

FASTE

SPECIEL KOST

MÅ UDVISITERES

NY PT. KOMMET

Journal i modt.

UDSK. D.D. FRA AVA

RHEUM TILSYN GERI TILSYN

RHEUM TILSYN GERI TILSYN

RHEUM TILSYN

RHEUM TILSYN

RHEUM TILSYN

RHEUM TILSYN

NEURO TILSYN PSYK TILSYN

NEURO TILSYN PSYK TILSYN

NEURO TILSYN PSYK TILSYN

EKKO

Dette er med virkning fra mandag den 6. april 2010

Kald af porten

08,00 - 19,00	8026
19,00 - 23,00	8015
23,00 - 08,00	8011

Kald af porten

## KAPITEL 9

## Følg op på de gamle patienter og undgå genindlæggelser

- ▶ De gamle får en bedre behandling, hvis hospital, kommune og praktiserende læge arbejder tættere sammen. Men ikke alle parter er lige nemme at føre ind på den samme sti.
- ▶ I vores forsøg blev der rettet op på fejlmedicinering. Teamet smed gammel medicin ud og sikrede, at patienten fulgte den behandling, som hospitalet havde iværksat.
- ▶ Praktiserende læger klager altid over, at de har så travlt, og hvordan skal de pludselig presse op til tre besøg pr. udskreven ældre patient ind i programmet? Det er vigtigt at understrege fordelene ved, at lægerne får styr på nogle af deres mest komplicerede patienter.
- ▶ Effekten af et opfølgningssystem er klar: Sygehusene får færre indlagte, regionerne sparer formentlig nogle penge, og ikke mindst de gamle får en bedre behandling. Endelig får lægerne og hjemmeplejen et bedre overblik over deres tungeste patienter.



Lars Rytter  
Praktiserende læge, Albertslund

Magda på 81 er allerede ramt fra flere kanter, da hun indlægges på hospitalet med blærebetændelse. Hendes led døjer med gigt, hun har type 2-diabetes, og en lettere demens er sat ind, så hun husker dårligere og dårligere. Sidst hun var indlagt, var det med et brækket ben, og nu bor hun på plejehjem. Magda får medicin for nedsat hjertefunktion

og for højt blodtryk – hun får to præparater, fordi hendes praktiserende læge er ved at lave en overgang fra dyr til billig medicin.

På hospitalet behandler lægerne Magdas blærebetændelse, men de vurderer også hendes andre skavanker. De udskriver dyr medicin til det svækkede hjerte og blodtryk, og de skønner, at Magda skal have mere medicin mod diabetes, hvilket hendes praktiserende læge faktisk tidligere har forsøgt, men blodsukkeret blev for lavt.

Da Magda er kommet sig over blærebetændelsen, kan hun vende tilbage på plejehjemmet, og hospitalet sender et udskrivningskort til hendes praktiserende læge. Der står imidlertid intet om, at lægerne har ordineret ny medicin, og der er ikke lagt en plan for kontrol fremover. En uge efter må den praktiserende læge på akut besøg. Magda har fået det dårligt. Hvis det havde været lægevagten var hun sikkert blevet indlagt igen.

Magda er en af de sårbare ældre patienter, som har stor risiko for at blive indlagt igen og igen. Ca. halvdelen af alle de gamle patienter, som bliver udskrevet fra hospitalerne, bliver genindlagt inden for seks måneder. Årsagen er ikke Magdas høje alder og det skrantende helbred, men en mangel på sikker overdragelse af ansvar og kommunikation mellem hospital og praktiserende læge. Så snart hun bevæger sig ud af hospitalets hovedindgang efter en indlæggelse, er ansvaret for hendes behandling og velbefindende ikke længere hospitalets. Den ophører, når hun træder ud af døren, og så står hun mere eller mindre på egne svækkede ben.

### Udskrivningsbreve er utilstrækkelige

Som i Magdas tilfælde sender hospitalet godt nok et udskrivningsbrev til patientens praktiserende læge. Problemet er, at brevet ofte indeholder utilstrækkelige informationer om, hvad hospitalslægerne har foretaget sig, og hvilken medicin de har udskrevet – og sjældent sikre anvisninger på, hvordan patienten skal følges op.

