diagnoser det drejer sig om; fald i hjemmet, dehydratio, urinvejsinfektioner og *causa socialis* – selvom diagnosen ikke bruges længere, eksisterer den stadig, men så kalder man den bare noget ekstra – fx fald i hjemmet.” (Udgående akutmedicinsk sygeplejerske, O. Larsen).

<sup>18</sup> Se metodeafsnittet s. 13 for en liste over interviewpersoner.

<sup>19</sup> Sådanne metoder er for en stor dels vedkommende anvendt i det studier, der er inkluderet i litteraturstudiet.

Informanterne pegede primært på indlæggelser af helt eller delvist somatiske årsager, som enten kunne have været forebygget, eller som mere hensigtsmæssigt kunne have været håndteret på anden vis end ved en akut medicinsk indlæggelse, og i mere begrænset omfang på indlæggelser af rent sociale årsager, om end dette også var et tema.

Som litteraturstudiet viste, så forekommer der flere typer af uhensigtsmæssige indlæggelser herunder også rent socialt betingede indlæggelser. Det er ikke altid nogen helt let sag at skelne mellem de to grupper. Blandt de klinikere som arbejdede på det akutmedicinske område var det, som citaterne herover indikerer, dog ikke de rent socialt betingede indlæggelser, der dominerede billedet. Et interviewstudie af denne art kan dog ikke danne et udgangspunkt for en valid vurdering af selve problemets omfang – her er de mere systematiske undersøgelser over tid i litteraturstudiet mere egnede. Det er imidlertid værd at bemærke at selvom klinikerne i sygehussektoren alle mente, at socialt betingede indlæggelser forekommer i et eller andet omfang, så var der generelt en oplevelse af, at problemet med de rent socialt betingede i hvert fald ikke var helt så omfattende i dag, som det tidligere havde været:

”Andelen af patienter, der indlægges udelukkende fordi de ikke kan klare sig i eget hjem, er lille, og den er helt klart blevet mindre de sidste par år. Det er mit indtryk, at hverken hjemmepleje eller lægevagt i samme grad som tidligere benytter sygehusene som aflastning og problemløsning.” (Vagtbærende internmedicinsk overlæge, L.S. Teglbjærg)

På denne baggrund omhandler dette afsnit primært de forebyggelige indlæggelser, og kun i mindre omfang de rent socialt betingede.

## Forebyggelige indlæggelser

Et gennemgående tema i alle interviews var muligheden for at forebygge indlæggelser med fokus på kommunernes muligheder for at gøre en effektiv indsats.

### *Hvad indikerer, at indlæggelse er undervejs? Om opsporing*

Informanterne kunne pege på mange af de samme typer af problemstillinger og diagnoser, som værende delvist forebyggelige. Men dette kræver, at optakten til indlæggelse opspores tidligere end i dag, og at der reageres adækvat, så der bliver rettet op på problemerne, inden en eventuel indlæggelseskrævende tilstand udvikler sig.

Dette er ikke nogen let eller ligefrem opgave, og den involverer mange led på tværs af sektorer og faggrupper. Første skridt er imidlertid opsporing, og her blev informanterne bedt om deres vurdering på baggrund af deres kliniske erfaring af, hvilke typer af indikatorer de mente, der var relevante, og som der var behov for at holde mere systematisk, løbende og dokumenteret øje med.

”Det, der mangler, er at man på en eller anden måde får forebyggelsen tænkt med ind i hjemmeplejen. Får tænkt ind, hvilke faresignaler der kan være forud for et medicinsk sammenbrud, og det kunne f. eks. være et uforklaret væggtab, eller en som er rigtig god: At de ældre pludselig skal til at have mere hjælp. Hvorfor er der pludselig behov for et nødkald? Har man overhovedet tænkt på, at der kunne være en underliggende sygdom? [Det er vigtigt] at man ikke bare bevidstløst begynder at give mere hjemmehjælp og mere af det ene og mere af det andet, men lige stopper op og siger

hvorfor? For normalt er der altså en underliggende årsag.” (Ledende geriatrisk overlæge, F. Rønholt Hansen).

Resultaterne er klinikernes bud på diagnoser, og indikatorer er sammenfattet i nedenstående skema, der opsummerer de typiske *indlæggelsesdiagnoser*, som informanterne<sup>20</sup> forbandt med uhensigtsmæssige indlæggelser, de *kliniske indikatorer*, som de pegede på kunne bruges som udgangspunkt for at afdække tilstanden, og de *hverdagsituationer* som kan indikere, at en sygdomstilstand, der kan blive indlæggelseskrævende, kan være undervejs:

Indlæggelsesdiagnoser	Kliniske indikatorer	Hverdagsindikatorer
Causa socialis <sup>21</sup>	Konfusion	Indkøbsvaner ændres, madlede
Blærebetændelse	Manglende spændstighed i huden	Hjemmets rengøringstilstand forværres, potteplaneter bliver fx ikke passet som tidligere
Konfusion	Opkastning	Personlig hygiejne forværres
Dehydrering	Diarré	Der er gammel mad i køleskabet
Svimmelhed	Feber	Øget passivitet, fx at fjernsynsforbruget stiger, vedkommende går mindre ud
(Observation for) fald i hjemmet	Uforklaret væggtab	Indadvendthed eller ændret mental adfærd
Lungebetændelse	Svimmelhed, træthed	Klager over noget, der ikke plejer at være et problem
Mangeltilstande fx vitaminmangel (el. mangelsygdomme)	Sveder meget, når det er varmt	Forværring af gangfunktionen

**Tabel 3: Oversigt over indlæggelsesdiagnoser, kliniske indikatorer og hverdagsindikatorer**

Denne liste er hverken endelig eller udtømmende. Den er baseret på de forskellige klinikers vurdering. Formålet med listen er at illustrere, hvordan klinikerne mener, at det sygdomsmæssige, som opsporingen må tage afsæt i, kommer til udtryk i en praktisk og konkret hverdag. Set i det lys, er det interessant, at overlæger i sekundærsektoren, der aldrig har arbejdet i hjemmet, og som til daglig opererer inden for et biomedicinske paradigme, i meget høj grad peger på alle mulige praktiske ting og hverdagsituationer, når de bliver spurgt om 'indikatorer'. At udgående læger og sygeplejersker fra begge sektorer peger på hverdagsituationer og i begrænset omfang på egentlige kliniske indikatorer, er måske mindre overraskende.

Klinikernes vurdering af indikatorer er interessant i relation til kommunernes potentiale for at bedrive mere systematisk opsporing og forebyggelse af akutte medicinske indlæggelser. En meget stor del af det personale, der kommer ude i hjemmene, er ikke sundhedsfagligt uddannede eller har en relativt kortvarig social- og sundhedsuddannelse. Hertil kommer, at

<sup>20</sup> Informanterne pegede ikke alle på det samme, og listen har ikke til hensigt at udgøre noget udtømmende billede af uhensigtsmæssige indlæggelses anatomi. Det egner interviewmetoden sig ikke til. Den kan imidlertid pege på temaer og problemstillinger, som de enkeltes kliniske erfaringer peger på som centrale.

<sup>21</sup> Diagnosen *causa socialis* blev afskaffet som somatisk indlæggelsesdiagnose med den nye version af DRG (ICD-10) i 1994, men er ikke af den grund forsvundet fra det somatiske sundhedsvæsen i praksis.



de leverer ydelser i henhold til sociallovgivning og ikke sundhedslovgivning. Således kunne man forledes til at tro, at den medarbejdergruppe ikke umiddelbart egner sig til at deltage i den forebyggende sundhedsindsats i kommunerne, og måske ligefrem specielt ikke til noget så specifikt som forebyggelse af indlæggelser blandt de mest risikofyldte borgergrupper. Klinikernes vurdering af, at første led i forebyggelse af indlæggelser, nemlig opsporing, i høj grad handler om løbende observation af hverdagssituationer, peger imidlertid på, at der ikke nødvendigvis er behov for stor klinisk kompetence, for at kunne foretage selve observationen. Derimod er der behov for mange og løbende observationer af *forandringer* i den vanlige tilstand i hverdagen. Umiddelbart tyder dette på, at der i høj grad er behov for kvantitet, kontinuitet og systematik i observationerne af ændringerne i hverdagen. I hjem med hjælp minimum én gang om dagen udgør hjemmehjælperne kvantiteten. Derimod kræver det et andet niveau af klinisk kompetence at definere og systematisere indholdet i de ting, der skal observeres, ligesom det kræver kliniske indsigt at handle på observationerne, såvel som reelle handlemuligheder og mulighed for at få råd og sparring fra andre aktører i sundhedsvæsenet. Det er således meget væsentligt at skelne klart mellem opsporing og handling.

### *Fra service til sygdom: Om kultur, kompetencer og arbejdsidentitet*

Flere informanter pegede på, at der er en afgørende forskel på at bedrive behandling i institutioner og forebyggelse i hjemmet: I kommunerne arbejder man ikke med syge og indlagte patienter – men i stedet med borgere i eget hjem. En udgående hospitalssygeplejerske beskriver her hans oplevelser med at forsøge at få grupper af hjemmehjælpere til at agere mere forebyggende ude i hjemmene:

”Det viste sig, at sådan noget med at gå ind og føle, om borgerne har nedsat hudelasticitet<sup>22</sup>, det følte mange af hjælperne, at borgeren nærmest oplevede som et overgreb. Det drejede sig om, at man overskred en grænse for, hvad en social- og sundhedshjælper kan tillade sig, når de er ude i et hjem. De føler nemlig ikke, at de har en særlig stor autoritet [...] Den ene side af sagen er den manglende autoritet, den anden side er, at de ting eller de råd, de giver de ældre, ikke bliver fulgt. De bruger fx vandet til at vande blomster med, eller gider ikke drikke fordi, de så skal mere på toilettet. [...] Så kort sagt var det rigtig udmærket at finde ud af, hvad der ligger til grund for, at de her dehydratio’er, de alligevel kommer herind med – for det er ikke så simpelt som bare at sige til dem, at de må drikke noget mere.” (Udgående hospitalssygeplejerske, O.Larsen)

Der er således to klart adskilte problemstillinger relateret til forebyggelse af indlæggelser: For det første udfordringen i relation til opsporing og observation, for det andet udfordringen relateret til at finde ud af, hvordan man handler reelt forebyggende på de foretagne observationer. Og som der peges på, så er opgaven med at handle adækvat og virkningsfuldt – selv når observationerne *er* foretaget – heller ikke let. Denne problemstilling er imidlertid hverken ny eller overraskende, og den er kendt fra forebyggelsesindsatsen på stort set alle andre områder: Adfærds- og livsstilsændring er et svært område.

Men det er også væsentligt at holde fast i, at forebyggelse af indlæggelser ikke *kun* handler om adfærdsændringer hos den enkelte. Det kan lige så vel handle om behov for

---

<sup>22</sup> Dette gøres for at få en indikation af hydreringstilstanden. Det gøres uden instrumenter, men kræver berøring.

udredning, ændret medicinering, behandling, hjælpemidler, mere eller anden hjælp i hjemme etc.

Når det i praksis har vist sig vanskeligt at lave effektiv forebyggelse af indlæggelser via hjemmeplejen, så peger nogle af interviewpersonerne også på, at det vil kræve en ændring i hjemmehjælpernes arbejdsidentitet og forståelse af indholdet i og formålet med deres arbejde:

”Jeg tror, at der er en del af SOSU-hjælperne, for hvem det at agere som en kliniker ligger dem meget fjernt – det ligger slet ikke i konceptet for deres job. Deres opfattelse af det er, at man skal foretage sig nogle praktiske ting derude – såsom at støvsuge, at tømme skraldespanden, lave indkøb og personlig hygiejne. Det, der slår mig, er, at de ser klienterne som potentielt raske og ikke som potentielt syge. Det sygdomsmæssige var slet ikke noget, de koncentrerede sig om. Det var som om, det var en hurdle, man skulle ud over, når man var der ude – bortset fra at deres viden om sygdom ikke er så stor. Jeg kan i hvert fald se, at deres viden om disse områder er meget lille. Deres tilbagemeldinger under vores samtaler afslører, at de ikke er i stand til at tænke i en sygdoms-relation, men udelukkende i en form for rask-relation imellem dem og den borger, de er hos. Det er heller ikke meningen, at de skal gøre borgeren syg oppe i deres hoved, men de mangler det fuldstændige perspektiv der siger, ’Hov, det der var måske noget, jeg skulle være opmærksom på, og nu er vi måske ude i noget sygdom eller noget, der ikke er normalt.’ Altså at man tænker forebyggende, når man er derude.” (Udgående akutmedicinske sygeplejerske, O. Larsen)

Det behov for kulturændring, som den udgående sygeplejerske, der har arbejdet med forskellige hjemmehjælpergrupper i hjemmeplejen, beskriver her, er en stor opgave. Det handler nemlig ikke kun om hjemmehjælperne – de er så at sige sidste led i kæden. Det handler også om hele det ledelses- og forvaltningssystem, som i dag former og præger dette område. Det er måske ikke så underligt, at hjemmehjælpernes opfattelse af deres arbejde er så fokuseret på ”praktiske ting”, når den sociallovgivning, der ligger bag deres arbejde, og dermed også de tidsfestsatte ydelser, de har på arbejdslisterne, i al væsentlighed handler om praktisk hjælp og personlig pleje, som det hedder.

### *Fra opsporing til handling der virker*

Tidlig opsporing af indikatorer er første skridt i retning af at forhindre de forebyggelige indlæggelser. Men det næste skridt, handling, er mindst lige så vigtigt. Og her bliver det straks endnu sværere, oplever stort set alle informanter:

”Vi ser mange eksempler på, at man [i hjemmeplejen, red.] har fat i den rigtige ende, men ikke rigtig får gjort noget ved det: Problemerne er beskrevet og dokumenteret i de kommunikationsbøger, som hjemmeplejen bruger, og man har forsøgt at forebygge tilstanden ved fx at lave en aftale om, at der skal nødes til at drikke, men når det så ikke lykkes – hvad så? Så ender de alligevel på sygehus.” (Vagtbærende internmedicinsk overlæge, L.S. Teglbjærg)

Når det er svært at komme fra opsporing til handling, der virker i relation til forebyggelse af indlæggelser, peger interviewpersonerne på forskellige faktorer: Nogen peger på, at der ofte er tale om ældre mennesker, hvis forhold til sundhed måske adskiller sig væsentligt fra den tilgang, social- og sundhedsvæsenet kommer med. Endvidere er der tale om borgere, der på forskellig vis er fysisk og nogen gange mentalt svækkede, hvor det kan være en vanskelig pædagogisk opgave at gennemskue den pågældendes egentlige behov eller motivere vedkommende til at tage imod et tilbud om hjælp.

Opgaven er ikke let, men som flere af klinikerne giver meget klart udtryk for, så mener de, at det er her, det store kommunale potentiale ligger, og det er her, den kommunale organisation virkelig kan gøre en forskel:

”Når de [i kommunen, red.] bliver klar over, at her er en sårbar person, som er i en risikogruppe, fx med risiko for at falde eller komme i væske- eller næringsunderskud osv., så ved jeg ikke noget om, hvor aktivt deres næste skridt er: Det væsentlige er, hvordan man handler på den viden, der afdækkes. [...] Det opsøgende arbejde for at undgå, at den ældre kommer så langt, at der ikke er alternativer til den akutte indlæggelse: Det er her, den helt oplagte fremtidige opgave for kommunerne ligger.” (Forsker i uhensigtsmæssige indlæggelser og afdelingslæge i Sundhedsstyrelsen, J.H. Jensen)

”Der er helt sikkert et potentiale for at blive bedre til at opspore sygdom og funktionssvækkelse hos dem, man allerede kommer hos. [...] Kommunerne skal tage fat på vurderingen af, om der er nogen, der har faldende funktionsniveau, og de skal nok gøre det hos dem, de kommer hos alligevel, for det er langt hen ad vejen målgruppen. Og så prøve at være meget mere konkrete omkring vurderingen af de ældre. [...] Det mest oplagte er at skride ind med nogle interventioner, der ikke tager urimelig lang tid, hos dem man allerede kommer hos i forvejen.” (Vagtbærende internmedicinsk overlæge, L.S. Teglbjærg)

Et af de gennemgående temaer, der blev peget på blandt klinikerne som værende væsentligt i relation til at få en samlet indsats over for uhensigtsmæssige indlæggelser til at blive mere virkningsfuld, var mere systematik, struktur og arbejdsdeling.

### *Om behovet for struktur og arbejdsdeling*

Flere af klinikerne peger på, at et centralt element i forhold til opsporing såvel som videre handling er, at det sættes i system og gøres mere struktureret end i dag. En af årsagerne er, at forebyggelse af indlæggelser er en proces, som kræver hurtigt og koordineret samarbejde og samspil mellem flere faggrupper spredt på flere sektorer. Centrale aktører er hjemmehjælpere under sociallovgivningen med kort eller ingen uddannelse, kommunale sygeplejersker med sundhedsfaglig vurderings- og plejekompetence og almen praksis, der kan behandle og fungere som gatekeeper til resten af sundhedsvæsenets ydelser. Det vil være fejlagtigt at tro, at nogen af de centrale aktører kan løse opgaven alene – eller at nogen af dem kan undværes.

