

Medicinsk Teknologi Vurdering

af

Geriatrisk team

Prospektivt og randomiseret projekt

af

1. kontakt til den geriatriske patient

**Geriatrisk afdeling G
Odense Universitetshospital**

3. udgave 8. oktober 2006

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	2
Forord	3
Sammenfatning og anbefalinger	4
Anbefalinger	4
Sammenfatning – det elektive patientforløb med 1. kontakt enten i hjemmet ved geriatrisk team eller i daghospitalet	6
Sammenfatning – det subakutte forløb med 1. kontakt i hjemmet ved geriatrisk team eller indlæggelse i geriatrisk sengeafsnit	6
Sammenfatning - personaleopgaver og tidsforbrug	8
Projektet stillede 5 spørgsmål:	9
Baggrund	12
Formål	13
Materiale og metode	15
Det elektive patientforløb – 1. kontakt i hjemmet ved geriatrisk team eller i daghospitalet	19
Indlæggelser	21
Selvoplevet helbred	24
Patienttilfredshed	24
Tidsforbrug – den kommunale hjemmepleje	25
Sammenfatning – det elektive patientforløb med 1. kontakt enten i hjemmet ved geriatrisk team eller i daghospitalet	26
Det subakutte forløb – 1. kontakt ved geriatrisk team eller indlæggelse i geriatrisk sengeafsnit	27
Subakut teambesøg	29
Subakut indlæggelse	31
Sammenligning af Subakut teambesøg og subakut indlæggelse	32
Selvoplevet helbred	37
Patienttilfredshed	37
Tidsforbrug – den kommunale hjemmepleje	37
Sammenfatning – det subakutte forløb med 1. kontakt i hjemmet ved geriatrisk team eller indlæggelse i geriatrisk sengeafsnit	39
Personalets opgaver og tidsforbrug ved patientkontakter i daghospitalet og ved teambesøg	41
Lægelige arbejdsopgaver:	43
Sygeplejerskens opgaver:	44
Fysioterapeutens indsats	45
Ergoterapeutens opgaver	46
Afledte opgaver for personalet i geriatrisk daghospitalet	47
Afledte opgaver for personalet i geriatrisk daghospitalet	47
Personale og tidsforbrug ved teambesøg i hjemmet og ved besøg i geriatrisk daghospitalet	49
Sammenfatning - personaleopgaver og tidsforbrug	53
Referencer	54
Appendix	56

Forord

Med vedtagelsen af Planen for Sygehusstrukturen i Fyns Amt i 2000 blev der besluttet etablering af geriatriske team ved amtets to geriatriske afdelinger.

Geriatrisk afdeling ved Odense Universitetshospital modtog i 1999 kr. 946.000,- fra Sundhedsstyrelsens MTV-pulje med henblik på evaluering af ekstern geriatrisk teamfunktion.

MTV-projektet har evalueret geriatrisk team som en ny medicinsk teknologi i forhold til den første kontakt til elektive og subakutte patienter.

Den tværfaglige projektorganisation bestod af:

- Ledende overlæge Lars Erik Matzen (projektansvarlig), geriatrisk afdeling G, OUH
- Overlæge Ph.d. Karen Andersen-Ranberg, geriatrisk afdeling G, OUH
- Oversygeplejerske Birthe Rosenkrantz Lindegaard, geriatrisk afdeling G, OUH .
- Afdelingssygeplejerske Irmgard Birkegaard, geriatrisk ambulatorium, OUH til 1. april 2003.
- Afdelingssygeplejerske Laila Foged, geriatrisk daghospital fra 1. november 2003, indtil 31. oktober 2003 projektsygeplejerske
- Overlæge Palle Pedersen, Odense Kommune
- Praksiskonsulent, praktiserende læge Kirsten Wengler.

Lars Erik Matzen har foretaget dataanalysen og udarbejdelsen af MTV rapporten. Rapporten er godkendt af styregruppen.

Rapporten er disponeret på en sådan måde, at anbefalinger og sammenfatninger præsenteres samlet på de første sider og gentages ordret i relation til de enkelte underafsnit.

Personalet i geriatrisk daghospital takkes for deres store interesse og engagement igennem hele projektperioden. Projektsygeplejerske Laila Foged takkes for det store daglige arbejde med sikring og kontrol af data, sekretærerne Bo Nedergaard og Janne Rathje Skjoldå for den omhyggelige dataindtastning.

Lars Erik Matzen
Ledende overlæge
Geriatrisk afdeling G
OUH
16. marts 2005
e-mail: lars.matzen@ouh.fyns-amt.dk

2. udgave 02.04.2006: fejl rettet i tabel 10 side 23, tabel 23 side 32 og tabel 50 side 52

3. udgave 08.10.2006: fejl rettet i tabel 11 side 24 og tabel 27 side 27

Sammenfatning og anbefalinger

I en periode på 22,5 måneder fra 14. december 2001 til 31. oktober 2003 gennemførtes ved geriatrisk afdeling G på Odense Universitetshospital et prospektivt og randomiseret MTV-studium af ekstern geriatrisk teamfunktion.