Ingen har dermed styr på, hvad Magda og de andre gamle patienter får eller mangler at få af medicin, og slet ikke Magda selv. Halvdelen af de gamle får medicin – udskrevet af flere forskellige læger. Når den praktiserende læge forventes at være tovholder med et samlet overblik, kræver det løbende information fra andre læger. Hvis plejehjemmet, som i Magdas tilfælde, kort efter en udskrivning ringer og klager over

akutte problemer, står den praktiserende læge på bar bund og ender ofte med at indlægge den gamle igen. I en hel del tilfælde viser det sig, at den grundlæggende årsag er manglende kontrol med medicin eller eventuelt bivirkninger. Andre gange har patienten ikke taget den medicin, hun burde, eller hun har taget for meget. Hvis en patient med hjerteproblemer ikke tager den rette mængde medicin, kan det give komplikationer og i sidste ende have fatale konsekvenser.

Traditionelt fungerer vores sundhedssystem sådan, at patienter selv bestemmer, om de vil til læge. Hvis de en dag føler sig syge, så ringer de. Lægen blander sig ellers ikke. Men når det gælder ældre sårbare mennesker, skal vi tænke og arbejde meget mere proaktivt. Vi har behov for et opfølgende og opsøgende system, hvor systemet og lægerne selv tager initiativet. I forbindelse med specielt hårdt ramte mennesker, skal den praktiserende læge løbende opdateres om, hvordan de har det, og hvad de får af behandling. Selvfølgelig for patientens skyld, men bestemt også for hospitalerne og de praktiserende lægers egen skyld. For det betaler sig at bruge tid og penge på gamle patienter. Det viser en undersøgelse fra Glostrup Hospital.

### Opskriften på den gode opfølgning

For at finde ud af, hvilken effekt det har at følge op på ældre patienter efter indlæggelse, blev et projekt sat op i Region Hovedstaden i 2003. I en periode på to år indførte medicinsk og geriatrisk afdeling på Glostrup Hospital sammen med de praktiserende læger og hjemmeplejen i syv kommuner en fast model for, hvad der skulle ske, når en patient over 78 år blev udskrevet.

Hospitalets opgave er at vurdere patientens situation, en opgave, som personalet i forvejen udfører, hver gang de udskriver. De spørger, om patienten bor alene, og om der er behov for hjælp til at komme hjem, madudlevering eller nye hjælpemidler. Men i projektet var det også hospitalslægernes ansvar at være helt klar i mælet, hvad angår behandling og medicin. Hospitalet skulle lægge en overordnet plan i udskrivningsbrevet for det videre forløb efter udskrivningen.

Inden en patient som f.eks. Magda vendte hjemad, ringede hospitalet til hendes praktiserende læge, informerede om udskrivningen og fremsendte opfølgningsplanen i udskrivningsbrevet. I det øjeblik overdrog hospitalet ansvaret for Magda til den praktiserende læge.

Mønsteret for opfølgningen var enkelt: kontakt patienten 1., 3. og 8. uge efter udskrivningen. Lægen lagde ud med at ringe til hjemmeplejen og patienten for at aftale et besøg af en times varighed inden for en uge. Under besøget fandt de sammen ud af, hvordan det stod til med behandlingen, hverdagen i hjemmet, og de gennemgik patientens medicinskab. I projektet så lægen igen patienten efter tre uger, enten i hjemmet eller i konsultationen, og igen efter otte uger.

Resultatet var markant: 23 pct. færre genindlæggelser end i kontrolgruppen (se figur 1), og hos dem, der kom på hospitalet igen, gik der længere tid efter udskrivningen, inden de blev indlagt. I forsøget faldt antallet af medicineringsfejl, og der blev fulgt bedre op på hospitalsbe-

handlingen. Økonomisk gav det også gevinst. Netop fordi sygehusene fik færre genindlæggelser blev der i projektet i alt sparet 5.000 kr. pr patient.

### Rigtig medicin og tryghed ved egen læge

Resultatet var overraskende markant, og spørgsmålet om, hvordan en enkel intervention kan have så stor effekt, melder sig.