Blandt andet derfor er det væsentligt at skelne klart mellem opsporing og handling, for det er vigtigt ikke automatisk at placere denne opgave samme sted: Dem, der kommer mest ude i hjemmene, har det laveste og mindst sundhedsfagligt orienterede kompetenceniveau. Men som denne læge, der har forsket i uhensigtsmæssige indlæggelser, her forklarer, er det ikke ensbetydende med, at hjemmehjælperne ikke er centrale aktører i forhold til at muliggøre målrettet forebyggelse af indlæggelser:

”Der er virkelig et potentiale for at udnytte, at de, der allerede kommer i hjemmene – de kunne jo med relativt enkle midler blive klædt på til at registrere, at her er noget galt [...] Patientens egenomsorg, deres blomster, deres hygiejne osv. Det handler om at få hjemmehjælperen til at reagere på sådanne ændringer og gå til den rette instans. Altså forebyggelse forstået på den måde, at man fanger folk på et tidligere tidspunkt – jeg tænker *ikke* i livsstilsinterventioner – jeg tænker i at registrere, at her er en person, hvor der sker et eller andet. Og selvom jeg som hjemmehjælper måske ikke er i stand til at registrere, hvad det er, der sker, så kan jeg i hvert fald se, at der er noget, der er anderledes. Det kan være, at appetitten ryger, psykisk sygdom eller depression – som er en stor faktor ved mange kroniske sygdomme. De personer, der kommer i de hjem,

vil helt sikkert registrere forandringerne, hvis man hjælper dem med at sætte det i system. Hjemmehjælpere er jo meget omsorgsfulde, så de vil jo registrere de her ting, selvom de måske ikke ser *betydningen* af dem på samme måde [som en sundhedsfaglig person, red.]” (Forsker i uhensigtsmæssige indlæggelser og afdelingslæge i Sundhedsstyrelsen, J.H. Jensen)

En anden læge peger på, at mere systematik og struktur ikke bare er vigtige i forhold til selve opsporingen, men også i forhold til samarbejdet og de handlinger, som skal følge en evt. opsporing:

”En opbyggende og forebyggende indsats skulle nok være ret firkantet og simpelthen tage udgangspunkt i flowskemaer, som beskriver, hvornår og hvordan der skal reageres. For ofte er folk jo nok klar over det [at noget er (ved at gå) galt, red.], men hvem er det egentlig, man skal henvende sig til? Skal man ringe til den praktiserende læge eller skal de snakke med kollegerne i hjemmeplejen? Og hvad med de pårørende? Ansvarsfordelingen er ikke helt klar på dette område, så alle går omkring problemet og ofte er det først, når det er for sent, at der sker noget. Og der er både pårørende og hjemmepleje flinke til at kontakte lægevagt eller egen læge for at få dem indlagt, men så er vi jo også røget derhen, hvor en indlæggelse er nødvendig. [...] Men som det er nu – og det er nok også noget med kulturen i plejen – den er ikke meget for den der firkantede mekaniker-tilgang til det. Det er mere orienteret mod omsorg, hvor man skal kunne orientere sig imod det hele, hvor jeg nogle gange oplever, at så får man ikke orienteret sig i mod noget som helst og ikke drager konklusioner på det, man observerer, andet end at man venligt dokumenterer, at det ikke går så godt.” (Vagtbærende internmedicinsk overlæge, L.S. Teglbjærg)

Der peges i disse uddrag på, at en forebyggende indsats kræver klar ansvarsfordeling og klare handlingsanvisninger. Dette er specielt væsentligt, når der er tale om en medarbejdergruppe i hjemmeplejen, som der for det første er stor personaleudskiftning i, i langt de fleste kommuner, og hvor der er rigtig mange aktører involveret – fx hvis en borger får hjælp flere gange dagligt. Det tværfaglige, tværsektorielle geroteam opsummerer argumentet på følgende vis:

”Vi mener grundlæggende, at det handler om struktureret samarbejde efter fastlagte retningslinjer, som tager udgangspunkt i et tværfagligt helhedssyn omkring den svage ældre. Altså, at når nogle advarslamper – trivsels- eller helbredsmæssigt – lyser, og nogen i det kommunale system får en melding om det, så træder en fastlagt procedure i gang, som udmærket vil kunne koordineres på sygeplejeplan og i hjemmeplejeregion som en slags helhedsorienteret omsorg. De nødvendige aktører er i det kommunale system i forvejen, bortset fra den lægelige del. Der tænker vi på hjemmeplejen bredt forstået, både den praktiske del, demenskoordinatorer, forebyggende hjemmebesøg og de almindelige områdesygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter og eventuelt også socialrådgivere og diætister. I langt de fleste tilfælde vil den lægelige del fint kunne klares af den ældres praktiserende læge – det vil af og til muligvis afføde nogle møder og honorarer, som under alle omstændigheder vil være væsentligt billigere end eventuel behandling i sekundærsektoren.” (GERO-teamet, P. Christensen & T. Sørensen)

Som citaterne illustrerer, var efterlysningen af en mere struktureret og systematiseret samarbejdsindsats på tværs af de nuværende aktører i primærsektoren markant i interviewundersøgelsen.

## Grænsefladen mellem somatiske og socialt betingede indlæggelser

Klinikere har peget på kulturelle forhold relateret til arbejdsidentitet i feltet mellem social- og sundhedssektoren, og på behovet for mere (typisk sundhedsfaglig) systematisk, struktur og klar arbejdsdeling i relation til forebyggelse af de akutte medicinske

indlæggelser. Men de peger også på, at der findes andre vigtige kulturelle aspekter af problemstillingerne omkring de uhensigtsmæssige indlæggelser. Som før nævnt er det ikke muligt at trække en klar og lige linje mellem somatiske og socialt betingede indlæggelser. I en diskussion om netop diagnosen *dehydratio* (dehydrering), som stort set alle klinikerne nævnte i forbindelse med uhensigtsmæssige indlæggelser, gav en af overlægerne følgende udlægning af, hvilke uhensigtsmæssige dynamikker han ser i relation til netop denne diagnose:

"Sådan noget som dehydrering, det bliver jo brugt som en nøgle til at lukke systemer op med. I virkeligheden tror jeg, at mange af de patienter, der indlægges med dehydrering, slet ikke er det. [...] Selvfølgelig får mange ældre mennesker væskemangel, og de drikker generelt for lidt, men det er ikke ensbetydende med, at de er dehydrerede i det omfang man tror, når de kommer ind. Og om en dehydrering overhovedet er en årsag til, at man skal forblive indlagt, det syntes jeg godt, at man kan stille spørgsmålstegn ved. [...] Det bør ikke være en indlæggelsesdiagnose, dehydrering – og det ved hjemmeplejen også. Det er et problem, man kan løse ved at give vedkommende noget at drikke. Så der er nogen andre ting – det er noget man bruger til at lukke systemer op og sørge for, at patienten kan komme på hospitalet, i stedet for at vi i fællesskab siger: 'Hov, det her kunne nok være klaret i patientens eget hjem'. For hvis jeg var i hjemmeplejen, og ved at hospitalet altid giver dem IV [intravenøs, red.] væske i stedet for at prøve at få dem til at drikke, så fastholder vi jo mønsteret: At man skal på hospitalet og have IV, når man er dehydreret." (Ledende internmedicinsk overlæge, T. Gjørup)

Overlægen berører flere aspekter ved dehydrering, som peger på den type af problemstillinger, der eksisterer i forhold til at forebygge akutte medicinske indlæggelser. På den ene side er hospitalet via sin behandlingsform med til at fastholde et mønster, som overlægen mener dybest set er uhensigtsmæssigt. Der opstår om kultur omkring, hvornår og af hvilke årsager en borger bør indlægges, som han ikke mener, er hverken til borgeren eller systemets bedste.

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

Indlæggelse af sociale årsager er ikke længere en officiel mulighed, idet diagnosen formelt set er afskaffet. Det skal dog nævnes, at en gennemgang af samtlige indlagte på en medicinsk akutmodtagelse i oktober 2006 viste, at 5 ud af 129 faktisk havde opført *causa socialis* som indlæggelsesårsag. Andre patienter var indlagte af årsager, der kunne minde om sociale problemstillinger, som fx "faldende almentilstand", der ikke i sig selv er en indlæggelseskrævende diagnose eller "FIH" (fald i hjemmet). Dette illustrerer, at problemstillingen omkring indlæggelse af sociale årsager hverken forsvandt med en officiel

afskaffelse af diagnosen – men også at diagnosen faktisk stadig bruges her mange år efter i forbindelse med akutte medicinske indlæggelser, og at en omdøbning således kun delvist har fundet sted.

En afskaffelse af en diagnose løser ikke et socialt problem. Derfor har *causa socialis* som sagt i varierende omfang fundet andre lokale navne, der fungerer som legitime nøgler, der kan lukke sygehusets døre op. Denne dynamik er væsentlig at være opmærksom på for enhver intervention, som forsøger at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser: Mange somatiske diagnoser kan indeholde store sociale elementer, og det vil som oftest variere lokalt, både mht. omfanget og mht. hvad navnene er lokalt.

Der kan ikke generaliseres ud fra interviewundersøgelsen, hverken hvad angår omfang eller nye lokale navne for de overvejende plejemæssigt og socialt betingede indlæggelser. Det kræver lokale data. Men interviewundersøgelsen kan medvirke til at gøre opmærksom på de dynamikker, der eksisterer på dette område, og i relation til en kommunal indsats over for uhensigtsmæssige indlæggelser er det væsentligt at være meget opmærksom på disse. For ønsker man at nedbringe indlæggelser, hvor fx dehydrering er indlæggelsesdiagnosen, og gør man det med en ensidig somatisk forståelse af problemstillingen, så risikerer man blot at flytte alle de dehydreringer, som reelt var mere eller mindre socialt betingede indlæggelser til andre diagnoser.

## Kortere liggetider og behovet for kommunal fleksibilitet

Flere af klinikerne pegede under interviewene på de problemer, der er knyttet til at sende patienterne frem og tilbage over grænsefladen imellem sektorerne. Et tilbagevendende tema var behovet for, at den kommunale sektor kunne agere langt mere fleksibelt og dermed matche det tempo og den akutfilosofi, som præger udviklingen i sekundærsektoren – et tema som har været gennemgående i flere afsnit i denne rapport. De akutte funktioner på hospitalet er netop karakteriseret ved, at de skal modtage patienterne, når det passer patienterne, og ikke når det passer systemet. Samtidig ligger der mange steder krav om max. 24 timers liggetid uanset indlæggelsestidspunkt. Sådanne rammer præger med tiden kulturen, organisationen og strukturerne i en retning, hvor de mere og mere tilpasses produktionen, så at sige, og ikke omvendt. Interviewpersonerne oplever det på forskellig vis. Følgende illustrerer de områder, hvor det blandt andet kommer til udtryk:

”Jeg ser tit, at der ligger 10-20%, som kunne have været taget hjem, men hvor det ikke har kunnet lade sig gøre pga. telefontider og telefaks inden kl. 12.00 osv., og som gør, at indlæggelsen bliver forlænget. Den kommunale organisation er relativt strømlinet, men den matcher ikke de behov, som vi har [på akutområdet i sekundærsektoren, red.]. Jeg oplever ingen manglende vilje hos de forskellige involverede, men snarere, at man arbejder med nogle systemer, som tiden altså er løbet fra. Fx kan man ikke have telefontider i dag, hvor sms, telefaks og e-mail er opfundet. Det må altså være muligt at sende en konkret varslingsdøgnet rundt.” (Vagtbærende internmedicinsk overlæge, L.S. Teglbjærg)

Overlægen peger på en generel problemstilling, som dukker op i mange sammenhænge, og som også var et tema i litteraturgennemgangen, nemlig en mere fleksibel, hurtigtreagerende og dermed akutpræget kommunal sektor: På akutområdet i sekundærsektoren arbejder man ikke med systemer baseret på, at patienterne skal

meldes på et bestemt tidspunkt for at kunne få skrevet journal, for at kunne blive tilset af en læge, nå at komme på dagens program mv. Udviklingen i denne retning er som tidligere nævnt langtfra tilendebragt rundt om i landet, og der findes stadig masser af interne flaskehalse omkring sekundærsektorens akutområder, der fx er helt afhængige af en akutfilosofi i de parakliniske specialer for at kunne foretage udredning på de krævede 24 timer.

Den kommunale sektor er en del af akutområdet kontekst, og set fra sekundærsektorens akutmedicinske perspektiv kommer den til at fungere som flaskehals, fordi der her stadig er bestemte telefontider – trods mange år med døgnpleje – og deadlines for, hvornår hjemsendelser skal meldes for at kunne effektueres samme dag mv. Denne type system passede bedre til et sundhedsvæsen, hvor en indlæggelse var et længerevarende projekt, og hvor man ikke var så fokuseret på, om indlæggelsen var en dag kortere eller længere. Dette er blot ikke længere virkeligheden på det medicinske område i dag, hvor akutte medicinske afdelinger er opstået i grænsefladen mellem kommunerne og de stationære afdelinger. Derfor oplever informanterne, at de to sektors reaktionshastigheder ikke matcher. Det drejer sig om alt fra tilgængelighed, typer af kommunikationsformer til fleksibilitet:

”Problemet har hidtil været, at hjemmeplejen aflyser hele deres beredskab omkring de patienter, der er kommet ind på sygehuset, hvorefter det tager enormt lang tid at få det genopbygget igen. Jeg ved ikke om det fortsat er sådan, men det var altså en væsentlig forklaring på ventedagene i undersøgelsen dengang” (Jensen 1995). (Forsker i uhensigtsmæssige indlæggelser og afdelingslæge i Sundhedsstyrelsen, J.H. Jensen)

”En forudsætning for, at vi kan udvikle os yderligere og koncentrere os om den højt specialiserede tværfaglige behandling på sygehusene, det vil også være at hjemmeplejen kan opstille relevante alternativer i eget hjem [...] Hjemmeplejen skal være klar til at modtage, når patienten er udredt. Fx en ældre patient, hvor vi har fundet ud af, at vedkommende har blærebetændelse og måske også lidt feber, og som har brug for lidt mere væske. Der skal hjemmeplejen kunne gå ind og levere den ekstra pleje og omsorg, der gør, at man kan følge udviklingen [...] Målet skal *ikke* være, at patienten alene skal klares i primærsektoren. Målet er, at patienten med det samme kan komme *tilbage* til primærsektoren. Det handler om at lave en organisation på hospitalerne, der gør, at patienterne kan komme ind til en øjeblikkelig vurdering, hvorefter de kommer hjem igen. Deri mener jeg, at der ligger en betydelig kvalitet.” (Ledende internmedicinsk overlæge, T. Gjørup)

Informanterne fra sekundærsektoren, som arbejder i eller tæt på det akutte område, efterlyser en større fleksibilitet og tilgængelighed af de kommunale ydelser for at gøre det muligt for det *samlede* sundhedsvæsen at agere meget hurtigere i relation til sygdom. Det være sig både i relation til at opspore og forebygge, som i relation til hurtig udredning og behandling. Dette temposkift, som længe har været undervejs i sekundærsektoren, efterlyser informanter såvel som en del af litteraturstudiets undersøgelser, at den kommunale sektor kan matche. Der efterlyses kort og godt mere akuttænkning i kommunerne.

Konsekvenserne af en sådan tænking er vidtrækkende. Et konkret eksempel kan illustrere det: Et hospital og kommunerne i dets optageområde er gået i dialog omkring kommunens telefontider og tilbyder at udvide dem fra 10-12 til 10-14. Det kan ses som et skridt i den rigtige retning. Men ud fra en akuttankegang, så handler sådan en dialog ikke om hvorvidt telefontiden skal udvides med to timer. Den handler om, hvorfor der

overhovedet skal være tale om bestemte telefontider i en kommunal sundhedssektor, der har ansvaret for pleje i hjemmet i døgn drift? Behovet for denne pleje i hjemmet – og alle de andre foranstaltninger der skal til for en borger, der ikke længere er akut udrednings- eller behandlingskrævende – kan opstå akkurat lige så akut, som behovet for den akutte udredning og behandling.

## Fra causa socialis til konvertering fra indlæggelse til ambulante aktiviteter

I den periode, som undersøgelserne i litteraturstudiet dækker over, er der gennemført et omfattende arbejde med at udbygge, udvikle og reorientere den kommunale ældresektor og hjemmeplejens beredskab i retning af et døgnberedskab. Arbejdet med at mindske antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser har i en lang periode været fokuseret på en oprustning og videreudvikling af sundheds- og omsorgsrelaterede tilbud, der ligger uden for hospitalsregi. I løbet af 1980'erne og 1990'erne har alle kommuner således fået døgnpleje, og mange kommuner har oprettet forskellige former for akutstuer, aflastningspladser og akutteams, der kan optræde som kommunale alternativer til hospitalsindlæggelser (Boll Hansen et al. 2004; Felbo og Søland 1996).

Samtidig betød afskaffelsen af causa socialis-diagnosen, at de socialt betingede indlæggelser nu ikke længere er så lette at finde i statistikkerne og dermed heller ikke så oplagte at lave opgørelser og undersøgelser af. Desuden skete der det, at sygehusvæsenet i 1990'erne kom til at opleve et mere og mere massivt pres for effektivisering og omstrukturering.

Disse ændringer har sat sig spor i debatten såvel som undersøgelserne omkring uhensigtsmæssige indlæggelser, og der sker en drejning af fokus. Selvom problemstillingerne og patienterne i høj grad er de samme som tidligere, rettes undersøgelsesfokus nu ikke så markant på socialt betingede indlæggelser, men i højere grad mod hvad der i hospitalsregi kan gøres for hurtigt at opspore de uhensigtsmæssigt indlagte patienter, hvordan håndteringen af disse kan forbedres, når de ankommer til hospitalet, og hvordan patientforløbet internt på hospitalet kan effektiviseres, således at der undgås spildtid. En del af denne drejning betyder et øget fokus på *konvertering* af akutte medicinske indlæggelser til (sub)akut ambulante udredning, som kan ske uden en egentlig indlæggelse.

Dette skift i fokus er en del af den generelle udvikling inden for det akutmedicinske område, som er beskrevet tidligere. Interviewundersøgelsen viser tydeligt, at konverteringstemaet optager alle de lægelige klinikere, og at konverteringsbølgen langt fra er overstået. Man har nu fået effektiviseret det akutmedicinske område så meget og forkortet liggetiderne så meget, at omfanget af potentialet for konvertering fra stationær til ambulante aktiviteter på dette område netop nu bliver tydeligt. Kort sagt: Hvis udredning og diagnostik i gennemsnit tager flere dage, er det ikke åbenlyst, at en konvertering til ambulante aktiviteter er hverken et realistisk, et muligt eller et godt alternativ. Men når liggetiden på akutmedicinske afdelinger efterhånden er nede i nærheden af daghospitalernes, så er det ikke svært at se, at en yderligere konvertering kunne være mulig såvel som hensigtsmæssig. Men hvori består fordelene ved konverteringen? En overlæge udlægger det således:



”Den styrke, der er i at konvertere en akut til en subakut indlæggelse, er helt evident.[...] For det første fordi patienten er forberedt på, hvad der skal ske. For det andet er den, der skal modtage patienten, forberedt på, at der kommer en patient med de og de problemer, så der allerede kan ligge et udkast til en behandlingsplan, når patienten kommer. For det tredje kan patienten blive i sine vante omgivelser, så man undgår alle de risici, der følger med en institutionalisering”. (Ledende geriatrisk overlæge, F. Rønholt Hansen)

En anden medicinsk overlæge bekræfter, at hans afdeling arbejder på den samme konverteringsstrategi:

”Her på afdelingen har vi gjort en del for at konvertere de akutte indlæggelser til ambulante behandling, og det er mit indtryk, at det er en pæn procentdel, der kan håndteres subakut – forudsat at muligheden eksisterer.” (Vagtbærende internmedicinsk overlæge, L.S. Teglbjærg)

Han påpeger, at allerede i dag bliver 10-15% af de patienter, der meldes til akut indlæggelse, omvisiteret til ambulante alternativer af visitatoren<sup>23</sup>.

Det er centralt at gøre sig klart, at konverteringsdiskussionen i denne sammenhæng ikke handler om at fjerne eller nedbringe akutberedskaber i sekundærsektoren, men udelukkende om konvertering:

”De patienter, vagtlægen peger på, dem skal vi hjælpe her og nu – de skal bare ikke lægges i en hospitalsseng. De skal komme ind og blive undersøgt, men de skal være udredt i løbet af nogle få timer, uden at man kommer i en seng. [...] Der skal være en speciallæge til stede, og det skal være muligt at få lavet undersøgelser, blodprøver og scanninger osv., som [hvis de indlægges, red.] normalt først kan laves næste dag eller først efter, at patienten er udskrevet. Hvis vi kan få lavet det med det samme, kan vi også afslutte patienten uden at indlægge. De akutte funktioner på et hospital skal være der, de skal bare ikke føre til indlæggelse. Og jeg tror, at vi kan komme langt længere ned, end vi er i dag. Det er mit personlige gæt, at for halvdelen af de patienter, vi har liggende i dag, der kunne vi gøre noget andet.” (Ledende internmedicinsk overlæge, T. Gjørup)

Men ud over at indlæggelse af kliniske årsager efter overlægernes mening i mange tilfælde burde omlægges til ambulante udredning, så peges der også på andre problemer i relation til indlæggelse, som ligger i direkte forlængelse af den tidligere diskussion af de forskellige syn på opgaver og snitflader i primær- og i sekundærsektoren:

[Indlæggelse i de tilfælde, hvor man kunne have klaret det ambulante, red.], ”det er med til at fastholde en forkert sygdoms- og hospitalsopfattelse i kommunernes system og hos patienterne [...] Det er langtfra altid, at indlæggelse er det mest hensigtsmæssige. Både fordi det giver patienterne en forkert selvforståelse i forhold til sygdom, som slet ikke bliver opfyldt ved indlæggelsen, og fordi denne forståelse smitter af på det kommunale system, der er omkring dem: Det drejer sig om hele forståelsen af, at når man kommer på hospitalet, så er det langvarigt, og så skal der ske en masse ting. Derudover giver det en masse tunge papirgange og trækker på en masse personaleressourcer, som der dybest set måske ikke er behov for at trække på.” (Ledende internmedicinsk overlæge, T. Gjørup)

En væsentlig del af de udfordringer, som den akutte drejning inden for internmedicinen i sekundærsektoren skaber i praksis, er således ikke bare af organisatorisk og faglig karakter, men også i høj grad af kulturel karakter, idet der til fænomenet indlæggelse knytter sig en lang række forestillinger og forventninger i det kommunale system såvel som

---

<sup>23</sup> Visitator er i denne sammenhæng en leder af det vagthold, som modtager akutte medicinske patienter. Visitator er en læge på bagvagtsniveau, dvs. enten speciallæge eller næsten speciallæge. Visitator har, som navnet antyder, retten til at visitere meldte patienter til det, hun mener, måtte være det rigtige tilbud til patienterne.

hos mange patienter. Når indlæggelser bliver så kortvarige, som det er tilfældet for de mange, der udskrives direkte fra en akutmodtagelse, så er der større risiko for misforståelser og skuffede forventninger, end hvis patienten sættes til (sub)akut ambulantly udredning. Her er forventningerne nogle andre.

Som det tidligere er blevet påpeget, er udviklingen i retning af mere effektiv udnyttelse af sengedagene og dermed kortere indlæggelser drevet af delvist sammenfaldne interesser set ud fra et klinisk, såvel som et økonomisk perspektiv. Men den fortsættelse af denne udvikling, som konverteringen fra stationær til ambulantly behandling udgør, er ikke karakteriseret ved samme grad af sammenfald, og det bliver nødvendigt at skelne mellem forskellige kasseøkonomiske betragtninger. Begrundelserne for konverteringen er således udelukkende kliniske, idet en konvertering er en "udgift" for afdelingerne – om end der anvendes færre ressourcer set i et samfundsperspektiv. Overordnet set er ambulantly udredning billigere end stationær, idet sengelejts pris – alt andet lige – udgør forskellen mellem de to udredningsformer. Men den DRG-takst, som den enkelte afdeling får for at foretage en given udredning (eller behandling), nedsættes væsentligt, når man går fra stationær til ambulantly aktivitet<sup>24</sup>.

Det øgede fokus på konvertering af de nu efterhånden meget korte og intensive udredningsforløb til ambulantly aktivitet, betyder ikke, at der ikke længere er fokus på udbygningen af de kommunale tilbud eller på indlæggelser af sociale årsager. Der er snarere tale om, at udviklingen af alternative behandlings- og udredningsformer udgør et nødvendigt supplement.

Det væsentlige for kommunerne er, at den udvikling, som de har oplevet konsekvenserne af de senere år præget af markante fald i liggetiden for ældre medicinske patienter, den stopper ikke, når liggetiderne kommer tilstrækkeligt langt ned. Den fortsætter med det, man kunne kalde en fase 2, hvor indlæggelserne i stedet konverteres til øget (sub)akut ambulantly aktivitet. Denne konvertering vil stille endnu større krav til den kommunale hjemmeplejes evne til at agere hurtigt og effektivt – på alle tidspunkter af døgnet, som illustreret her:

"Hvis den vagtlæge, der står med en patient kl. otte om aftenen, kan være 100% sikker på, at patienten vil blive modtaget næste dag i et ambulatorium eller et daghospital kl. otte, så tror jeg helt sikkert, det vil reducere antallet af akutte indlæggelser. En anden mulighed er, at man med det samme kan få undersøgt, om patienten fx har en lungebetændelse, at man med det samme kan få patienten ind, og vedkommende kan blive udredt inden for et par timer, hvorefter hjemmeplejen er klar til at modtage patienten til videre pleje og behandling." (Ledende internmedicinsk overlæge, T.Gjørup)

Som rapporten har vist, er der overordnet set sket en markant ændring i sekundærsektorens måde at håndtere de patientgrupper som er i fokus i dette projekt, og der er udsigt til, at omlægningerne vil fortsætte. Det billede, som litteratur såvel som interview tegner, peger imidlertid på, at ændringerne generelt set ikke er sket i et koordineret samarbejde med primærsektoren, specielt den kommunale sektor. Som der blev peget på tidligere, har dette ført til en situation, hvor de to sektorer har forskellige opfattelser af deres respektive opgaver. Men hvis en fortsat optimering af indsatsen over

---

<sup>24</sup> Inden for kirurgien har man forsøgt at løse dette incitamentproblem ved at indføre såkaldte gråzonetakster, hvor der gives samme takst for et indgreb – uanset om det foretages ambulantly eller stationært – hvilket gør en evt. omlægning neutral i DRG-sammenhæng.

for de patienter/borgere, som er i fokus her, skal lykkes, er et langt tættere og mere koordineret samarbejde mellem sektorerne en forudsætning. Dette gælder både mht. informationsudvekslinger og mht. fleksibilitet og hurtighed. Sat på spidsen: Det nytter ikke noget at optimere forløb og konvertere dem til ambulans udredning, hvis patienterne alligevel ikke kan hjemsendes med *a/* nødvendig information og modtages kvalificeret i primærsektoren lige så hurtigt, som de afsluttes i sekundærsektoren. Så forøger man blot den samlede ventetid i systemet, men optimerer reelt set ikke de samlede tværsektorielle forløb.

## Opsamling

Samlet set har interviewstudiet peget på mange af de samme overordnede temaer som undersøgelse i litteraturstudiet, men klinikerne er gået mere i detaljen med mange aspekter i relation til området. Gennemgående temaer har været en skelnen mellem to forskellige elementer i relation til forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser: Opsporing og handling. I relation til begge dele var det vurderingen, at der var behov for mere struktur, systematik og arbejdsdeling. Således blev der peget på væsentligheden af at inkludere den store gruppe af hjemmehjælpere, som kommunerne allerede i dag har ude hos mange af de borgere som har størst risiko for akut medicinske indlæggelse. Men der blev også peget på, at hvis en sådan indsats skulle lykkes, så var der også mange mere kulturelle forhold, som skulle ændres, og det er en stor udfordring af få introduceret en mere sundhedsfaglig og klinisk tænkende og arbejdende kultur i de store kommunale driftsorganisationer. Men samtidig med en bred erkendelse af de mange årsager til, at denne omstilling er en stor og krævende opgave for kommunerne, var klinikerne enige om, at det er denne omstilling af hele hjemmeplejen, der skal til, hvis det skal lykkes at nedbringe antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser.

Et andet gennemgående tema var – som i litteraturstudiet – en efterlysning af mere akuttænkning og fleksibilitet i den kommunale sektor for at kunne følge med og matche den omstilling til akutmedicin, der er sket i sekundærsektoren, og som alt i alt betyder en bedre overordnet udnyttelse af ressourcer såvel som bedre udredning og behandling, efter klinikernes vurdering.

## Forkerte, forebyggelige og forlængede indlæggelser

Som litteratur såvel som interviewundersøgelse har vist, dækker det brede begreb, ”uhensigtsmæssige indlæggelser”, over en række forskellige – om end ofte relaterede – problemstillinger, hvis løsninger ikke nødvendigvis er de samme. Derfor er det vigtigt at skelne mere præcist mellem typer af uhensigtsmæssige indlæggelser. Overordnet drejer det sig blandt andet om indlæggelser,

- der kunne have været forebygget, hvis problemstillingen havde været afdækket tidligere, og der havde været handlet virkningsfuldt.
- der er nødvendige, fordi der ikke er oprettet kommunale eller amtslige alternativer til indlæggelse.

- der sker som følge af, at henviser ikke er opmærksom på, at der findes relevante alternativer uden for hospitalsregi, eller hvis de eksisterende tilbud er fuldt belagte.
- der sker som følge af usikkerhed hos plejepersonalet (fx ved terminal pleje) eller som følge af hensynet til pårørende, eller fordi indlæggende læge er usikker på, om patienten kan håndteres forsvarligt i primærsektoren.
- der bliver for lange – enten som følge af intern ventetid på hospitalet, eller pga. ventetid på kommunale tilbud/plejehjem.
- som med fordel for patient såvel som for sundhedsvæsen kunne have været konverteret fra en akut medicinsk indlæggelse til en (sub)akut ambulant udredning.

Da dette projekts formål er at belyse det kommunale potentiale for at lave en virkningsfuld indsats på området, ses der bort fra den sidste type uhensigtsmæssige indlæggelser, der omhandler de fordele, som kan opnås i sundhedsvæsenet ved at konvertere akutte indlæggelser til mindre akutte ambulante tilbud. Det er først og fremmest en udfordring for det regionale sundhedsvæsen i form af hospitalssektoren i samarbejde med almen praksis og praktiserende speciallæger.

Denne rapport fokuserer på, hvad der kan gøres i relation til uhensigtsmæssige indlæggelser i kommunalt regi, og på baggrund af litteratur og interviewstudie defineres tre typer af uhensigtsmæssige indlæggelser: Forebyggelige, forkerte og forlængede. Disse defineres kort, hvorefter de diskuteres efter tur:

**Forkerte indlæggelser:** Indlæggelser betinget af ikke-somatiske – men i stedet forskellige sociale og/eller plejemæssige – årsager. Her er tale om borgere uden et medicinsk begrundet behov for udredning eller behandling.

**Forebyggelige indlæggelser:** Indlæggelser, som det med den nuværende kommunale sektor og med vores nuværende viden om uhensigtsmæssige indlæggelser og forebyggelse, må anses for mest sandsynligt at forebygge i kommunalt regi.

**Forlængede indlæggelser:** Indlæggelser, som i en kortere eller længere periode bliver "forkerte", fordi de ikke længere er somatisk begrundede, og borgeren er klar til udskrivelse, men kan ikke udskrives. Der er to forskellige typer:

- De patienter, som i længere tid venter, som oftest på en type kommunal plads på fx plejehjem, fordi de efter indlæggelsen ikke længere kan klare sig i eget hjem.
- De patienter, som venter ét eller ganske få døgn ekstra, fordi det ikke i praksis er muligt for hospitalet at udskrive, idet kommunen ikke har mulighed for at modtage på forsvarlig vis.

## Type 1: Forkerte indlæggelser

Som litteraturen og interview viste, findes der stadig en del akutte, medicinske indlæggelser, hvor indlagte *ikke* er udrednings- eller behandlingskrævende, men hvor borgere indlægges af andre grunde. Litteratur såvel som interview pegede imidlertid på, at denne gruppe allerede er faldende – generelt set. Dette betyder imidlertid ikke, at alle problemer omkring socialt betingede indlæggelser hermed er løst alle steder i landet.

Da indlæggelser af ikke-somatiske, altså sociale, årsager er behandlet i litteratur- såvel som interviewstudiet, nøjes vi derfor her med at pege på en type forkerte indlæggelser, som ikke har været så tydelig i de øvrige data, nemlig de 'raske' medindlagte. Følgende eksempel illustrerer flere aspekter af denne problemstilling:

En 72-årig kvinde indlægges akut med en apopleksi. Med på akutmodtagelsen følger hendes 48-årige multihandicappede hjemmeboende søn og hendes alkoholdemente mand. Hun har passet dem begge uden nogen form for hjælp fra kommunen efter eget ønske. Men da kvinden indlægges, kan hverken sønnen eller manden klare sig alene i hjemmet. En sygeplejerske på akutmodtagelsen ringer til kommunens aflastningspladser med henblik på overførsel af de to ikke indlæggelseskrævende og får oplyst, at de desværre ikke kan tage de to ekstra indlagte, da der ikke er tomme pladser. Hospitalets akutmodtagelse er overbelagt – der er således absolut heller ingen tomme pladser her. Men akutmodtagelsen står åben, og når kommunen ikke har tomme pladser, så bliver resultatet endnu mere overbelægning på hospitalets akutmodtagelse.<sup>25</sup>

En delgruppe af de forkerte indlæggelser skyldes 'raske' pårørende. De er raske i den forstand, at de ikke har nogen akut sygdom, der gør dem indlæggelseskrævende. Men de er ikke så raske, at de kan klare sig selv i hjemmet, når, som i dette tilfælde, hjemmets ressourceperson pludselig bliver indlæggelseskrævende. De befinder sig i den gråzone som tidligere er beskrevet mellem begreberne 'rask' og 'indlæggelseskrævende': Ingen af de to i eksemplet kan klare sig selv i hjemmet uden massiv hjælp, ingen af dem kan betegnes som 100% raske og selvhjulpne, men de har ikke behov for udredning eller behandling.

Aflastningspladser og andre foranstaltninger (fx fast vagt eller akutteam) eksisterer i nogle kommuner og kan hjælpe med at forebygge, at sådanne tilfælde fører til forkerte indlæggelser. Men disse kan både være belagte (som i eksemplet), indlæggende læge kan være uvidende om, at de eksisterer som muligt alternativ, eller også eksisterer der muligvis ingen former for alternativer til indlæggelse i kommunen.

Problemstillingen omkring de raske medindlagte bunder grundlæggende set i, at den kommunale sektor endnu ikke har en så klar akutforpligtelse over for borgere med akutte plejebehov, som sekundærsektoren har<sup>26</sup>. En akut hospitalsmodtagelse kan ikke lukke dørene, så at sige, med henvisning til, at der ikke er ledige pladser<sup>27</sup>.

## Type 2: Forebyggelige indlæggelser

Forebyggelsesdebatten er højaktuel i Danmark, ikke mindst grundet Strukturreformens udlægning af opgaven til kommunerne. Flere typer af begreber og klassifikationer anvendes, og for at undgå uhensigtsmæssige sammenblandinger og uklarheder redegøres her kort for de mest gængse begreber og deres relation til diskussionen af forebyggelige indlæggelser i nærværende rapport.

---

<sup>25</sup> Eksemplet stammer fra en dansk kommune i 2005.

<sup>26</sup> Dette forklarer også, hvorfor en af anbefalingerne fra undersøgelse nr. 9 i litteraturgennemgangen – Silkeborg Centralsygehus 1994-95 – netop var, at det sociale system fik samme akutte forpligtelse som hospitalerne.

<sup>27</sup> Det er selvfølgelig sket i ekstremt pressede situationer, at en akutmodtagelse er blevet lukket for tilgang – men det sker altid med aftale om, at akut syge i en periode (på timer, ikke dage) køres til en anden akutmodtagelse.

En ofte brugt differentiering af forebyggelse er primær, sekundær og tertiær forebyggelse (Jacobsen 1999):

Primær forebyggelse: Rettet mod *raske* uden øget risiko med det formål at forhindre, at sygdom overhovedet opstår, og at sundheden bevares. *Sundhedsfremme* er en del af den primære forebyggelse.

Sekundær forebyggelse: Rettet mod *raske* med *øget risiko* for sygdom med det formål at forhindre (fortsat) udvikling af sygdom. Indsatsen består i at opspore og reagere på symptomer og sygdomme i tidlige stadier hos personer, som er i øget risiko for at blive syge.

Tertiær forebyggelse: Rettet mod *syge* med det formål at mindske sygdommens omfang. Indsatsen består i at forhindre tilbagefald og forværring af sygdom samt forhindre kroniske tilstande og funktionsnedsættelse som følge af sygdom. Den tertiære forebyggelse kan i praksis være endog meget svær at skelne fra (god) behandling, rehabilitering og/eller revalidering.

Den nye sundhedslov opererer dog med begreberne patientrettet og borgerrettet forebyggelse. Førstnævnte er i vidt omfang sammenfaldende med tertiær forebyggelse, mens den borgerrettede i højere grad er sammenfaldende med den primære og den sekundære forebyggelse.

I debatten om forebyggelse fremføres til tider en antagelse om, at forebyggelse generelt set ikke kan betale sig på kort sigt, men kun på langt sigt.

Ser vi på primærforebyggelse, så er det uden tvivl delvis rigtigt: De, der er rimeligt sunde og raske, står givetvis ikke til at belaste sundhedsbudgetterne voldsomt inden for en kort tidshorisont – men hvis de ikke forbliver sunde og raske, grundet usunde levevaner, så kan det komme til at koste kvalitetsleveår, kroner og øre – men dog først på noget længere sigt.

Tidshorisonten er muligvis noget kortere og risikoprofilen noget højere blandt den gruppe, som allerede nu har risikofaktorer, og som den sekundære forebyggelse har som målgruppe. Risikofaktorer kan selvfølgelig være mange ting, men i praksis fokuseres der i debatten ofte på de mere livsstilsrelaterede KRAM-faktorer (kost, rygning, alkohol og motion). Den type faktorer, som klinikerne i interviewundersøgelsen pegede på i relation til opsporing, forbindes normalt ikke med den sekundære forebyggelsesindsats.

Med hensyn til tidshorisont forholder det sig muligvis noget anderledes for de allerede syge, som den tertiære forebyggelse er rettet mod. Mange med forskellige former for kronisk sygdom har en stærkt nedsat livskvalitet og et tilsvarende højt forbrug af sundhedsydelse i begge sektorer. Der er dog initiativer i gang på nationalt såvel som regionalt plan til at sætte et langt større og muligvis også mere målrettet fokus på disse grupper af kronikere, og hvad der egentlig skal til for at sikre dem så høj en livskvalitet som muligt, og et så lavt forbrug af sundhedsydelse som muligt.

Denne inddeling af forebyggelse i primær, sekundær og tertiær er på mange måder hensigtsmæssig for at kunne fokusere debatten om forebyggelse. På samme måde har de relaterede begreber patientrettet og borgerrettet forebyggelse, været hensigtsmæssige, for at foretage en administrativ opgavedeling i relation til sundhedsloven.

Men en yderligere præcisering er nødvendig i relation til dette projekt. De nævnte typologier gør det nemlig ikke så let at få øje på den gruppe af borgere/patienter, der ikke umiddelbart passer ind i denne klassifikation, men som litteratur og interviewstudie peger på er netop dén gruppe af borgere, som kommunerne har de bedste muligheder for at forebygge indlæggelser hos.

### *Uden for nummer: De ofte ikke-specialiserede og ikke-kroniske indlæggelser*

Som gennemgangen af litteratur samt interview har vist, peges der ofte på borgere, der indlægges med *ikke specialiserede*<sup>28</sup>, *ikke kroniske diagnoser*, ofte relateret til forskellige former for mangeltilstande, faldende funktionsniveau og dårlig ernæringstilstand.

Der er inden for denne gruppe primært tale om *ældre borgere*, som ofte er karakteriseret ved, at kommunerne allerede kommer i mange af hjemmene (de har ofte hjemmehjælp – mange af dem dagligt eller oftere, muligvis også hjemmesygepleje, mange af dem modtager forebyggende hjemmebesøg).

Disse tilstande leder ofte til akutte, medicinske indlæggelser. Men de er karakteriseret ved, at borgerne i udgangspunktet ikke nødvendigvis er kronisk syge. Informanterne pegede på, at mange af disse borgere har en eller flere kroniske baggrundssygdomme, men at det ikke er den primære og direkte årsag til de u hensigtsmæssige indlæggelser. Men på den anden side er borgerne ofte svage og mere udsatte. Og det faktum, at så mange har hjælp i hjemmet, indikerer, at de ikke er i stand til at klare alting selv længere.