Medicinen viste sig at være en vigtig faktor. I forsøget indtog de gamle i gennemsnit syv forskellige slags medicin, som kræver sikker kontrol. Der var klart flere af patienterne, som fulgte den behandling, som hospitalet eller lægen havde påbegyndt i projektet.

Hvis en person med f.eks. dårligt hjerte ikke tager sin medicin, kan hjertet svigte akut.

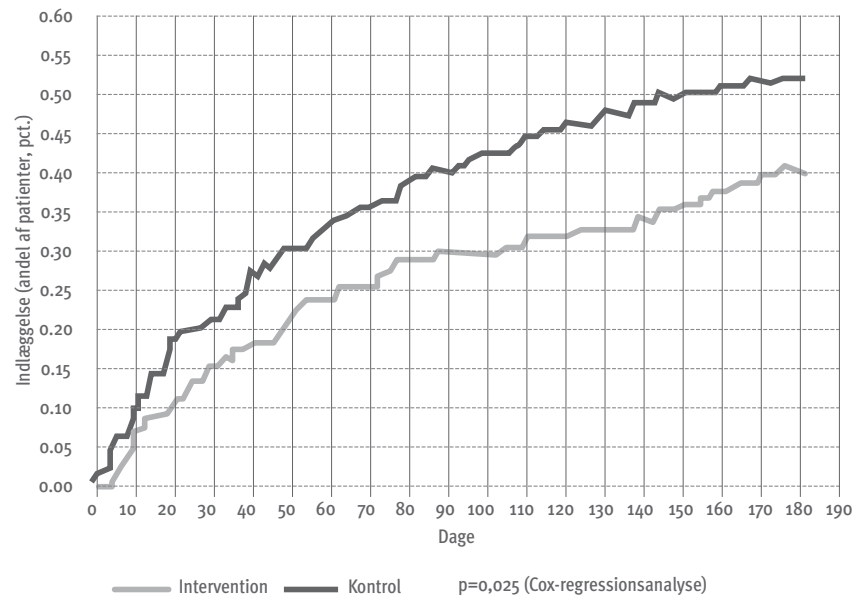
Derfor er det vigtigt, at lægen og hjemmeplejen gennemgår patienternes medicinskab ved første besøg. Lægen er ansvarlig for recepterne, mens hjemmeplejen oftest fylder op. I forsøget blev der rettet op på fejlmedicinering. Teamet smed gammel medicin ud og sikrede, at patienten fulgte den behandling, som hospitalet havde iværksat. I projektet endte patienterne med særlig opfølgning med at indtage mere medicin end kontrolgruppen.

Men disse medicinjusteringer kan ikke tage hele æren for at holde de gamle hjemme. Det mærkværdige ved grafen er, at forskellen i antallet af genindlæggelser fortsatte i op til et halvt år efter udskrivningen. Man ville kun forvente at kunne se en effekt i få måneder efter besøgene. Noget andet må være på spil.

Når lægen og hjemmeplejen pludselig kommer på besøg hos patienten og giver sig tid til at snakke i en hel time, er det en meget markant begivenhed. Tidligere så patienten muligvis sjældent sin læge og var usikker på, hvad man kunne regne med fra den side. Nu er lægen velinformeret om situationen og planlægger at komme igen.

Kommunikationen med lægen giver tryghed, og det kan have stor betydning for, hvad der videre sker. Hvis patienten en weekend rammes af tilbagefald eller får det dårligt, lader han eller hun muligvis være med at ringe til vagtlægen, som oftest vil indlægge den syge. Visheden om, at patienten kan ringe til egen læge mandag eller måske vente til det næste aftalte besøg, virker beroligende. Den gamle oplever, at med mindre, det naturligvis er akut og meget alvorligt, kan problemet løses

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



Patienterne i undersøgelsen er udskrevne medicinske patienter. De inddeles i to grupper, interventionspatienterne, der systematisk følges op af praktiserende læge, og kontrolgruppen. Undersøgelsen viser, at de praktiserende læger i højere grad har fuldført anbefalingerne fra sygehuset for interventionspatienterne, og det giver færre genindlæggelser.