For der tredje er der tale om indlæggelsesårsager, hvis forebyggelse kræver løbende og systematisk observation samt hurtig og adækvat handling. Og med hurtig menes uger – ikke måneder. Flere af de interviewede klinikere peger på intervallet 2-4 uger op til indlæggelsen, som værende det tidsrum, hvor der kunne have været grebet forebyggende ind.

Det er netop denne gruppe af borgere, der indlægges med ikke-kroniske og ofte ikke-specialiserede indlæggelsesdiagnoser, der blandt andet er karakteriseret ved at være relateret til væskeindtag og ernæringstilstand samt andre mere basale kliniske indikatorer, og som kræver løbende årvågenhed og hurtig indgriben, som der peges på, at kommunerne har det største potentiale for at sætte ind overfor. Dette både set i lyset af disse indlæggelses omfang, men også i lyset af den organisation, kommunerne rent faktisk allerede har opbygget, og som – trods kulturelle, samarbejds mæssige og faglige barrierer – kan udnyttes bedre og mere målrettet i arbejdet med at forebygge indlæggelser. Derfor er det denne gruppe, som får overskriften 'de forebyggelige'.

Der er således ikke tale om de mange indlæggelser som direkte følge af kronisk sygdom – specielt KOL og hjertesygdomme, som står for en meget stor andel af de akutte

---

<sup>28</sup> Denne påpejning af, at diagnoserne er "ikke-specialiserede", må tages med et vist forbehold. For at forstå, hvorfor det har været svært at sætte fokus på disse grupper og løse problemerne, er det væsentligt at forstå, at sekundærsektoren opererer med specialespecifikke og ikke-specialespecifikke diagnoser (fx kaldet "gråzonedagnoser" eller "sekvenslistediagnoser"). De er almindelige internmedicinske tilstande, der ikke er specialespecifikke for hverken lungemedicinerne, endokrinologerne eller kardiologerne. Men nogle af disse patienter vil være specialespecifikke for geriatrien – dog langt fra alle. Derfor må betegnelsen "ikke-specialiserede" tages med et vist forbehold.

medicinske indlæggelser (se evt. litteraturstudiet, nr. 12). Forskningen viser, at en del af disse indlæggelser givetvis også i et vist omfang kan forebygges, og der arbejdes mange steder på at forbedre indsatsen over for disse grupper og udvikle effektive metoder til at forbedre livskvaliteten og forebygge indlæggelser blandt disse grupper.<sup>29</sup> Men når denne rapport fokuserer på en anden gruppe af forebyggelige indlæggelser, skyldes det, at en effektiv indsats inden for de mere specialiserede indlæggelser grundet kroniske lidelser kræver mere specialiserede sundhedsfaglige kompetencer i relation til de enkelte sygdomme og til kroniske sygdomme generelt end de nævnte ikke-specialiserede diagnoser.

Observation og hurtig handling på baggrund af basale kliniske indikatorer og ændringer i hverdagssituationer, herunder fx væske og ernæring, er langt fra nok til at forebygge de mange indlæggelser af kronikere, der sker som direkte følge af deres kroniske sygdomme – og ikke som følge af andre typer af årsager.

Denne rapport har derfor valgt at fokusere på potentialet for at udnytte den allerede eksisterende kommunale hjemmepleje, med det allerede eksisterende uddannelsesniveau, og derfor fokuseres der på de basale ikke-kroniske, ikke-specialiserede diagnoser.

### *Fra substitution til forebyggelse*

Det er væsentligt at understrege, at de tilstande og diagnoser, der her betegnes som værende forebyggelige, er indlæggelseskrævende, når de først er opstået og er blevet kritiske<sup>30</sup>. Der er således i udgangspunktet tale om relevante indlæggelser, når først sygdommen eller mangeltilstanden har udviklet sig eller skaden (faldet) er sket.

Udfordringen består derfor ikke i at opbygge behandlingsmæssige alternativer for disse grupper i kommunalt regi. Det anbefales således ikke at lave substitution og søge alternative måder at håndtere disse patienter på i en kommunal primærsektor for maks. 4.000 kr. pr. indlæggelseskrævende borger, hvilket netop var det, de økonomiske skeptikere tvivlede på det rentable i, og som de kliniske skeptikere tvivlede på det kvalitetsmæssigt forsvarlige i, i rapportens indledende afsnit.

Udfordringen består i at forebygge den udvikling i ugerne op til indlæggelsen, som gjorde den nødvendig – og at gøre det på en så omkostningseffektiv måde, som muligt. Denne tilgang illustreres her af en ledende geriatrisk overlæge, der som mange andre klinikere, har været skeptisk over for kommunale sengepladser:

”... nogen steder har akutstuer drejet sig om, at der skulle være sygeplejersker og lægedækning fra praktiserende læger, og så skulle man kunne tage blodprøver og alt muligt, men det er slet ikke det der er behov for. Der er behov for en akut aflastningsplads, hvor der kan ydes omsorg og tryghed, således at den person, der er tale om, ikke kommer ud i et delirium. Når gamle mennesker holder op med at drikke væske, er der jo en grund til det. Det er ikke normalt. Og så skal man finde ud af årsagen: Er det depression, eller hvad er det? Men hvis løbet er kørt derhen, hvor det hedder optræk til en akut indlæggelse, så er det ikke længere en primærkommunal opgave. Det *kunne* være en primærkommunal opgave, hvis man to uger forinden

<sup>29</sup> Se fx (Zwisler et al. 2006), (Thune Jacobsen et al. 2002) eller Østerbro Sundhedscenter på: <http://www.sundhedscenteroesterbro.kk.dk>.

<sup>30</sup> Se evt. (Rasmussen et al. 2003) for undersøgelse af muligheden af at substituere akutte indlæggelser med indlæggelser på sundhedscentre – konklusionen er, at potentialet for denne type substitution er lille.



havde sagt: 'Hvorfor drikker denne her person ikke nok? Vi skal da have et geriatrisk team til at komme ud og vurdere personen.' Det er målet." (Ledende geriatrisk overlæge, F. Rønholt Hansen).

Den konverteringsdiskussion, som strukturreformens skeptikere gav udtryk for i de indledende kapitler, og som omhandlede muligheden for *substitution* af akutte indlæggelser med kommunale tilbud, falder således ikke ind under forebyggelige indlæggelser, idet intet tyder på, at dette er en hensigtsmæssig strategi for de somatisk betingede indlæggelser.

### Type 3: Forlængede indlæggelser

Forlængede indlæggelser fordeler sig i to grupper. På den ene side har der eksisteret en problemstilling i relation til specielt færdigbehandlede ældre, som lå i en hospitalsseng og ventede på en plejehjemsplads. Disse ventede ofte i længere tid – uger eller måneder. I 1993 blev der åbnet mulighed for, at amterne kunne kræve betaling pr. forlænget indlæggelsesdag, og med strukturreformen er denne mulighed gjort obligatorisk i form af en faste plejetakst for færdigbehandlede patienter, der venter på udskrivelse (1.522 kr./dg).

Imidlertid findes en anden gruppe af forlængede indlæggelser, som skyldes helt andre forhold. Som nævnt har de medicinske akutmodtagelser effektiviseret udredningsprocessen så meget, at nogen udskrives over 50% efter en indlæggelse på under et døgn.

Dagens gang i en akutmodtagelse er, at patienter, der ankommer om morgenen/formiddagen, kan få skrevet journal, nå at få foretaget de relevante prøver, og for manges vedkommende afkræftet de observationsdiagnoser, de blev indlagt med, eller få iværksat en medicinsk behandling, som kan fuldføres i hjemmet, og efter en speciallæge gennemgang midt eller sidst på eftermiddagen er de klar til udskrivning.

Akutte medicinske afdelinger udskrives således mange patienter i de sene eftermiddagstimer. Men som interviewanalysen bl.a. har illustreret, er det ikke altid lige let at få patienterne tilbage til kommunernes hjemmepleje, som ikke er indrettet på, at "myldretiden" netop ligger i disse sene eftermiddagstimer, hvor en stor del af de udskrevne skal modtages. Der er oftest mest bemanding i formiddagstimerne, hvor der er åbent for telefonisk kontakt, mens der sjældent er andet end et faxnummer åbent efter kl. 15. Men eftermiddagsudskrivningerne betyder, at der muligvis skal sørges for mad, ekstra hjælp og pleje (muligvis kun for en kortere periode) og måske også hjælp til ny medicinering. Og det skal alt sammen kunne sættes i værk inden for ganske få timer. Det kræver m.a.o., at kommunen kan handle hurtigt – eller akut. Kan dette ikke lade sig gøre, har sygehuset ofte ikke andet valg end at beholde patienterne til dagen efter, som der blev gjort opmærksom på i interviewundersøgelsen.

Dette giver hjemmeplejen mere tid til at forberede udskrivningen og modtagelsen af borgeren. Men det betyder også, at den liggetid, som akutmodtagelserne har fået effektiviseret ned til ét døgn, i praksis bliver forlænget 100%, fordi den kommunale plejesektor meget sjældent er dimensioneret til at matche den akutfilosofi, som de internmedicinske afdelinger i sekundærsektoren har opbygget over de sidste specielt 10 år. En forklaring på dette mismatch i organisatoriske rutiner er givet vis, at

sekundærsektoren har ændret sig så markant på dette område på relativt få år, mens kommunernes praksis på dette område er opbygget i en tid, hvor systemet var præget af, at udskrivninger i langt overvejende grad foregik i forbindelse med den daglige stuegang midt eller sidst på formiddagen.

Der findes ingen samlede opgørelser over antallet af borgere, som reelt kunne være udskrevet efter ét døgn – eller helt uden overnatning – men som ligger en ekstra dag eller to, fordi det i praksis ikke er muligt for kommunerne at hjemtage dem med det samme, de er udskrivningsklar.

## Afrunding

I dette afsnit har der været peget på tre typer af relevante<sup>31</sup> problemstillinger i relation til uhensigtsmæssige indlæggelser – set i et kommunalt perspektiv: Forebyggelige, forkerte og forlængede. Netop grundet denne differentiering og kompleksitet findes der ikke lette eller entydige løsninger på de vedvarende udfordringer med at nedbringe den samlede mængde af uhensigtsmæssige akutte, medicinske indlæggelser. Som inspiration til kommuner, der tager udfordringen op og som basis for udarbejdelse af typer af strategier i næste del af rapporten, gennemgås i det følgende seks interventioner med relevans for dette arbejde.

---

<sup>31</sup> Der ses, som nævnt, bort fra den *konverteringsproblematik*, som sekundærsektoren arbejder med i retning af mere planlagt ambulant aktivitet, og der ses bort fra *substitutionstanken*, hvor kommunerne tænkes at opbygge bæredygtige alternativer til somatiske indlæggelser – i klinisk såvel som økonomisk forstand.

## **DEL 3: UHENSIGTSMÆSSIGE INDLÆGGELSER - INTERVENTIONER OG STRATEGIER**

---

I denne del af rapporten præsenteres en række konkrete interventioner, der enten er gennemført i kommunalt regi eller i et samarbejde mellem hospitaler og kommuner. Alle med relevans for den udfordring, der ligger i at nedbringe andelen af uhensigtsmæssige indlæggelser. Efterfølgende diskuteres på basis af de eksempler, som de valgte interventioner og tiltag udgør, hvilke mere generelle og overordnede strategier der kan identificeres i relation til at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser.

### **Interventioner**

Der er udvalgte seks forskellige interventioner. Der er både tale om udgående team og kommunale senge såvel som mere afgrænsede opfølgende interventioner efter indlæggelse. Det er både tilstræbt at opnå variation og bredde mht. typer af interventioner såvel som at finde interventioner med dokumenteret effekt.

Der er tale om følgende:

1. En udgående hospitalsfunktion (udgående sygeplejerske fra akut medicinsk modtageafsnit)
2. En udgående tværsektoriel funktion (udgående GERO-team)
3. En udgående kommunal funktion (udgående akutteam)
4. Kommunale sengepladser (akut- og aflastningspladser)
5. Tværsektorielt projekt om opfølgning efter indlæggelse (a)
6. Tværsektorielt projekt om opfølgning efter indlæggelse (b)

Gennemgangene af de enkelte interventioner er korte og bestemt ikke fyldestgørende. Hensigten er at trække væsentlige aspekter frem, illustrere bredden i relevante typer af interventioner, samt inspirere til yderligere vidensdeling på tværs. Interventionerne 1, 3 og 4 er i drift og dermed mulige at skaffe yderligere information om. Nr. 2 er afviklet pr 1. januar 2007, men teamets læge er fortsat ansat ved Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn. 5 og 6 er projekter hvorfra der publiceres større evalueringer i løbet foråret 2007.

#### **1. Udgående sygeplejerske fra Akut medicinsk modtageafsnit (AMA)**

Som en del af H:S projekt "Det udkørende hospital" har AMA på Frederiksberg Hospital oprettet et team, der leverer hospitalsydelser før og efter indlæggelse og rådgiver primærsektoren før og efter indlæggelse. Følgende er baseret på interview med en udgående AMA-sygeplejerske samt projektbeskrivelse og evaluering (Nielsen 2004; Nielsen 2005). Siden efteråret 2006 har teamet desuden udført mere systematisk vidensoverførsel til personalet i kommunens hjemmepleje og plejehjem. I forbindelse med projektet er også oprettet en døgnåben telefon, hvor personale og læger fra primærsektoren kan ringe ind for at rådføre sig med personalet på AMA i tilfælde af tvivlsspørgsmål i forbindelse med et forløb.

Det udkørende team har en normering på 37 timer pr. uge og er bemannet af to erfarne sygeplejersker fra det akutmedicinske område. Teamet er åbent i dagtimerne, og de typiske arbejdsopgaver veksler imellem hjemmebesøg, hvor der leveres de samme ydelser som ved indlæggelse på afdelingen og kompetenceudvikling af hjemmeplejens og plejehjemmernes personale.

Baggrunden for projektet var ønske om at levere en række af AMAs normale ydelser i patientens eget hjem, således at en egentlig indlæggelse enten kunne forkortes eller helt undgås. Siden hen er det blevet en selvstændig målsætning, at hjemmeplejen skal involveres yderligere i at nedbringe antallet af denne type indlæggelser, bl.a. fordi opgørelser viste, at mange af de patienter, der blev indlagt med ikke behandlingskrævende tilstande, i forvejen modtog daglig hjemmepleje og hjemmesygepleje. En af de udgående sygeplejersker beskriver baggrunden og formålet med denne del af projektet som følger:

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

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

Undervisningen tager udgangspunkt i, at de udgående hospitalssygeplejersker sammen med de lokale hjemmeplejegrupper gennemgår repræsentative og virkelige eksempler på indlæggelser inden for de udvalgte diagnoser. Hermed er det intentionen, at hjemmehjelperne skal få flere kompetencer i forhold til at se de faresignaler, som ofte går forud for denne type indlæggelser.

Projektet er således et eksempel på, hvordan en udgående funktion, ud over den praktiske supervision, der foregår ude i borgerens hjem, kan være med til systematisk at løfte hjemmeplejens faglige niveau.

Men omvendt er projektet også et eksempel på, hvordan forståelsen for primærsektorens arbejdsforhold i borgernes eget hjem og vanskeligheder med at motivere borgerne i forhold til forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser bringes med ind på hospitalet af de udgående medarbejdere. Den udgående sygeplejerske beskriver denne vekselvirkning og vidensdeling således:

”På baggrund af opgørelsen over de patienter, der blev indlagt fra hjemmeplejen, udvalgte vi et par stykker, som var repræsentative i forhold til de fire diagnoser, vi havde valgt, og tog dem med ud i distrikterne til de enkelte plejegrupper for at undervise hjælperne i, hvad det er, man skal være opmærksom på, og hvad man kan gøre for at forhindre tilstandene i at opstå. Kriteriet for at vælge nogen ud var, at de skulle modtage hjemmehjælp mindst en gang dagligt. Ellers synes vi ikke, at der er mulighed for at kunne observere tilstrækkeligt til at kunne forebygge. Dermed mener vi, at vi lærte dem noget om, hvad det er, de skal holde øje med. De lærte på den anden side os noget om, hvor svært det egentlig er at håndtere det her. Man fik virkelig noget god respons, og vi fik virkelig snakket det godt igennem. Jeg blev virkelig klar over, hvor svært det er, det her.” (Udgående akutmedicinsk sygeplejerske, O. Larsen)

Dette udgående team er således lidt utraditionelt, idet det ikke blot er rettet mod at bringe hospitalets sundhedsfaglige ydelser ude i hjemmene – men også meget bevidst beskæftiger sig med at skabe en vidensoverførsel på tværs af sektorerne. Det er også værd at bemærke, at fokus for de udgående sygeplejersker i denne sammenhæng ikke primært er deres egne 'kollegaer' – de kommunalt ansatte sygeplejersker – men i stedet de lavere uddannede grupper af hjemmehjælpere.

Der er ikke udført en effektevaluering eller økonomisk vurdering af udgående AMA, men efter at teamet havde fungeret som pilotprojektet i et halvt år, gjorde styregruppen status for teamets virke. Status viste, at der i pilotperioden var indkommet 70 henvendelser fra primærsektoren til teamet. Disse førte til 21 indlæggelser, mens der i 49 tilfælde blev fundet andre løsninger for den borger det drejede sig om. Det fremgår ikke af status, hvor mange af AMAs patienter der har modtaget opfølgende besøg ved udskrivelse, og der indgår ikke yderligere materiale om, hvilke ydelser teamet har leveret, samt hvilke effekter indsatsen har haft.

Men da der blandt alle teamets samarbejdsparter var udpræget tilfredshed med teamets arbejdsområde, kompetencer og opgaver har teamet siden 2005 været permanent uden andre væsentlige ændringer i den daglige drift end oven for beskrevne kompetenceudvikling af plejepersonalet. Desuden er det med udgangen af 2006 besluttet at styrke dokumentationsindsatsen med henblik på fremadrettet at dokumentere omfanget og effekten af de ydelser, teamet leverer.

## 2. Udgående tværsektorielt GERO-team

GERO-team Skagen<sup>32</sup> eksisterede fra 1999 til udgangen af 2006. Der var tale om et tværfagligt geriatriskorienteret team, der udgik fra Frederikshavn-Skagen Sygehus og Skagen Kommune. Teamets kerne består af en speciallæge fra sygehuset (10 timer ugentligt), og fra kommunen deltog en sygeplejerske (på fuld tid). Teamet udførte intern medicinsk diagnosticering, kostudredning, opfølgning på uforklarede funktionstab, behandling og opfølgning efter komplicerede indlæggelsesforløb, bistod ved terminalbehandling i hjemmet og forestod udredning og opfølgning i forhold til demenstilstanden hos hjemmeboende borgere – alt sammen i samarbejde med de kommunale medarbejdere, der i forvejen var koblet til patienterne.

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

---

<sup>32</sup> Gennemgangen er baseret på en evaluering af teamets virke (Kontoret for Sygesikring og Sundhedsfremme i Nordjyllands Amt et al. 2002), et gruppeinterview med teamets medarbejdere, samt en tidligere dokument-, observations- og interviewbaseret analyse af teamet i (Lund Nielsen og Vinge 2004), hvor teamet, dets virke og samspil med det øvrige lokale sundhedsnetværk er beskrevet langt mere detaljeret og fyldestgørende.

kan forebygges, samtidig med at standarden for plejen generelt hæves. Teamet beskriver det selv som følger:

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

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

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

I forhold til den gennemsnitlige indlæggelsestid viste evalueringen, at denne i halvåret efter kontakten til teamet faldt fra 10,4 dage før til 7,3 dage efter tilknytningen til GERO-teamet. Justeret for frafald grundet død var resultatet en reduktion fra 10 til 6 dage. For den efterfølgende periode, der ligger 7-12 måneder hhv. før og efter kontakten til teamet, reduceredes liggetiden fra 7,7 til 5 dage.

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

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

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

### 3. Kommunalt akutteam

Oprettelsen af specialiserede og fleksible team der er i stand til at yde en akut og intensiv indsats i borgernes eget hjem, er ikke en interventionsform, der udelukkende er knyttet til hospitalssektoren. Enkelte kommuner er begyndt at oprette egne udgående team. Et eksempel er akut-teamet i Helsingør Kommune, der blev etableret i 1997 og var finansieret

50/50 mellem amt og kommune<sup>33</sup>. Med udgangen af 2006 er hele teamets finansiering overgået til Helsingør Kommune.

Teamet blev oprettet med det formål at;

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

Teamet består i dag af fire fuldtids sygeplejerskestillinger og fire fuldtids social- og sundhedsassistentstillinger samt en områdeleder. De ansatte dækker i fællesskab åbningstiden, der er fra 7.30-23.00 alle ugens dage. Teamet kan tilbyde observation, pleje, og sygeplejefaglig behandling i eget hjem efter henvisning fra vagtlæge, egen læge eller sygehuslæge.

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

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

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

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

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

- 14% kunne klare sig selv
- 20% blev indlagt på sygehus
- 1% flyttede på plejehjem

---

<sup>33</sup> Hvor andet ikke fremgår, er gennemgangen baseret på Helsingør Kommunes inspirationshæfte (Trinskjær 2005), samt interview med den daglige leder af Akutteam Helsingør.

- 6% var døde
- 59% blev visiteret til vanlig hjælp eller yderligere hjælpeforanstaltninger i hjemmeplejen.

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

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

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

Oprettelsen af et specialiseret team skaber et behov for, at indsatsen, og særligt overleveringen til den vanlige pleje, koordineres internt i kommunen. I forbindelse med overleveringen til det personale, der bagefter skal overtage plejen, vægtes praktisk oplæring og kompetenceudvikling af de pågældende medarbejdere højt. Således kan denne arbejdsform medvirke til at skabe mulighed for at teamet faciliterer vidensdeling og kompetenceudvikling i relation til hjemmeplejen.

Lederen af akutteamet vurderer, at en stor andel af teamets borgere lider af blærebetændelse, lungebetændelse og influenza – hvilket er en mulig indikator på, at teamet er med til at forhindre forebyggelige indlæggelser, da disse diagnoser går igen i såvel de udførte interview som den gennemgåede litteratur om uhensigtsmæssige indlæggelser. Dette kan dog ikke dokumenteres på baggrund af de tilgængelige data.

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

#### 4. Kommunale sengepladser og akutstuer

Akutstuer er et alternativ til hospitalsindlæggelse, der er forankret i kommunalt regi, som efterhånden findes i en del kommuner<sup>34</sup>. Akutstuerne består af et mindre antal sengepladser (oftest under fem), og som oftest beliggende på et kommunalt plejehjem, der i forvejen har andre typer af døgnpladser, fx aflastnings- og genoptræningspladser. Pladserne har en højere personalemæssig normering end en almindelig plejehjemsplads, men er i øvrigt ofte bemandet med det samme personale som resten af plejehjemmet.

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

---

<sup>34</sup> Se (Pagh 2002) og (Boll Hansen et al. 1997), (Storstrøms Amt og Næstved Kommune 2000), for eksempler og uddybning.



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

Henvisningsmæssigt adskiller akutstuer sig fra kommunale aflastnings- og genoptræningspladser ved, at borgerne kun kan 'indlægges' på baggrund af en lægelig visitation<sup>35</sup>.

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

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

Sammenligningen viste, at det gennemsnitlige antal indlæggelser for +75-årige patienter i de tre projektkommuner under projektperioden steg med 2%, mens det for amtet som helhed steg 9%. Antallet af forbrugte sengedage for de tre deltagende kommuner faldt med 7%, mens det for den tilsvarende patientgruppe i amtet som helhed steg med 5,5%. Endelig faldt den gennemsnitlige indlæggelsestid for +75-årige med 1,4 dage i projektkommunerne, mens den i amtet som helhed faldt 0,2 dage (Pagh 2002 p. 39)<sup>36</sup>.

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

Endvidere peger de gennemgåede evalueringer samt de adspurgte interviewpersoner<sup>37</sup> på, at der i kommunalt regi skal være etableret så mange aflastningspladser og lignende alternativer, at der kan opretholdes et flow på akutstuerne, der gør, at de løbende kan modtage nye patienter, der kræver akut behandling.

---

<sup>35</sup> I praksis er pladserne imidlertid ofte integreret med kommunernes øvrige genoptrænings- og aflastningspladser.

<sup>36</sup> I forbindelse med evalueringen blev der også udarbejdet et skøn over, hvor mange penge der kan spares ved at indlægge ældre patienter med ukomplicerede medicinske lidelser på en akutstue frem for en medicinsk afdeling. Skønnet er udarbejdet ved at sammenligne et skøn over hospitalernes DRG-omkostninger til de, som pga. pladsmangel på akutstuerne endte på en medicinsk afdeling, med et skøn over de gennemsnitlige omkostninger pr. indlæggelse på en akutstue. På denne baggrund vurderes det, at en indlæggelse på akutstue er ca. 5.000 kr. billigere end en hospitalsindlæggelse – hvilket giver en besparelse på 660.000 kr. for de 132 patienter, der i projektperioden var indlagt på en akutplads. Det skal imidlertid understreges, at resultaterne ikke er statistisk valide, idet der opereres med et lille datamateriale, over halvdelen af DRG-taksterne er baseret på et skøn, da der er et større antal afviste patienter, som man ikke har viden. Endvidere indgår det ikke i overvejelserne, at 19% af de ældre, der indlægges på akutstue, herudover udløser et hospitalsophold – som bør regnes med i den samlede omkostning pr. patient (Pagh 2002 pp. 29-31).

<sup>37</sup> Interview med visitator, B. Henningsen og ergoterapeut A. Østergaard om akutpladser i Stenløse Kommune (nu Egedal).

Gennemgang af eksisterende evalueringer og interview med ledende personale fra Stenløse Kommunes akutstue<sup>38</sup> peger på, at de praktiserende læger ikke oplever en øget belastning i forbindelse med indlæggelserne på akutstue. Tværtimod udtrykker lægerne stor tilfredshed med tilbuddet, fordi de oplever, at akutstuerne, sammenlignet med en hospitalsindlæggelse, skaber mere rolige og kontinuere patientforløb, hvorved det for den enkelte læge bliver nemmere at følge patienterne tæt i forbindelse med behandling og udskrivelse. Endvidere vurderer lægerne generelt, at akutstuen for den enkelte patient i målgruppen udgør et kvalitativt bedre alternativ i de givne situationer end en hospitalsindlæggelse.

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

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

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

## 5. Opfølgende hjemmebesøg v. hjemmesygepleje og almen praksis

Dette projekt omhandler i en intervention, der for nylig er blevet testet i et samarbejde mellem Glostrup Hospital, syv af hospitalets optagekommuner og 63% af de praktiserende læger i området<sup>39</sup>. Undersøgelsen er udført som et randomiseret, kontrolleret interventionsstudie med henblik på at teste effekten af en tidlig og tæt opfølgning efter udskrivelse af ældre, medicinske og geriatriske patienter, foretaget af praktiserende læge og hjemmesygeplejerske. Interventionen består af tre opfølgende besøg, der er fordelt over en otteugersperiode efter udskrivelse fra hospital. Inklusionskriterierne var ældre over 78 år, med minimum to dages hospitalsindlæggelse, hvor egen læge havde indvilliget i at deltage i projektet. Interventionsgruppen bestod af 166 patienter, mens kontrolgruppen bestod af 165 patienter.

På det første besøg, der blev udført inden for en uge efter udskrivning, deltog egen læge og en kommunal hjemmesygeplejerske, som sammen gennemgik patientens medicinske behandling, sygehusets behandlingsplan og behovet for kommunale hjælpeforanstaltninger. Henholdsvis tre og otte uger efter udskrivningen modtog patienten tilbud om besøg af eller konsultation hos egen læge, med henblik på at foretage en løbende opfølgning og justering af den medicinske behandling og de øvrige behov, som blev afdækket på første besøg. Ved de i alt maks. tre kontakter har der været særlig

---

<sup>38</sup> Ibid.

<sup>39</sup> Resultaterne af dette projekt er under publikation i form af en MTV, der udkommer i løbet af foråret 2007. Følgende er baseret på en endnu ikke publiceret version af MTV'en. For yderligere information kontakt enten projektleder Helle Neel Jacobsen (helle.neel.jakobsen@regionh.dk) eller praksiskoordinator Lars Rytter (lars.rytter@dadlnet.dk).

opmærksomhed på forbedret kontrol med den medicinske behandling, opfølgning på behandlingsplanen fra sygehuset og på at afdække patientens behov for hjælpe- og omsorgsforanstaltninger.

Evalueringen er kvantitativ såvel som kvalitativ, og data er omfattende. I det følgende gives kun en kort og overordnet gennemgang af hovedresultater. Interventionsgruppens forbrug af sygehjælp var signifikant mindre end kontrolgruppens, mens deres udgifter til medicin og sundhedsforanstaltninger i primærsektoren blev forøget, ligesom kommunerne fik et lille merforbrug af hjemmesygeplejeydelser. Samlet set er der imidlertid en økonomisk nettobesparelse på ca. 5.000 kr. pr. borger allerede inden for den periode, der lå ½ år efter starten af den opfølgende indsats<sup>40</sup>, når interventionsgruppens samlede forbrug af sundhedsydelser sammenlignes med kontrolgruppens. Besparelsen fordeler sig dog ikke jævnt på de to sektorer, og således var interventionen i dette projekt primært en besparelse for det regionale sundhedsvæsen, og i langt mindre grad for det kommunale. Endvidere konkluderes det, at patienternes tilfredshed med deres egen læges indsats og viden under forløbet forbedredes sammenlignet med kontrolgruppen. En sandsynlig forklaring er, at lægens involvering i opfølgingsforløbet og efterlevelse af epikrisens anbefalinger øges. Endelig gav størstedelen af de medvirkende praktiserende læger og hjemmesygeplejersker udtryk for, at de var tilfredse med ordningen og derfor ønsker denne fortsat.

## 6. 'Følge hjem'-ordning efter hospitalsindlæggelse

Fra maj 2005 til december 2006 udførtes der i samarbejde mellem Gentofte Hospital (medicinsk afdeling C og geriatrisk funktion), samt Gentofte, Lyngby-Taarbæk og Søllerød Kommuner et kontrolleret randomiseret interventionsstudie, der skulle vurdere konsekvenserne af en tværfaglig og tværsektoriel følge hjem-ordning til medicinske patienter over 80 år ved udskrivelse.

Følgende er baseret på interview med den ledende geriatriske overlæge på Gentofte, Finn Rønholt Hansen, samt endnu ikke publiceret materiale<sup>41</sup>. Der er på nuværende tidspunkt ikke foretaget en økonomisk evaluering af interventionen, hvilket dog planlægges. Således rapporteres kun de kliniske fund på nuværende tidspunkt. Undersøgelsens samlede resultater forventes publiceret i løbet af foråret 2007.

Undersøgelsen inkluderede 558 patienter; 268 i interventionsgruppen og 290 i kontrolgruppen.

På Gentofte Hospital blev oprettet et såkaldt 'følge hjem-team', bestående af en læge, en sygeplejerske, en fysioterapeut, en ergoterapeut og en sekretær. Hertil kommer en ergoterapeut eller en sygeplejerske fra de tre kommuner.

---

<sup>40</sup> Evalueringen indeholder ikke data for, hvornår effekten af interventionen aftager. Men evalueringen af GERO-teamets indsats tyder på, at effekten ikke kun ligger de første seks måneder. Hertil kommer, at Glostrup-projektet baserer sig på aktører, der permanent er en del af sundhedsnetværket omkring de ældre, i modsætning til andre interventioner, hvor det er et specielt interventionsteam, som skaber effekten. Det giver yderligere grund til at forvente mere varige effekter af Glostrup-projektet, der ligger ud over de resultater, der ses 0-6 måneder efter.

<sup>41</sup> Rapporten "Følge hjem-ordning til ældre medicinske patienter som udskrives fra hospital", februar 2007.

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

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

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

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

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

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

## Opsamling

Interventionerne er som nævnt i indledningen eksempler til inspiration. De eksisterende evalueringer og resultater er beskrevet, men som det fremgår, er disse i flere tilfælde mere baseret på skøn og målinger af tilfredshed end på valide data om de sundhedsmæssige konsekvenser. De sidste to eksempler er dog klare undtagelser, som viser, at det er muligt at designe interventioner – også i dette komplekse felt, hvor det ikke 'blot' handler om at teste en bestemt pille – der gør det muligt at synliggøre effekter på indlæggelse, dødelighed samt forbrug af andre sundhedsydelser mv. Dette har flere fordele: Ud over at kunne dokumentere effekter, så det bliver muligt at prioritere indsatser i kommuner på et mere solidt fundament, har effektevalueringerne deres væsentligste styrke i relation til den videre udvikling og læring: Når man løbende holder øje med resultaterne af en indsats, har man også mulighed for at søge at forbedre den, samtidig med at effekterne kan følges.

## Strategier

De beskrevne eksempler og interventioner er alle tilpasset lokale forhold i lokale kontekster. I dette afsnit søger vi at komme bag om det lokale og i lyset af litteraturen og interviewundersøgelsen pege på, hvilke mere overordnede strategier der tegner sig for en kommunal indsats over for uhensigtsmæssige indlæggelser.

De tre strategier, som diskuteres, er ikke gensidigt udelukkende, men snarere overlappende. Strategierne har fået overskrifterne *akutfilosofi*, *samarbejde* og *vidensdeling* samt *kompetenceudvikling*. Ingen af disse temaer er nye i relation til problemstillingen. Men samtidig må man erkende, at den måde, disse strategier har været implementeret i praksis, ikke tyder på, at man har nået så langt, man kan, og at potentialet dermed er udtømt. Derfor er der god grund til at se nærmere på disse gamle mantraer.

De forskellige strategier er ikke gensidigt udelukkende, men snarere supplerende og gensidigt understøttende udviklingsretninger. Strategierne viser supplerende perspektiver, som kommunerne kan anvende i arbejdet med at omstille den kommunale sundhedssektor til mere effektivt at kunne forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser for borgerne.

## Kommunal akutfilosofi

Som litteraturstudiet viste, så har mange undersøgelser endt med en anbefaling af mere akutberedskab i kommunerne. Klinikerne i interviewstudiet efterlyste det samme. Og som en af nøglepersonerne tæt på de nye sundhedsaftaler udtrykker det:

”Noget af det nye [i kommunalreformen og sundhedsaftaler, red.] er kommunernes forpligtelse til, at der skal være kapacitet til at sætte et akutberedskab ind plus at der skal være nok akut- og aflastningspladser.” (Afdelingslæge i Sundhedsstyrelsen, J.H. Jensen)

Men akutfilosofi handler om mere end akutberedskab og aflastningspladser. Det handler om en mere grundlæggende reorientering af en stor sektor.

Der har gennem de seneste år været en konstant debat om akutberedskaber i sekundærsektoren, som igen er blevet højaktuel efter strukturreformen. For at undgå forveksling eller sammenblanding med indholdet og argumenterne i den debat, er det

væsentligt at pointere, at strategien om akutfilosofi i dette projekt *ikke* handler om, at kommunerne skal genåbne de akutberedskaber, som amterne efterhånden har fået saneret betydeligt via lukninger og sammenlægninger, og som regionerne fortsat vil sanere. Kommunal akutfilosofi handler om noget ganske andet end (nye og dyre) akutberedskaber. I dag har kommunerne allerede et døgnberedskab i hjemmeplejen, så det handler ikke så meget om døgnåbnet, som det handler om en *kulturel* og deraf følgende *organisatorisk* og *strukturel* omstilling i retning af langt mere fleksibilitet og tilpasning af organisationen til opgaverne: Deres art, omfang og ikke mindst, deres timing i et sundhedsvæsen, der, som tidligere beskrevet, har gennemgået store forandringer drevet af ændret demografi, sygdomsmønster såvel som hele omstillingen af sekundærsektorens virke.

Med akutfilosofi hentydes således til en kulturel og holdningsmæssig ændring – og de deraf følgende praktiske og organisatoriske konsekvenser – som i høj grad er parallel til netop den udvikling, der præger det akutmedicinske område i sekundærsektoren.

I det følgende diskuteres akutfilosofi i relation til hver af de tre typer af uhensigtsmæssige indlæggelser.

### *Akutfilosofi og forebyggelse af (gen)indlæggelser*

Som interviewundersøgelsen pegede på, så kan man i relation til en forebyggelsesindsats skelne mellem to forskellige faser – opsporing og handling. I relation til opsporing blev der efterlyst langt mere systematik og struktur. Men i relation til handling er der behov for at kunne agere hurtigt. Den type af indlæggelsesårsager, som klinikerne peger på som værende den primære målgruppe for en forebyggende indsats i hjemmeplejen, kræver hurtig og adækvat handling, når først det er opsporet, at der muligvis er noget er galt.

Akutteamet i Helsingør og GERO-teamet i Skagen har træk til fælles med denne strategi. I Helsingør har man, i stedet for at reorientere hele hjemmeplejen, valgt at lade en lille afgrænset enhed fungere på akutte vilkår. I Skagen er teamet ikke en del af hverken den ene eller den anden sektor, men en selvstændig enhed. Akutte enheder skal kunne prioritere og ikke mindst omprioritere konstant og øjeblikkeligt under hensyntagen til konstant varierende opgaver. Det betyder, at arbejdsgange omkring vurdering af behov og tildeling af ydelser og ændring i disse skal foregå efter andre og langt mere fleksible styringsprincipper end i det traditionelle kommunale system, som er tostrengt, idet 'bestilling' og 'udførelse' er adskilt (bl.a. grundet kravet om visitation og behovet for styring af ydelsestildelingen). Således har akutteamet da også fri arbejdstilrettelæggelse, ligesom GERO-teamet har. Sidstnævnte adskiller sig ved at muliggøre vidensdeling mellem primær- og sekundærsektor, idet teamet – noget utraditionelt – består af en hospitalslæge, som de resterende tre dage om ugen passer sit medicinske sengeafsnit på sygehuset, og en kommunal sygeplejerske, der har tæt kontakt til den øvrige hjemmesygepleje og andre aktører i den kommunale plejesektor.

Omstilling af den kommunale sundhedssektor til langt mere akutfilosofi er et stort projekt, og derfor kan der være gode begrundelser for at vælge en strategi, hvor nogle elementer af akuttækning skal gennemsyre hele organisationen, mens andre elementer varetages af mindre og afgrænsede organisatoriske enheder, som fx et team. I sekundærsektoren er

man i vidt omfang kommet frem til den samme konklusion: Her arbejdes der på at adskille det akutte fra det stationære – både for at skabe ro omkring det stationære, men også for at kunne skabe en effektiv akutkultur i mindre enheder, med meget korte (akutte) forløb.