Kilde: Sundhedsstyrelsen. Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus – en medicinsk teknologivurdering, 2007

derhjemme og ikke nødvendigvis på hospitalet. Psykologiske mekanismer kan være årsag til den lange effekt, vi ser på grafen.

### Hvordan får vi de praktiserende læger med?

Konklusionen er som sagt, at de gamle får en bedre behandling, hvis hospital, kommune og praktiserende læge arbejder tættere sammen. Men ikke alle parter er lige nemme at føre ind på den samme sti.

Hjemmeplejen er generelt ret motiveret for at finde tid til de ekstra besøg. Arbejdsbyrden for personalet på hospitalernes medicinske og geriatriske afdelinger ændrer sig heller ikke overvældende meget. De er vant til at vurdere patienterne ved udskrivningen, men de skal naturligvis huske denne nye opgave. Nu skal de finde patienterne, lave et udskrivningskort med en fremadrettet plan for opfølgning og kontakte hjemmeplejen og den praktiserende læge med hensyn til opfølgning.

Det er sværere at få lægerne ud af vagten end hjemmeplejen. Det resulterer i, at der på gangene blandt politikerne i kommunerne og regionerne lurer en generel mistillid til lægerne. Er de overhovedet indstillet på at løfte opgaven? Lægerne ude i praksis klager altid over, at de har så travlt i forvejen, og hvordan skal de pludselig presse op til tre besøg pr. udskreven ældre patient ind i programmet? Derfor er det vigtigt at understrege fordelene for lægerne selv ved at få styr på nogle af de mest komplicerede patienter i deres praksis.

De gamle med kroniske sygdomme og et stort medicinkort er nogle af de meste tyngende og komplicerede patienter for den praktiserende læge. Der kan være rod med medicinen, de kan ikke huske, og der er risiko for akutte sygebesøg. Ved akutte besøg står lægen tit uden hjemmeplejen, som ellers kan være med til at finde løsninger, bl.a. ved at rapportere sine observationer i hjemmet og sikre fortsat observation.

En del af denne usikkerhed kan undgås med en opfølgningsordning. Ved det første møde, en uge efter at patienten er blevet udskrevet, laver læge og hjemmepleje en ordentlig gennemgang af situationen, tjekker medicineringen og den behandling, hospitalet har sat i værk. Familien kan også være til stede, så alle kan blive informeret om, hvad der skal ske. Det skaber en tryghed for lægen at få styr på tingene og reducerer risikoen for akutte opkald, der tit kommer på ubelejlige tidspunkter, hvor der kun er kort tid, og hvor hjemmeplejen ikke er til stede.

Der skal lidt planlægning til. Men det kan f.eks. løses ved at lave hul-

ler i kalenderen til disse besøg. Hvis ingen meldinger kommer, kan hullerne med en uges varsel nedlægges og anvendes til almindelig tidsbestilling. Det handler om organisering og prioritering, som gør hverdagen i praksis en del nemmere. Lægerne skal naturligvis have honorar for det, 800-1.000 kr. pr. opfølgning.

Men hermed er forhindringerne ikke løst. En anden barriere er de praktiserende lægers trang til at være deres egen herre. Deres selvstændighed får dem ofte til at stritte imod 'diktater' udefra.

Initiativet til opfølgningen må nødvendigvis komme fra hospitalet, som skal identificere de relevante patienter. Man bør dog inddrage de praktiserende læger og deres repræsentanter i organiseringen af et sådan system på et tidligt tidspunkt.

Praksisudvalget bør indgå en aftale – hvilket allerede er sket i Region Midtjylland og Syddanmark. Den slags aftaler er et afgørende signal til kollegerne og vil som regel få andre til at følge trop. Det forlyder fra Region Midtjylland, at 90 pct. af lægerne deltager i ordningen – nu da der er en aftale. Denne form for medejerskab sikrer opbakning.

Hvad angår den konkrete organisering, er det klogt at lade folk 'på gulvet' komme med et oplæg. Regionerne kan f.eks. bede lokale praksis konsulenter, praktiserende læger, som er tilknyttet afdelinger på sygehusene, koordinerende hjemmesygeplejersker og udskrivningsansvarlige sygeplejersker, om i fællesskab at diskutere, hvordan det hele tilrettelægges bedst. En sådan gruppe kan planlægge, hvordan forløbet skal håndteres helt konkret, fra at patienten ligger i hospitalssengen, bliver udvalgt, udskrevet og får besøg ugen efter.