Det er selvfølgelig altid en konkret afvejning af fordele og ulemper, når man vælger at etablere nye enheder, da dette altid samtidig betyder en øget kompleksitet i systemet: Flere enheder, flere grænseflader, flere overdragelser og mere koordinationsarbejde. Denne bagside af enhver form for specialisering må altid inddrages i en helhedsvurdering af fordele og ulemper ved forskellige organiseringsformer – også i relation til at introducere mere akutfilosofi i den kommunale sektor.

En anden – og måske større – risiko ved at skille det akutte helt ud er, at den læring, der finder sted omkring fx forebyggelse af indlæggelser, ikke sker i den store organisation, der 'bare' giver alt det akutte videre, men i stedet i et lille specialiseret team. Kunsten bliver således at få inkorporeret en effektiv akutfilosofi i den kommunale organisation – uden at det betyder fri, individuel og behovsstyret ydelsestildeling og arbejdstilrettelæggelse til alle, hvilket er en umulighed i dag og en tilstand, man gennem de seneste årtier med visitation og kvalitetsstandarder har gjort meget for at arbejde sig væk fra. Det har betydet, at man i kommunerne har fået det, som en af interviewpersonerne benævner som en meget "strømlinet" organisation – men problemet er, at den ikke matcher sekundærsektorens udvikling, og at den ikke er egnet til hurtigt og effektivt at forebygge de indlæggelser, som kommunerne nu skal medfinansiere.

Det betyder, at det bliver væsentligt at sikre feedback og læring tilbage i den store driftsorganisation, som har den daglige kontakt med borgerne, og som derfor er den bedst egnede til opsporing og opfølgning i hverdagen. Udskilles dele af selve akutfunktionen således i separate enheder eller team, er det derfor helt afgørende, at hjemmehjælpere såvel som hjemmesygepleje involveres så meget som muligt, og at koblingen mellem enhederne bliver tæt. Der kan tænkes i flere typer af konstruktioner.

Der kan muligvis hentes inspiration fra sekundærsektoren, hvor det akutte arbejde i vagten ikke varetages af et fast team, der er isoleret fra det mere planlagte arbejde på de stationære afdelinger. Det akutte varetages af et skiftende (rullende) team, som også har arbejde på det stationære. Den løbende udskiftning har ulemper, men den har også den klare fordel, at der er en konstant erfarings- og vidensdeling mellem områderne. Overført til en kommunal organisation kunne dette inspirere til overvejelser om et akutteam, som i stedet for fastansatte består af hjemmesygeplejersker, der skiftes til at gøre tjeneste i kortere perioder ad gangen i en akut enhed. For meget udskiftning har selvfølgelig negative konsekvenser for sammenhæng og kontinuitet i forløb<sup>42</sup>. Den akutte indsats er dog karakteriseret ved netop at være kortvarig<sup>43</sup>, så kortere perioder på fx uge(r) – i stedet for dage – vil medvirke til at sikre den fornødne sammenhæng og kontinuitet i forløbene.

En anden mulighed for at sikre involvering og læring i den store kommunale driftsorganisation – uden at gå helt fra det meget strømlinede og standardiserede til det helt frie – er at indføre et system, som minder om det, man i sekundærsektoren kalder "tilsyn". I stedet for fyldte kørelister hver dag, kunne man give hjemmesygeplejerskerne et

---

<sup>42</sup> Denne problematik er for det lægelige arbejde i sekundærsektorens medicinske område analyseret mere indgående i (Vinge 2003) (kapitel 3).

<sup>43</sup> Helsingør Kommunes akutteam arbejder således på ikke at have forløb, der er længere end en uge.

afgrænset frirum til behovsbaserede "tilsyn", eksempelvis i et bestemt geografisk område (fx svarende til en bestemt hjemmehjælpergruppe). Hvis et systematisk og struktureret opsporingssystem sættes i værk blandt de daglige hjemmehjælpere, kunne et mindre, fast team af hjemmesygeplejersker med en aftalt frekvens (fx ugentlig) holde en faglig konference med hjemmehjælperne, hvor man på basis af systematiske og registrerede observationer går hjemmehjælpernes observationer igennem med fokus på de valgte indikatorer for, at noget kan være under optræk. Hjemmesygeplejersken vil på en sådan konference have mulighed for både at vejlede hjemmehjælperne, og/eller selv vælge at foretage et akut hjemmesygeplejetilsyn hos borgeren. Dette kræver imidlertid, at hjemmesygeplejersken har et afgrænset tidsrum (fx en halv dag) til akutte tilsyn. Her kan hun vurdere behovet for næste skridt – som både kunne være at indsætte et akutteam, kontakte egen læge eller andet.

Sideløbende med en sådan strategi er det nødvendigt også at sikre, at hjemmesygeplejersken har mulighed for at trække på den fornødne viden – hurtigt. Det kan fx være i form af hotline til forskellige funktioner, som de praktiserende læger i dag ofte har mulighed for at ringe til. Det kunne dreje sig om den akutmedicinske visitation, om udgående team, om ambulatorier og ikke mindst borgerens egen læge.

Eksemplerne på organiseringsformer er ment som generelle illustrationer af, hvordan det akutte helt konkret kan introduceres i en kommunal hverdag og under hensyntagen til, at der skal findes en balance mellem det akutte og det planlagte, men hvor man søger at undgå de mange ulemper, der ligger i at udskille alle nye funktioner i separate nye enheder. Det skaber ikke omstilling af den kommunale organisation. Men knopskydning skaber helt sikkert øgede samarbejds- og koordinationsudfordringer.

De to interventioner, der omhandler forskellige typer af opfølgning efter indlæggelse (nr. 5 og 6. – i det ene tilfælde ved specielt ansatte sygeplejersker, og i det andet ved at udnytte og samtænke de eksisterende aktører i form af hjemmesygeplejen og egen læge), viste, at forebyggelse af (gen)indlæggelser er mulig, men også at det kan give en bedre udnyttelse af ressourcerne, som kan frigøres til andre formål. Den kasseøkonomiske analyse i intervention nr. 5, peger dog på, at en effektiv indsats – med den nuværende grad af kommunal medfinansiering – kræver en form for samfinansiering/overskudsdeling mellem region og kommuner.

### *Akutfilosofi og de forkerte*

Akutfilosofi i relation til de forkerte indlæggelser handler om at kunne håndtere mere eller mindre pludseligt opståede og socialt betingede behov for hjælp i hjemmet mere fleksibelt end det er tilfældet mange steder i dag. Det kræver, som det indledende citat fra en læge i Sundhedsstyrelsen pegede på, at der er akut- og aflastningspladser samt evt. øvrig kapacitet til at matche det faktiske behov. Men det er lige så væsentligt, at disse pladser fungerer på samme akutte vilkår som sekundærsektorens akutfunktioner, så et fænomen som overbelægning ikke længere bliver et rent hospitalsproblem, men for de ikke-indlæggelseskrævende, som ikke kan være i hjemmet, bliver et rent kommunalt anliggende. Der er ikke en reel akutfilosofi, hvis ansvaret for de ikke-behandlingskrævende kun er kommunalt, så længe der er ledige pladser i kommunalt regi, men ikke hvis der er fuld belægning på pladserne. At kunne håndtere kommunal overbelægning af ikke-



indlæggelseskrævende, er en del af at deltage i et samlet sundhedsvæsen med en fælles akutfilosofi. Men som interviewundersøgelsen pegede på, så er fænomener som raske medindlagte og indlagte af rent og eller overvejende sociale årsager på retur mange steder. Det betyder dog stadig ikke, at problemet er løst.

Akutstuen og aflastningspladserne i Stenløse og til dels akutteamet i Helsingør er eksempler på eksisterende metoder, der søger at adressere denne problemstilling. Hermed ikke sagt, at disse to eksempler løser alle udfordringerne på området i praksis. Spørgsmålet om tilstrækkelig kapacitet såvel som reel akutfilosofi i relation til akut- og aflastningspladser er stadig væsentligt. Men via de mange erfaringer, som foregangskommunerne på disse områder har gjort sig, er der megen inspiration at hente.

### *Akutfilosofi og de forlængede*

Problemstillingen handler om at omstille den kommunale sektor – herunder hjemmeplejen – til at kunne hjemtage alle udskrevne på samme akutte vis, som sekundærsektoren kan modtage dem. Helt på samme vis, som hospitalet skal kunne modtage alle indlagte med det samme og ikke kan bede vagtlægen vente til fx dagen efter.

Som tidligere nævnt er der tale om to typer af forlængede indlæggelser – de lange forlængelser, hvor borgerne venter på fx plejehjemsplads, og de korte forlængelser, som skyldes, at der fx ikke kan udskrives før dagen efter, fordi det ikke kan lade sig gøre at få et kommunalt beredskab op at stå med så kort varsel, som de hurtige udskrivninger kræver.

Problemstillingen om de lange forlængelser handler primært om kapacitet i relation til boligtyper og er ikke direkte relateret til akutfilosofi. Men de korte forlængelser handler i høj grad om akutfilosofi.

Specielt interviewanalysen pegede på, at de seneste års udvikling på det akutmedicinske område i sekundærsektoren, har skabt et behov for at få patienterne hurtigere ud efter meget korte indlæggelser, som i stigende grad konverteres til ambulante udredninger.

Akutfilosofi i relation til de korte forlængede handler således om at ændre organisationen, så den tilpasses udskrivningsmønsteret i sekundærsektoren. Her er behovene forskellige – fra det konstant stigende antal ultrakorte indlæggelser på ca. et døgn, til de stadig noget længere indlæggelser inden for geriatri og mere rehabiliteringsorienterede afdelinger, hvor det i langt højere grad er muligt at varsle og planlægge udskrivninger.

### **Intensiveret samarbejde og vidensdeling**

Bedre samarbejde og herunder mere vidensdeling er gamle mantraer i det danske sundhedsvæsen. Men i takt med den udvikling i demografi såvel som en sygdomsprofil præget af flere og flere kronikere, som tidligere er beskrevet, bliver denne problemstilling mere og mere påtrængende. Ikke mindst fordi kommunalreformen inddrager kommunerne aktivt i sundhedsvæsenet i langt højere grad end tidligere.

I praksis betyder dette, at det ikke er nogen sjældenhed at støde på en borger, hvor egen læge styrer hans diabetes, han er tilknyttet lungeambulatoriet for hans KOL, og de har en

udgående ilt-sygeplejerske som kommer hos ham, han har hjemmesygepleje og hjemmehjælp, har været i forskellige kommunale træningsforløb og har for nylig været indlagt tre dage med en urinvejsinfektion, og nu efter udskrivelsen synes hjemmesygeplejen han skranter og ikke ser ud til at trives. Men nogen akut sygdom har han ikke. At håndtere denne type borger, med alle de løbende, mere eller mindre permanente sundhedsaktører involveret i hans forløb, kræver et meget højt niveau af koordineret indsats og klar ansvarsfordeling. Mange af de metoder, som har fungeret nogenlunde i tidligere tiders gennemsnitligt set mindre komplekse forløb – karakteriseret ved helt adskilte forløb med hvert sit system til observationer, intervention og dokumentation (i fald dette overhovedet foregik) – kommer til kort.

Ofte er problemstillingerne i relation til samarbejde og vidensdeling set i relation til sektorgrænser og i særdeleshed i relation til udskrivningssituationen. To af interventionerne, som fokuserer på forskellige former for opfølgning efter udskrivning (nr. 5 og 6), sætter netop fokus på dette aspekt. De to projekter inddrager forskellige aktører med forskellig vægt: Opfølgende hjemmebesøg trækker udelukkende på de eksisterende aktører i form af hjemmesygepleje og almen praksis i samarbejde og viser, at det inden for de nuværende rammer faktisk er muligt at forbedre samarbejde og vidensdeling i praksis omkring borgerne – og at det giver mere sundhed for pengene. Følge hjem-teamet var i højere grad udgående fra hospitalet og inddrog ikke almen praksis i samme grad, men havde ligeledes en signifikant effekt på genindlæggelsesfrekvensen uden et øget forbrug af øvrige kommunale ydelser.

Hvis udskrivningssituationen efter de ofte korte og akutte medicinske indlæggelser skal forløbe optimalt og ikke føre til en forøget risiko for genindlæggelse, kræver det således samarbejde såvel som vidensdeling hen over sektorgrænsen. Det betyder blandt andet, at hvis primærsektoren – det være sig den kommunale sektor såvel som almen praksis – skal kunne tage over på et betydeligt tidligere tidspunkt, så er det en helt central forudsætning, at udskrivningsbreve (epikriser) og opdaterede medicinlister følger patienten. Det er et åbent spørgsmål, i hvilket omfang de organisatoriske rutiner på disse områder inden for sekundærsektoren er fulgt med udviklingen i liggetiden, og der vil givetvis være stor variation fra afdeling til afdeling. Resultaterne af følge hjem-ordningen viste dog, at den hyppigste årsag til utilsigtede hændelser i relation til medicineringen var fejl eller mangler på medicinskemaet eller i epikrisen.

Et af de interessante aspekter af de to nævnte interventioner, der omhandler udskrivelse, er, at samarbejde her ikke blot blev fortolket som et spørgsmål om, at ledere eller medarbejdere, for den sags skyld, holder tværgående møder med en given frekvens. En sådan strategi er givetvis et skridt i den rigtige retning – men kun hvis det lykkes at komme videre fra møder *om* praksis (ofte på ledelsesniveau) til møder *i* praksis på de udførende niveauer.

Der findes forskellige teorier og tilgange til, hvordan forandring skabes. Firkantet sagt, kan man sige, at det er nye viden, som skaber nye holdninger, der ændrer adfærd. En sådan antagelse ligger bag spredning af viden omkring fx sund levevis – eller oversat til en organisation: et værdigrundlag om fordele ved mere samarbejde og bedre vidensdeling. Men man kan også gå omvendt til værks og simpelthen skabe ændringer af adfærd, som så ændrer holdninger, der igen ændrer viden. Den opfølgende intervention ved hjemmesygepleje og egen læge bærer præg af den sidste strategi. Der er designet en

intervention, som for de medvirkende kommuner og praksisser betyder en ændret adfærd: Læge og sygeplejerske mødes nu omkring borgeren efter udskrivelser i eget hjem med en bestemt dagsorden. Denne intervention og disse møder har i sidste ende ændret den viden, de medvirkende har om effekterne af et langt mere systematisk og struktureret samarbejde omkring nyudskrevne borgere, og hvor stor en forskel det gør, at der bliver fulgt op.

### *Fra netværksnedbrydende til netværksbyggende interventioner*

Umiddelbart kunne man tænkte, at en strategi om øget vidensdeling og samarbejde ubetinget styrkes via flere udgående funktioner og team. Her er det imidlertid væsentligt at være opmærksom på skeptiske indvendinger i relation til den bølge af udgående sygehusfunktioner, som er skudt op de seneste år. Blandt andre har professor i almen medicin, Frede Olesen<sup>44</sup>, beskrevet risikoen for, at udgående hospitalsfunktioner kan have en netværksnedbrydende effekt i primærsektoren. Årsagen er, at udgående sygehusansatte alt andet lige har en tendens til at se løsningen på en given patients problemer i det netværk, de selv tilhører – den specialiserede sekundærsektor – i stedet for at søge løsninger i de eksisterende netværk i primærsektoren, som de ikke i samme grad er en del af.

Når samarbejde og vidensdeling i den grad er på dagsordenen i det danske sundhedsvæsen, er det derfor meget væsentligt at være opmærksom på, *hvordan* udgående team i begge sektorer såvel som på tværs kan undgå at blive isolerede enheder, der virker netværksnedbrydende i stedet for befordrende for vidensdeling og samarbejde. De forskellige interventioner indeholder i varierende grad indbyggede elementer af vidensdeling, der befordrer et bedre samarbejde på tværs. Det udgående tværsektorielle GERO-team er et godt eksempel, idet teamet i sig selv er tværsektorielt, og dermed qua selve konstruktionen er med til at bygge bro mellem sektorerne. Imidlertid er det stadig en udfordring at sikre et tæt samarbejde med almen praksis såvel som hjemmesygeplejen, når en tredje aktør – som fx et GERO-team – kommer på banen. Det udgående AMA-team er ligeledes et godt eksempel, fordi så stor en del af teamets arbejde har handlet om interaktion, dialog og vidensdeling med medarbejdere i primærsektoren, og dermed ikke kun om at teamet selv udførte klinisk arbejde i primærsektoren uden tæt dialog med medarbejderne i den.

Men ud over et øget behov for samarbejde og vidensdeling på tværs af sektorer, så er der også behov for at vende strategien indad i den kommunale sundhedssektor, så at sige. De seneste års lovgivning og udvikling har mange steder ført til en øget organisatorisk kompleksitet inden for den kommunale sektor, med nye funktioner og enheder som fx forebyggende hjemmebesøg, specialiserede sygeplejefunktioner, separate visitationsenheder, særlige forebyggende tiltag som fx motion på recept, diabetesforebyggelse, diætister, rygestop mv. Strategien omkring samarbejde og vidensdeling på tværs af grænser vil derfor mange steder være mindst lige så relevant i forhold til de interne relationer mellem forskellige kommunale instanser, som den er i

---

<sup>44</sup> Personlig kommunikation / interview i 2004 .

relation til andre sektorer. Dette aspekt af vidensdeling og samarbejde bliver kun mere centralt af, at kommunerne med reformen nu gennemsnitligt set er blevet større.

### *Vidensdeling og samarbejde omkring forskning og evalueringen*

Et andet aspekt af strategien om vidensdeling og samarbejde omhandler vidensdeling på et mere overordnet og kulturelt plan. Der er markante forskelle i relation til forskningstradition i sekundærsektoren og den kommunale sundhedssektor. Der er gennemgået mange interventioner og projekter i denne rapport, og der viser sig en klar tendens til, at systematisk registrering, dokumentation og evaluering er mere almindeligt i hospitalsverdenen og i regi af almen praksis (som har særlige regionale forskningsenheder), end det er i kommunerne. Litteraturstudiet viser med al tydelighed, at systematisk forskning i kortlægning og forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser er foretaget af læger – dog med få undtagelser. Og lægerne er primært ansat uden for den kommunale sfære. De kommunale interventioner bærer ofte præg af bruger-, samarbejdspartner- og borger- tilfredshedsundersøgelser. Disse siger noget om, hvad forskellige involverede aktører synes om et givent projekt eller en given forandring. Og denne form for viden kan være særdeles relevant at indsamle som led i en forandringsproces. Men den siger intet om hvilke sundhedsmæssige effekter der frembringes og til hvilken pris. På samme måde kan den rene effektevaluering kun svare på spørgsmålet: Virker det, eller virker det ikke? Den kan ikke sige noget om *hvorfor* mon (ikke)?

Den mere systematiske effektevaluering har sine rødder i den lægevidenskabelige forskningstradition, og dermed er den mere rodfæstet i sekundærsektoren og almen praksis. Men det er absolut ikke et argument for, at metoderne ikke kan anvendes i den kommunale sektor – og specifikt i relation til arbejdet med at nedbringe uhensigtsmæssige indlæggelser af enhver slags. Dette viser de sidste to interventioner omkring forskellige typer af opfølgning. Set i dette lys bør en kommunal strategi i relation til forebyggelse af indlæggelser således også tænke i vidensdeling og samarbejde, der kan bringe andre typer af interventionsdesign og evaluering ind i den kommunale organisation, og som kan supplere de mere procesorienterede evalueringstyper, der er mere almindelige her.

### *Samarbejde og vidensdeling: En fundamental forudsætning for forebyggelse*

Men fra forskning, evaluering – herunder kontrollerede randomiserede studier – tilbage til de forebyggelige uhensigtsmæssige indlæggelser. Interviewundersøgelsen pegede på, at mange faktorer skulle være på plads for, at en forebyggelsesindsats over for uhensigtsmæssige indlæggelser blev effektiv. Men et af de mest gennemgående temaer var, at det skulle gøres i samarbejde, i fællesskab, at man skulle være bedre og hurtigere til at udnytte hinandens kompetencer, at man skulle have klare aftaler og vide, hvem man skulle gå til i forskellige situationer osv. osv. Nedenstående citat opsummerer mange af interviewundersøgelsens pointer, som der tidligere er redegjort for:

”Det vi kalder for uforklarede funktionstab, det er dem vi gerne vil have fat i, inden det går galt. Det er kernepunktet i forhold til at komme ind til de forebyggelige indlæggelser, og de kunne i visse tilfælde have været forebygget, hvis nogen havde

tændt en alarmlampe [...] Hvis man havde samlet kræfterne, så kunne man have undgået en indlæggelse. Det er ikke fordi vi [i GERO-teamet, red.] kan noget, de andre ikke kan, fordi systemet kan i virkeligheden rigtig meget – tilsammen. Hvis bare vi kommer ind og gør det i tide. Så det går meget på koordination og samarbejde.” (Hospitalslæge i udgående GERO-team, P. Kristensen)

Alt i alt så er de gamle mantraer om samarbejde og vidensdeling på tværs stadig presserende og højaktuelle. Men man må også erkende, at de metoder og systemer og måder, strategierne har været ført ud i praksis på, langt fra har leveret de ønskede resultater. De obligatoriske sundhedsaftaler som er et led i strukturreformen er endnu et forsøg på at skabe mere forpligtende og konkrete samarbejder og aftaler på tværs, som forhåbentlig leder til bedre resultater end dem, tidligere tiders gode intentioner har bragt.

## Kompetenceudvikling

Den sidste strategi omhandler behovet for kompetenceudvikling i den kommunale organisation og er som de to foregående heller ikke nyheder.

Overordnet set kan kompetenceudvikling ses som tilførsel af nye (og specialiserede) kompetencer til enkeltpersoner, fx specialiserede sygeplejersker, hvor kompetenceudvikling sættes lig flere kliniske kompetencer. Her er der fokus på den enkeltes faglige viden og læring. Men kompetenceudvikling i store, komplekse organisationer handler også i høj grad om at skabe læring i en organisation – hvilket ikke er det samme som læring hos et individ. Organisatorisk læring handler om ændring af rutiner, procedurer, systemer, organiseringsformer, koordinationsmekanismer – kort sagt, hele organisationens infrastruktur (Levitt og March 1988).

Den form for kompetenceudvikling, som litteratur såvel som interview specielt efterlyser, handler ikke om bestemte kliniske specialistkompetencer. Det handler i langt højere grad om et løft i bredden af organisationen, der både sigter på at skabe en kulturel og identitetsmæssig ændring i den samlede hjemmepleje i retning af mere sundhedssektor, en ændring som i høj grad skal bæres af et meget tæt samarbejde med den del af den kommunale organisation, som netop omhandler sygdom og sundhed for den samme målgruppe – hjemmesygeplejen (og i nogen kommuner muligvis også forebyggende hjemmebesøg).

Kommunerne står over for mange typer af nye opgaver og mange forskellige behov for kompetenceudvikling. Men i relation til forebyggelse af akutte, medicinske indlæggelser handler kompetenceudvikling i høj grad om organisatorisk læring. Dette udelukker absolut ikke individuel læring:

...”Som jeg plejer at sige, når jeg underviser – forudseenhed – det kræver uddannelse og kompetence, men man skal have nogle indicier på, at her er der noget under optræk, og at man har et system, der kan råbe vagt i gevær og sørge for at få forebygget det egentlige somatiske sammenbrud.” (Ledende geriatrisk overlæge, F. Rønholt Hansen)

Men kompetenceudvikling set udelukkende som et spørgsmål om de enkelte medarbejders individuelle faglige kompetencer er en alt for primitiv forståelse af den udfordring, der ligger i at kompetenceudvikle store komplekse organisationer, som de kommunale ældre- og sundhedsområder er i dag. Alene det faktum, at der er så stor en

personaleudskiftning, som der er blandt hjemmehjælpergrupperne i mange kommuner, gør individbåret kompetenceudvikling til en svær såvel som en relativ svag strategi.

Det arbejde, som blev beskrevet i relation til blandt andet det udgående AMA-team og i relation til interviewundersøgelsens afsnit om opsporing, er et godt eksempel på, hvordan kompetenceudvikling på dette niveau kan gøres helt konkret, og hvor styrken blandt andet er, at der tages udgangspunkt i virkelige cases og indlæggelsesforløb fra de pågældende hjemmehjælperes distrikter. Dette giver mulighed for at gøre læringsituationerne meget mere praksisnære, og for at årsagerne til, at det alligevel ikke lykkes at forebygge i en praktisk verden, kan blive diskuteret.

Men personaleudskiftningen betyder, at det langt fra er nok, at kompetenceudvikling begrænses til, at faglig viden og kompetencer indlejres i personer. Der bør i langt højere grad sættes på organisatorisk læring og udvikling og på at få indlejret kompetencer i de daglige organisatoriske rutiner og systemer, der kan understøtte de skiftende individuelle medarbejdere. Men kommunerne er store organisatoriske enheder i dag og mange steder med en høj grad af funktionel differentiering i enheder, driftsområder, fagområder, centre og afdelinger. At skabe forløbsorienteret udvikling på tværs af specialiserede organisationer er en stor udfordring.

Kompetenceudvikling er således en meget stor udfordring på netop dette område – på det individuelle plan, fordi der er så stor udskiftning i individerne, og på det organisatoriske plan, fordi selve organisationsformen ikke er egnet til mere fundamental læring og ændring af de grundlæggende mønstre, strukturer og rutiner. Udfordringerne til trods, er strategien dog ikke mindre væsentlig, hvis en omstilling af den kommunale social- og sundhedssektor, som gør den i stand til virkelig at nedbringe u hensigtsmæssige indlæggelser, skal lykkes.

## SAMMENFATNING OG AFSLUTTENDE DISKUSSION

---

Litteraturen såvel som interviewstudiet og de beskrevne interventioner har peget på mange detaljer og aspekter i relation til uhensigtsmæssige indlæggelser, deres art, årsager og mulige strategier, der kan nedbringe omfanget. På baggrund af datagrundlaget er der i denne rapport opstillet en typologi bestående af tre forskellige typer af uhensigtsmæssige indlæggelser:

**Forkerte indlæggelser:** Indlæggelser betinget af ikke-somatiske – men i stedet forskellige sociale og/eller plejemæssige – årsager. Her er tale om borgere uden et medicinsk begrundet behov for udredning eller behandling.

**Forebyggelige indlæggelser:** Indlæggelser, som det med den nuværende kommunale sektor og med vores nuværende viden om uhensigtsmæssige indlæggelser og forebyggelse, må anses for mest sandsynligt at forebygge i kommunalt regi.

**Forlængede indlæggelser:** Indlæggelser, som i en kortere eller længere periode bliver "forkerte", fordi de ikke længere er somatisk begrundede, og borgeren er klar til udskrivelse, men kan ikke udskrives. Der er to forskellige typer:

- De patienter, som i længere tid venter – som oftest på en type kommunal plads, på fx plejehjem, fordi de efter indlæggelsen ikke længere kan klare sig i eget hjem.
- De patienter, som venter ét eller ganske få døgn ekstra, fordi det ikke i praksis er muligt for hospitalet at udskrive, idet kommunen ikke har mulighed for at modtage på forsvarlig vis.

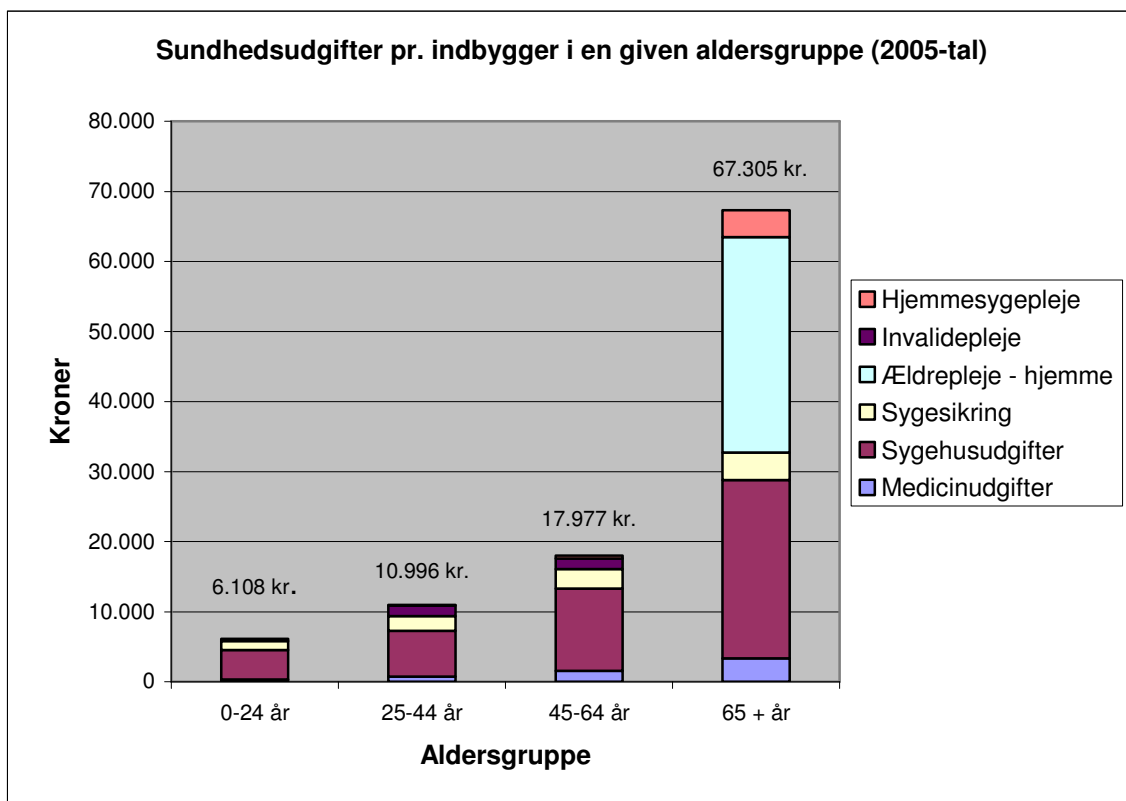
Mht. omfanget af disse tre typer af uhensigtsmæssige indlæggelser peger datamaterialet på, at der er store, lokale variationer. Enhver angivelse af omfang må derfor tages som en indikator og en inspiration til yderligere konkret og lokal udforskning. Litteraturen tyder på, at mellem 5-33% af indlæggelserne er socialt betingede. Omfanget af de forebyggelige er uklart, men specielt interviewstudiet peger på, at klinikerne ser dette område som der, hvor det største kommunale potentiale for at undgå indlæggelser ligger – blandt andet fordi omfanget af socialt betingede indlæggelser ser ud til at være faldet de senere år. Hvad angår den sidste type – de forlængede – har de fleste amter foretaget opgørelser over ventepatienter, men disse defineres som dem, der venter i længere tid. Mht. de korte forlængelser, der venter ét eller få døgn, findes der ingen tilgængelige opgørelser.

Strukturreformens nye, økonomiske incitamenter knytter sig primært til de forkerte og forebyggelige, hvor indlæggelse kan undgås, og dermed den aktivitetsafhængige medfinansiering af indlæggelser. Der er desuden sket en stramning i forhold til de forlængede, hvor ventetaksten er blevet gjort obligatorisk, men det er et åbent spørgsmål, om ventetaksten vil blive brugt på de korte forlængelser, eller om den fortsat kun vil gælde de længere.

Der har været et gennemgående tema i datamaterialet, specielt i interviewstudiet, der har fokuseret på de udfordringer som medfinansiering og de nye opgaver i relation til forebyggelse giver kommunerne, og det omhandler de forebyggelige indlæggelser. Klinikerne på tværs af faggrupper og sektorer har peget på den store og allerede eksisterende kommunale hjemmehjælper- og plejesektor som værende en af de centrale nøgler til at udnytte det potentiale, som de nye, økonomiske incitamenter rummer for

kommunerne. Og specielt interventionerne 5 og 6, som beskrev forskellige former for opfølgning efter indlæggelse, viste, at der er et stort potentiale for at forebygge (gen)indlæggelse – og at dette faktisk medfører besparelser, ikke udgifter (for den opfølgende intervention, hvor den økonomiske evaluering foreligger på nuværende tidspunkt).

Men kommunal medfinansiering eller ej, så er der en væsentlig dagsorden for den kommunale sektor i forbindelse med optimering og kvalitetsudvikling af den kommunale andel af sundhedsudgifterne – specielt til den ældre del af befolkningen. Som nedenstående figur illustrer, så forholder det sig i dag således, at selvom de ældre (65+ år) har langt det største forbrug af sygehjælp end resten af befolkningen, så er udgifterne til den kommunale ældre- og hjemmesygepleje dog stadig betydeligt højere pr. borger i denne gruppe:



**Figur 8. Sundhedsudgifter pr. indbygger i en given aldersgruppe (2005-tal).**

Note: De gennemsnitlige offentlige sundhedsudgifter fordelt på samtlige danskere er 19.847 kr. pr. person. Kilde: (Økonomigruppen og 3. udvalgssekretariat 2007)

Den kommunale sektor er på dette område således særdeles stor og omfattende, og den viste fordeling af udgifter på sektorer til de 65+-årige på sundhedsområdet maner til eftertanke mht., hvor det store kommunale potentiale reelt set ligger. Grundet de nye, økonomiske incitamenter i form af en alt i alt relativt begrænset medfinansiering af sygehjælperne har der været meget fokus på de nye udgifter til medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen. Imidlertid er det i lyset af tallenes størrelse væsentligt også at medtænke det potentiale, der ligger i at satse langt mere på systematisk forbedring,



forskningsbaseret og professionalisering af hele den store og allerede eksisterende kommunale sundhedssektor.

Set i dette lys er det derfor meget væsentligt at fokusere på, hvordan den allerede eksisterende og omfattende kommunale sundhedssektor kan omstilles til at løse både de nye opgaver og de eksisterende på kvalitetsmæssigt bedre og mere hensigtsmæssig vis. Projektet rummer inspiration til at gå flere veje, der må ses som supplerende og ikke som gensidigt udelukkende. Datamaterialet peger især på to typer af mulige interventioner i relation til uhensigtsmæssige indlæggelser:

- En målrettet og systematisk indsats i relation til forebyggelse af *genindlæggelser*, bestående i *opfølgning* efter indlæggelse, hvor eksisterende aktører i primærsektoren inddrages i en langt mere systematisk og koordineret opfølgning (herunder specielt hjemmesygeplejen og almen praksis).
- En målrettet og systematisk indsats i relation til *forebyggelse* af *indlæggelser*. Overordnet set er der tale om to led: Tidlig *opsporing* via den eksisterende hjemmepleje, og *handling* på basis af opsporingen, der virker som forebyggelse af indlæggelse, hvor de eksisterende aktører inddrages (fx hjemmesygepleje, almen praksis, relevante hospitalsfunktioner samt andre kommunale aktører såsom terapeuter, diætister, forebyggende hjemmebesøg og hjemmehjælpere i de tilfælde, hvor det er muligt og hensigtsmæssigt).

For mange ældre er genindlæggelse og indlæggelse to sider af samme sag. Men det er væsentligt at skelne, for der er behov for forskellige typer af interventioner, som involverer forskellige typer af aktører. Hvor forebyggelse af genindlæggelse involverer systematisk opfølgning og implementering af fx ny medicinering, nye hjælpemidler, ny hjælp i hjemmet, træning mv., så involverer forebyggelse af indlæggelser en systematisk opsporingsindsats løbende og i hverdagen. De to elementer supplerer hinanden – de er ikke modstridende.

Som interviewstudiet pegede på, så er der store og ikke mindst kulturelle udfordringer forbundet med at gøre ældre- og hjemmeplejen til en del af sundhedssektoren i praksis. Årsagerne er mange, og når en udgående hospitalssygeplejerske i interviewundersøgelsen oplever, at hjemmeplejens arbejdsidentitet er præget af praktisk hjælp og service – men ikke af sundhed, sygdom eller forebyggelse – så må man samtidig huske på den måde, hvorpå denne sektor lovgivnings- og myndighedsmæssigt er placeret i dag: Lovgrundlaget hører under Social- og ikke Sundhedsministeriet og handler om 'social service', og de centrale paragraffer primært om 'praktiske hjælp' og 'personlig pleje'. Men samtidig indregner vi i Danmark næsten alle ældreplejeudgifterne til sundhedsudgifterne, når vi rapporterer sundhedsudgiftsstatistik til OECD, mens de fleste andre medlemslande kun inkluderer den del af ældreplejeudgifterne, der er direkte sundhedsrelateret.

Hvordan den store del af vores velfærdssektor, som ældre- og hjemmeplejen udgør, egentlig skal forstås – fagligt såvel som identitetsmæssigt – er således ikke helt klart. Ideelt set må svaret ligge et sted mellem social- og sundhedsvæsenet. Spørgsmålet er dog, hvor meget sundhedsvæsen der i dag reelt er i denne del af den kommunale sektor. Klinikerne i denne rapport – på tværs af faggrupper og sektorer – er dog ikke i tvivl om, hvilken retning udviklingen bør gå i: Ældre- og hjemmeplejen skal inddrages langt mere

direkte, bevidst og tydeligt i sundhedssektoren og den sundhedsfaglige tradition, kultur og forskning.

Denne kulturelle og mere faglige identitetsmæssige diskussion er helt central og berører hele fundamentet for at arbejde effektivt med uhensigtsmæssige indlæggelser. Når 30 års litteratur viser en slående mangel på valide studier eller undersøgelser fra kommunalt hold, der dokumenterer sundhedsmæssige problemer, uhensigtsmæssige indlæggelser eller effekter af tiltag, nyskabelser og interventioner, så handler det om en helt anden tradition, end den sundhedsfaglige, for dokumentation, systematik, forskning og evaluering. Der er ikke den samme tradition for at arbejde med sundhedsmæssige mål eller for at dokumentere, at disse mål i et eller andet omfang nås. Det betyder dog ikke, at der ikke laves gode interventioner eller foretages evalueringer, men disse har i langt højere grad karakter af samarbejdspartner-, bruger- eller borgertilfredshedsundersøgelser (sådanne har til gengæld været relativt dårligere repræsenteret i det regionale sundhedsvæsen, som dog har ændret sig markant på dette punkt de sidste 10 år). Om denne markante forskel skyldes forskelle i, hvor tæt de to sektorer er på borgerne (vælgerne), eller om det skyldes dominans af forskellige typer af sundhedsfaglige, eller helt andre faktorer, kan dette projekt ikke sige noget om.