Hvis de praktiserende læger, som er meget pragmatiske, kan se, at en ny ordning giver mening, så er der god chance for, at de bakker op om ideen. Men medejerskab er afgørende for alle faggrupper

### Brug krudtet de rigtige steder

I undersøgelsen fulgte lægerne op på alle ældre over 78 år, som blev udskrevet fra de to hospitalsafdelinger. Sådan skal en fremtidig løsning ikke se ud. Halvdelen af besøgene i projektet viste sig ikke at være relevante, fordi der blandt gamle trods alt er en stor gruppe, som godt kan klare sig selv. En ny ordning skal naturligvis kun bruge krudtet på de patienter, der virkelig har brug for besøg og ikke et kontrolsystem med overflødige besøg.

Alder er et dårligt kriterium for opfølgende besøg. Når hospitalspersonalet skal vælge patienterne ud, bør de gøre det ud fra det helbredsmæssige, sociale og funktionsmæssige kriterier. Hvad angår funktion, skal der lægges vægt på, om patientens tilstand har ændret sig fra før til efter den aktuelle indlæggelse. En person, der f.eks. rammes af blodprop i hjernen, og hvis virkelighed helt forandrer sig, skal følges tæt uanset alder. For en person, der i forvejen er meget dårlig og bliver hjulpet derhjemme med døgnpleje, madudlevering og andet før en indlæggelse, kan hospitalet nøjes med at genetablere disse tiltag. Modsat skal hospitalet sætte en opfølgning i gang, hvis lægerne er i tvivl om, at en patient har forstået, at hun skal tage på ambulatorium og gå til egen læge efter udskrivning. Personer, som bor alene og husker dårligt, skal sandsynligvis også have besøg.

En af de meste oplagte målgrupper er de demente. Men projektet fravalgte faktisk denne gruppe, fordi studiet skulle munde ud i en medicinsk teknologivurdering, der også skulle baseres på interviews. Besværlighederne ved at interviewe demente kan projektmedarbejderne i fremtiden omgå ved at tale med pårørende eller sundhedsfaglige personale omkring den gamle. De demente er vigtige at få med i sådanne undersøgelser.

På det første besøg kan lægen og hjemmeplejen vurdere, hvem der skal møde op efter tre og otte uger. Skønnet er, at halvdelen af gangene er der brug for, at lægen følger op, mens hjemmeplejen kan overtage resten. Til tider kan en praksissygeplejerske udføre lægens opgaver hos den gamle. Hvis patienten er frisk nok, kan vedkommende selv tage ind til konsultation i stedet for at få besøg i hjemmet. Lægen kan altså aflastes på forskellige måder. Det gælder om at lave en organisering, der bliver så fleksibel og ukompliceret som muligt.

#### Hvem følger hjem og følger op?

Nogle ordninger lader hjemmeplejen køre ud til alle udskrevne patienter for at visitere til grundig opfølgning. Denne tilrettelæggelse synes umiddelbart at kunne føre til overflødige besøg, ligesom det kan forsinke processen, sammenlignet med en organisation, hvor det udskrivende hospitalspersonale identificerer patienter med behov.

En anden form for organisering er de geriatriske team, hvor sygehuspersonale tager ud i hjemmet, så de på den måde kan udskrive folk

tidligere. Ofte er nogle patienter så svage, at de skal følges hjem her og nu. Måske skal de føres til deres bolig og have forklaret madplan, medicin, og hvordan de kan kalde på hjælp. Men når hospitalet så stopper med at komme i hjemmet, så risikerer ansvarsoverdragelsen igen at forsvinde, hvis egen læge og hjemmeplejen ikke bliver kontaktet.

Det bud på et opfølgende system, som beskrives i dette kapitel, ville ikke være i konkurrence med disse følge-hjem-funktioner, men kan fint spille sammen med dem. Det kunne i øvrigt også være den samme hjemmepleje, som senere skal komme i hjemmet med lægen, der følger den hårdt ramte patient hjem efter indlæggelse. Jo færre forskellige personer omkring den gamle, jo bedre.