Men som konsekvens af kommunernes nye opgaver på sundhedsområdet står et helt fundamentalt spørgsmål tilbage, som man som kommunal sundhedsaktør eller leder må stille sig selv: Er det grundlæggende formål med enhver given indsats – det kan være 'kan'- såvel som 'skal'-opgaver – at levere mere *sundhed* for pengene, eller er formålet at gøre borgere, der modtager en eller anden form for kommunal ydelse, *glade og tilfredse*? De to aspekter skulle selvfølgelig gerne være to sider af samme sag, men er det langt fra i praksis. Og derfor er det nødvendigt at skelne og forholde sig systematisk og dokumenteret til begge aspekter på en konstant og løbende basis.

Netop grundet disse forskelle i perspektiver indeholder et udbredt evalueringsdesign i sundhedsvæsenet<sup>45</sup> da også fire forskellige perspektiver: et rent sundhedsmæssigt (hvilke sundhedsmæssige effekter har et givet initiativ/intervention/forandring?), et økonomisk (hvad er prisen – eller besparelsen – ved dette?), et organisatorisk (hvilke organisatoriske og strukturelle forudsætninger og konsekvenser indebærer det?) og sidst men ikke mindst et patientperspektiv (hvordan oplever patienterne det?).

Selvfølgelig kan enhver form for udvikling, bevægelse eller forandring ikke altid udelukkende ses i disse fire perspektiver. Men metoden udgør et godt og meget konkret værktøj, der kan tages i brug i kommunerne, som led i den noget mere u håndgribelige og svære størrelse det er, blot at pege på behovet for en kulturel ændring og en mere sundhedsfaglig identitet og tradition.

Denne rapport peger på, at der er gode grunde til at fokusere på de muligheder og ressourcer, der ligger i at have så stor en hjemmehjælpssektor, der allerede kommer ude i langt de fleste hjem med udsatte borgere i relation til uhensigtsmæssige indlæggelser. Og et kendt, konkret og velafprøvet værktøj som fx MTV-designet kan medvirke til at facilitere den kulturelle og fagidentitetsmæssige omstilling fra social til sundhed.

---

<sup>45</sup> MTV – Medicinsk Teknologivurdering. Se evt. CeMTV (Center for medicinske teknologivurdering) under Sundhedsstyrelsen.

Alt i alt kan ovenstående diskussion kort sammenfattes til følgende fem mere generelle anbefalinger:

## Anbefalinger

- Systematik, forskning og synliggørelse af sundhedsmæssige effekter af ydelser: Som et led i løbende forbedringer, forandringer og nye tiltag bør der arbejdes systematisk og databaseret, herunder med randomiserede studier, for at kunne følge, synliggøre og ikke mindst løbende forbedre indsatsen på hele det kommunale sundhedsområde inkl. den del af den sundhedsmæssige indsats, der løftes på hjemmehjælpsområdet.
- Fra nybygning til ombygning: På baggrund af rapportens analyser anbefales det, at der tages udgangspunkt i at optimere og forbedre indsatsen blandt de eksisterende aktører i primærsektoren, herunder de kommunale aktører såvel som almen praksis. Nybygning og udbygning af den kommunale sundhedssektor i relation til uhensigtsmæssige indlæggelser bør derfor kun ske som en integreret del af ændringer i den eksisterende organisation.
- Akutfilosofi, kompetenceudvikling, samarbejde og vidensdeling: Analyserne har peget på, at der inden for den eksisterende kommunale sundhedssektor bør arbejdes eksplicit med tre strategiske elementer, som alle er beskrevet mere indgående s.69-79: Akutfilosofi, kompetenceudvikling, samarbejde og vidensdeling.
- Klare indsatsområder: Det anbefales, at der som led i en mere systematisk og vidensbaseret indsats på området arbejdes med forskellige typer af interventioner og projekter, hvor der skelnes og prioriteres klart mellem forkerte, forebyggelige og forlængede indlæggelser, samt at der i relation til de forebyggelige skelnes mellem indsatser målrettet forebyggelse af genindlæggelser hhv. indlæggelser.
- Fra service til sundhed: Helt overordnet forudsætter alle anbefalingerne, at der sker en kulturel, identitetsmæssig og faglig reorientering af de områder, der i mange kommuner i dag benævnes ældre-, omsorgs- eller plejeområdet i retning af sundhed, og herunder ikke mindst mere forebyggelse.

## REFERENCER

---

- Andersen, C. (2005). Det store kommunale sundhedseksperimentarium. *Ugeskrift for Læger*, 167(22), s. 2370-2374.
- Boll Hansen, E., Eskelinen, L., Sejr, T. & Wagner, L. (1997). *Ældrevenlige behandlingsforløb – en analyse af fem indsattstyper*. (DSI rapport 97.03). København: AKF Forlaget.
- Boll Hansen, E., Hovgaard Vested, S. & Engberg, L. (2004). *Specielle plejeopgaver uden for sygehus - status og udfordringer*. København: FOKUS.
- Bundgaard, B. (2006). Kvaliteten på spil i landets kommende sundhedscentre. *Ugeskrift for Læger*, 168(4), s. 350-353.
- Felbo, O. & Søland, A.M. (1996). *Ældre og sundhedsvæsenet*. København: Akademisk Forlag.
- Finansministeriet (2006). *Aftaler om den kommunale og regionale økonomi for 2007*. København: Finansministeriet.
- Hallas, J., Worm, J., Beck-Nielsen, J., Gram, L.F., Grodum, E., Damsbo, N. et al. (1991). Drug related events and drug utilization in patients admitted to geriatric hospital department. *Danish Medical Bulletin*, 38(5), s. 417-421.
- Helsingør og Hørsholm Sygehuse (1992). *Akut- og Genindlagte Medicinske patienter: En Undersøgelse af akut- og genindlagte patienter ved Helsingør og Hørsholm Sygehuse*. [S.I.]: Helsingør og Hørsholm Sygehuse.
- Hendriksen, C. (1985). *Rødovreprojektet: en 3-årig ældreundersøgelse*. Rødovre: Social- og Sundhedsforvaltningen.
- Hendriksen, C. (1987). Konsekvenser af forebyggende hjemmebesøg blandt gamle mennesker: En opfølgning 2½ år efter interventionsprocedurens afslutning. *Ugeskrift for Læger*, 149(31), s. 2097-2100.
- Hendriksen, C., Kirk, H., Fals, K. & Fjordside, K. (1979). Ældre patienters akutte indlæggelse på medicinsk afdeling i Københavns kommune - II. Socialmedicinske forhold forud for indlæggelsen. *Ugeskrift for Læger*, 141(30), s. 2075-2078.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2004). *Aftale om strukturreform*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2005). *Forslag til Sundhedsloven LOV nr. 74 (som fremsat) 24/02/2005*.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2006a). *Bekendtgørelse om Sundhedskoordinationsudvalg og Sundhedsaftaler. Bekendtgørelse nr. 414 af 5/5/2006*.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2006b). *Cirkulære om aktivitetsbestemt, kommunal medfinansiering på sundhedsområdet. Cirkulære nr. 58 af 28/6/2006*.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2006c). *Sundhedssektoren i tal*. Udskrevet 30-1-2007, fra [http://www.im.dk/publikationer/sundhedssektoren\\_i\\_tal/samletjuni06.pdf](http://www.im.dk/publikationer/sundhedssektoren_i_tal/samletjuni06.pdf).

- Ishøy, T., Quist, P., Rasmussen, L., Gjørup, T., Rasmussen, J.H., Christau, B. et al. (2005). U hensigtsmæssige indlæggelser på medicinske afdelinger. *Ugeskrift for Læger*, 167(19), s. 2057-2059.
- Jacobsen, E.T. (1999). *Forebyggelse og sundhedsfremme i sundhedsvæsenet*. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- Jensen, J.H. (1995). *U hensigtsmæssige indlæggelser på medicinsk afdeling*. Hillerød: Sundhedsforvaltningen Frederiksborg Amt.
- Kehlet, H. (1997). Accelererede operationsforløb - hvorfor og hvordan? *Ugeskrift for Læger*, 159(44), s. 6495.
- Kehlet, H. (2001). Accelererede operationsforløb - en faglig og administrativ udfordring. *Ugeskrift for Læger*, 163(4), s. 420-424.
- Kehlet, H., Degn-Petersen, B., Carlsen, H., Weber, T. & Rasmussen, Y.H. (2004). Accelereret patientforløb efter sectio. *Ugeskrift for Læger*, 166(23), s. 2254-2258.
- Kirk, H. & Dalgaard, O.Z. (1980). Akut hjemmepleje som alternativ til causa socialis indlæggelse. *Ugeskrift for Læger*, 142(35), s. 2299-2302.
- Kirk, H. & Hendriksen, C. (1979a). Ældre patienters akutte indlæggelse på en medicinsk afdeling i Københavns Kommune - I. Den akutte indlæggelsesindikation. *Ugeskrift for Læger*, 141(30), s. 2029-2032.
- Kirk, H., Hendriksen, C. & Schlichting, P. (1979b). Ældre patienters akutte indlæggelse på en medicinsk afdeling i Københavns Kommune - III: Indlæggelsesforløbet. *Ugeskrift for Læger*, 141(30), s. 2079-2081.
- Kirkegaard, H.T. (1995). *Indlæggelse af gamle af sociale årsager. Analyse af problemopfattelser og forventninger til indlæggelsen hos den gamle og netværket*. Århus: Aarhus Universitet.
- Kontoret for Sygesikring og Sundhedsfremme i Nordjyllands Amt, Klinisk Epidemiologisk afd. Aalborg Sygehus & Aarhus Universitet (2002). *Evaluering af Projekt GERO-team Skagen Sygehus*. [S.l.]: [S.n.].
- Kristensen, E. (2003). Etablering af minisygehuse i kommunalt regi. *Ugeskrift for Læger*, 165(16), s. 1719-1720.
- Laursen, E. (1995). *Medicinsk modtagefunktion. En analyse af akut- og genindlagte patienter med diagnosen causa socialis på Epidemioafdeling M, Rigshospitalet i perioden september 1993 - september 1994*. København: Rigshospitalet.
- Levitt, B. & March, J.G. (1988). Organizational Learning. *American Review of Sociology*, 14, s. 319-340.
- Lund Nielsen, M. & Vinge, S. (2004). *Lokale sundhedstilbud. Fire caseanalyser af lokale sundhedsnetværk*. København: Amdsrådsforeningen og DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- Lægemedelstyrelsens arbejdsgruppe om klinisk farmaci (2004). *Brug medicinen bedre – perspektiver i klinisk farmaci*. København: Lægemedelstyrelsen.
- Münter, D., Bach Iversen, M., Ravnholt, M.M. & Andersen, J.S. (2005). *Tværsnitsundersøgelse 2005 - Planlægning under akut indlæggelse, Visitation*,

*Information, Medicinering, Ernæring og genoptræning*. København: DGMA Den Gode Medicinske Afdeling.

Møller Pedersen, K. (2005a). Kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet - en kritisk analyse af det økonomiske incitament. I: *Kommunal medfinansiering på sundhedsområdet* (s. 4-12). (FOKUS-Nyt nr. 29). København: FOKUS.

Møller Pedersen, K. (2005b). *Kommunal medfinansiering af sundhedsvæsenet*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.

Nielsen, L. (2004). *Projektbeskrivelse - Kvalitetsudvikling af ydelser fra Akut Modtage Afsnit på Frederiksberg Hospital til akut syge ældre borgere i Frederiksberg Kommune*. Frederiksberg: Frederiksberg Hospital - Medicinsk Center.

Nielsen, L. (2005). *Evaluering af pilotprojektet: Kvalitetsudvikling af ydelser fra akut modtage afsnit, Medicinsk Center Frederiksberg Hospital, til akut syge ældre borgere i Frederiksberg Kommune*. Frederiksberg: Frederiksberg Hospital - Medicinsk Afdeling.

Olesen, F., Hessellund Knudsen, M., Mørck Rubak, J. & Kristensen, E. (1998). Akutte medicinske indlæggelser på et centralsygehus: Hvorfor akut indlæggelse? Er der et alternativ? *Ugeskrift for Læger*, 160(41), s. 5927-5930.

Pagh, A.G. (2002). *Evaluering af projekt akut stue på plejehjem og akut vagt i eget hjem*. Sorø: Vestsjællands Amt.

Poulsen, J. (2003). Kommunalt misbrug af sundhedscentre. *Ugeskrift for Læger*, 164(41), s. 3895.

Rasmussen, J.H. & Gjørup, T. (2003). Kan indlæggelse på et sundhedscenter af akutte medicinske patienter erstatte indlæggelse på hospital? *Ugeskrift for Læger*, 165(48), s. 4640-4645.

Rasmussen, S., Kristensen, B., Myhrmann, L., Kehlet, H. & Foldager, S. (2002). Accelereret operationsforløb efter hoftefraktur. *Ugeskrift for Læger*, 165(1), s. 29-33.

Regeringen (2002). *Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Ringbæk, T.J., Eriksen, N. & Vestbo, J. (2003). Assisteret hjemmebehandling af eksacerbation i KOL. *Ugeskrift for Læger*, 165(20), s. 2091-2095.

Rønholt Hansen, F., Spedtsberg, K. & Schroll, M. (1994). Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter hospitalsindlæggelse: En randomiseret, kontrolleret undersøgelse. *Ugeskrift for Læger*, 156(22), s. 3305-3311.

Storstrøms Amt & Næstved Kommune (2000). *Akutstueprojektet på Lille Munkebo i Næstved: Evalueringsrapport*. Nykøbing F.: Storstrøms Amt.

Strukturkommissionen (2004). *Strukturkommissionens Betænkning. Bd. 1-3* (Betænkning 1434). København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Sundhedsstyrelsen (2006). *Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler*. København: Sundhedsstyrelsen.

Tang Friberg, J., Taastrøm, A., Bak Andersen, I., Schultz-Larsen, P. & Buch Andreasen, P. (2002). Kan akutte indlæggelser konverteres til planlagte indlæggelser på medicinske afdelinger? *Ugeskrift for Læger*, 164(40), s. 4660-4663.

Thune Jacobsen, E., Vinther, K., Vejlø Rasmussen, F. & Kürstein, P. (2002). *Sygehusbaseret forebyggelse for KOL-patienter under indlæggelse og i hjemmet: Kvantitativ og kvalitativ evaluering af et 1-årigt interventionsprojekt rettet mod patienter med kronisk obstruktiv lungelidelse*. (DSI rapport 2002.03). København: DSI institut for sundhedsvæsen.

Trinskjær, M. (2005). *Akutteam – erfaringer og perspektiver fra Helsingør Kommune*. Helsingør: Helsingør Kommune.

Vinge, S. (2003). *Organisering og reorganisering af medicinsk arbejde på sygehuse. Ph.d.-afhandling*. (Ph.d.-serie 9.2003). København: Handelshøjskolen i København.

Zwisler, A., Nissen, N. & Madsen, M. (2006). *Hjerterehabilitering - en medicinsk teknologivurdering. Evidens fra litteraturen og DANREHAB-forsøget*. (Medicinsk Teknologivurdering - puljeprojekter; 2006; 6(10)). København: Sundhedsstyrelsen Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering.

Økonomigruppen og 3. udvalgssekretariat (2007). *Sundhedssektoren i Danmark – Hvor stor er sundhedssektoren og hvad får vi for pengene? Minianalyse*. København: Folketinget.

## **BILAG 1: AEP (APPROPRIATENESS EVALUATION PROTOCOL)**

### **AEP-kriterier ved den hensigtsmæssige indlæggelse**

1. Kirurgisk eller anden behandling inden for 24 timer, der kræver generel/regional anæstesi og/eller udstyr eller faciliteter, der kun er til rådighed under indlæggelse
2. Monitorering af vitale parametre mindst hver anden time
3. A) Intravenøs indgift af medicin  
B) Intravenøs indgift af væske
4. Observation for medicinforgiftning
5. Kontinuerlig eller intermitterende (mindst hver ottende time) respiratorisk assistance
6. Svære elektrolyt- eller blodgasforstyrrelser, mindst en af følgende  $<123$  mmol/l eller  $>156$  mmol/l kalium  $<2,5$  mmol/l eller  $>6$  mmol/l. Bikarbonat ( $\text{HCO}_3$ )  $<20$  mmol/l eller  $36$  mmol/l. Arteriel pH  $<7.3$  eller  $>7,45$
7. Akut tab af syn eller hørelse inden for de seneste 48 timer
8. Akut lammelse inden for de seneste 48 timer
9. Persisterende feber  $>38^\circ\text{C}$  i mere end fem dage
10. Pågående blødning
11. Gabende sår eller udfald af indre organer
12. Pulsfrekvens  $<50/\text{min}$  eller  $>140/\text{min}$
13. Systolisk blodtryk  $<90$  mmHg eller  $>200$  mmHg og/eller diastolisk blodtryk  $<60$  mmHg eller  $>120$  mmHg
14. Pludselig opstået bevidstløshed (koma eller bevidsthedssvækkelse)
15. Elektrokardiogram (EKG)-tegn på akut iskæmi, som giver mistanke om nyopstået myokardieinfarkt

Kilde: (Ishøy et al. 2005).



Rapporten kan bestilles hos FOKUS på  
FOKUS' hjemmeside: [www.fokus-net.dk](http://www.fokus-net.dk)  
Tlf: 35 29 81 00  
E-mail: [publ@fokus-net.dk](mailto:publ@fokus-net.dk)  
Rapporten har bestillingsnummer 7368

Rapporten koster kr. 50,- inkl. moms, ekspedition og forsendelse. Rapporten kan læses  
og udskrives gratis fra FOKUS' hjemmeside på [www.fokus-net.dk/indlaeggelser](http://www.fokus-net.dk/indlaeggelser).

© FOKUS og forfatterne  
Layout: SisterBrandt  
Tryk: Danske Regioner  
Oplag: 1000

Strukturreformen introducerer delvis kommunal egenbetaling for borgernes forbrug af sygehusydelser, og de nye sundhedsaftaler stiller krav om, at kommuner og regioner skal beskrive, hvordan de vil forebygge u hensigtsmæssige, akutte indlæggelser.

Denne rapport omhandler kommunernes muligheder for at undgå u hensigtsmæssige indlæggelser – uden at gå på kompromis med kvalitet eller kravet om let og lige adgang til sundhedsvæsenet for alle borgere.

Forfatterne undersøger via et litteraturstudie og en interviewundersøgelse med sundhedsfaglige fra begge sektorer omfanget af u hensigtsmæssige indlæggelser i Danmark. Hvad karakteriserer dem, og hvad kan der fra kommunalt hold gøres for at nedbringe antallet? På denne baggrund opstilles en typologi over u hensigtsmæssige indlæggelser bestående af forebyggelige, forkerte og forlængede indlæggelser.

Rapporten beskriver desuden seks konkrete interventioner, som på forskellig vis er relevante i forhold til u hensigtsmæssige indlæggelser. I forlængelse heraf udfoldes og diskuteres tre kommunale strategier på området – omstilling til kommunal akutfilosofi, intensiveret samarbejde og vidensdeling samt kompetenceudvikling. Som led i strategidiskussionen præsenteres konkrete metoder og ideer til nedbringelse af de forskellige typer af u hensigtsmæssige indlæggelser.

ISBN nr. 978-87-90837-49-5 (trykt)

ISBN nr. 978-87-90837-50-1 (elektronisk)

Bestilles eller downloades på [www.fokus-net.dk](http://www.fokus-net.dk)