#### Sæt de gamle i system

For virkelig at få styr på de gamle patienter findes der to andre tiltag, der kunne lette alles arbejde betydeligt. Det ene er et endnu mere selv-tænkende proaktivt initiativ, de opsøgende besøg, for hvilke der er en landsdækkende aftale.

I min klinik i Albertslund arbejder fem læger med 5.800 patienter, hvoraf de gamle patienter klart er de mest komplicerede. Lægerne besøger de mest belastede og sårbare patienter en gang om året. Et statusbesøg i samme måned som deres fødselsdag afklarer, hvordan de har det. Familien får besked i god tid og kan møde op. Hjemmeplejen deltager i besøget, hvis det er relevant og får efterfølgende fremsendt planen inklusiv status over kroniske sygdomme og medicinering.

Sekretæren i klinikken har fået til opgave at gennemgå alle de gamle og forhåndsvurdere dem efter aftale med lægerne. Her slipper de meget selvhjulpne også. Herefter fordeler hun patienterne til de læger, der kender dem bedst. Resultatet er overblik, tryghed og færre akutte lægebesøg. Det er sekretær og sygeplejerske, som planlægger, så lægen ikke selv skal bruge tid på at bladre listen igennem.

En anden måde at komme indlæggelserne i forkøbet på, er at have reserverede tider til de gamle på ambulatorierne, så de kan komme til med kort varsel. I dag har rygspecialister og hjertelæger måneders ventetid. Det er tit for lang tid til at lade en gammel svag patient vente. Lægen tør ikke tage den risiko og vælger at indlægge akut, selv om tilstanden ikke egentlig kræver det. Men så snart patienten ligger i hospitalssengen, åbner det hurtigere dørene til specialisterne og deres scannere.

Hvis speciallægenes kalendere havde huller til disse 'sub-akutte' patienter med en eller to dages varsel, kunne man undgå yderligere en del sengekrævende indlæggelser. Det kan være forskellen på at have anstændig belægning og overbelægning for en afdeling. Hospitalet må afveje, om de vil skaffe sig mere plads ved at skabe mere kapacitet på ambulatorierne

### Kom i gang

Den bedste løsning er den mest enkle. Start ét sted og byg videre derfra. De medicinske afdelinger er et godt bud, da deres personale er vant til at vurdere patienterne inden udskrivning. Her kan man 'øve sig' på at få systemet til at fungere og derefter brede det ud til andre afdelinger, også de kirurgiske.

Behovet for opfølgning bliver understreget gang på gang. Selv Rigsrevisionen har kastet sig ud i at undersøge den manglende kommunikation mellem hospital og praksis. Deres rapport, som udkom i februar, konkluderer, at vi har brug for at fremme sammenhæng mellem kommuner, sygehus og praktiserende læge.

Hvis regionerne indfører ordningen, er potentialet en besparelse på ca. 5.000 kr. pr. patient, fordi der bliver færre hospitalsindlæggelser. Indlæggelserne er de helt dyre begivenheder i sundhedsvæsenet. Samtlige udgifter på indlæggelser, medicin, løn til praktiserende læger og speciallæger, sygeplejersker, fysioterapeuter og andet er taget med i beregningen, som stammer fra mtv-rapporten fra Glostrupundersøgelsen.

Effekten af et opfølgningssystem er klar: Sygehusene får færre indlagte, regionerne sparer formentlig nogle penge, og ikke mindst de gamle får en bedre behandling. Endelig får lægerne og hjemmeplejen et bedre overblik over deres tungeste patienter.

Det behøver ikke at være så kompliceret og tage så dræbende lang tid. Skær ind til kernen, find en enkel løsning og tag alle tre parter med i processen. Så kan vi få en stor og effektiv opbakning. ■

*Magda er et opdigtet navn, da Lars Rytter har valgt at anonymisere sin patient.*

Kilde:

Jakobsen Helle Neel, Rytter Lars, Rønholt Finn et al. Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivning fra sygehus – en medicinsk teknologivurdering. (2007);7(4)