Studiet var designet med en elektiv og en subakut del. I den elektive del blev 351 elektivt henviste patienter randomiseret til 1. kontakt i enten afdelingens daghospital (176 patienter) eller i patientens hjem ved det geriatriske team (175 patienter). I den subakutte del blev 102 subakut henviste patienter randomiseret til besøg i hjemmet ved det geriatriske team (59 patienter) næste dag kl. 09 eller indlæggelse i geriatrisk sengeafsnit (43 patienter) næste dag kl 09 .

I begge studiedele omfattede randomiseringen kun den 1. kontakt til patienten. Efterfølgende kontakter blev besluttet af de behandlende faggrupper. Projektpatienterne indgik som en integreret del af den almindelige daglige drift. Der blev ikke ansat eller dedikeret særlige personer til det geriatriske team. Teamfunktionen blev administreret som en ambulante delfunktion, som alle personaler i geriatrisk daghospital skulle deltage i. Dataopsamlingen blev i praksis overvåget og fulgt af en ansat projektsygeplejerske.

Anbefalinger

Det kan ikke anbefales, at bruge geriatrisk teambesøg i patientens hjem som primær undersøgende og visiterende funktion.

Ekstern geriatrisk teamfunktion er ressourcekrævende og har beskeden behandlingskapacitet.

Der er ingen tvivl om, at besøg i patientens hjem kan give værdifulde informationer til helheden i patientbehandlingen. Det er dog afdelingens erfaring, at en vigtig del af den nødvendige information kan indhentes fra patienten, pårørende og den kommunale hjemmepleje.

Muligheden for at foretage teambesøg til udvalgte patienter skal eksistere som et af de ambulante tilbud fra en geriatrisk afdeling.

Det anbefales, at visitation til geriatrisk team sker i den geriatriske afdeling efter lægehenvi-
sning.

Geriatriske teambesøg skal ikke erstatte egen læges hjemmebesøg. Den praktiserende læge skal også for den geriatriske patient være første kontakt for patienten. Af hensyn til optimal ressourceudnyttelse kan direkte henvisning fra den kommunale hjemmepleje derfor ikke anbefales.

Med det nuværende antal speciallæger i intern medicin:geriatri og med prognosen for erhvervsaktive speciallæger i de kommende år anbefales det, at koncentrere speciallægenes opgaver på sygehusene.

Fordelene ved patientbehandling i daghospitalet er, som vist i projektet, patientens muligheder for at modtage vurdering fra flere faggrupper i forbindelse med samme kontakt.

Omkostninger ved patienttransport til sygehuset er ikke vurderet. Målgruppen for ambulat geriatrisk behandling er somatisk syge ældre. Som vist i projektet er kun få patientforløb varetaget uden transport til enten ambulat møde i daghospitalet eller indlæggelse.

Som konsekvens af dette MTV-projekt har afdelingen fra 1. november 2003 indført akut og subakut ambulat vurdering i daghospitalet.

Denne løsning tillader optimal udnyttelse af speciallægenes kompetencer både i forhold til undersøgelse og behandling, men også i forhold til uddannelse og supervision.

Løsningen medfører kort ventetid til afdelingen og mulighed for at forebygge unødvendige indlæggelser.

Geriatriske teambesøg foretages fortsat til udvalgte patienter.

Sammenfatning – det elektive patientforløb med 1. kontakt enten i hjemmet ved geriatrisk team eller i daghospitalet

Patienterne var i begge randomiseringsgrupper præget af multimorbiditet. Henvisende læge anførte mere end ét helbredsproblem hos 84% af patienterne.

Hos 93% var første patientkontakt som besluttet ved randomiseringen.

I begge randomiseringsgrupper valgte afdelingens personale at henholdsvis 80% (teamgruppen) og 88% (daghospitalsgruppen) af de opfølgende ambulante kontakter skete i daghospitalet.

32% af de elektivt henviste patienter blev under forløbet indlagt i stationært sengeafsnit. En tredjedel af indlæggelserne skete indenfor den første uge.

79% af alle indlæggelser var i geriatrisk afdeling. Indlæggelsesmønstret var ens i de to randomiseringsgrupper.

Sygdomsmønstret og antal diagnoser var ens i de to randomiseringsgrupper.

Der var ingen forskel i de to gruppers egen vurdering af helbredet før og efter kontakten til afdelingen. I begge grupper skete en forbedring, ændringen var kun signifikant i teamgruppen.

Der var ingen forskel i de to gruppers tilfredshed med kontakten til afdelingen.

Kommunens tid til pleje- og praktisk bistand steg i perioden efter kontakten til geriatrisk afdeling. Både antallet af patienter der modtog hjælp og den forbrugte tid pr. patient blev øget.

Sammenfatning – det subakutte forløb med 1. kontakt i hjemmet ved geriatrisk team eller indlæggelse i geriatrisk sengeafsnit.

Deltagelsesprocenten var i den subakutte gruppe kun 30%. En medvirkende årsag hertil var den praktiske begrænsning på kun et subakut teambesøg dagligt og den besværlige procedure ved indhentning af det informerede samtykke.

Første kontakt var som randomiseringen foreskrev hos 97%, og hos 92% indenfor 24 timer. Tilsagnet om subakut teambesøg blev således overholdt.

Helbredsproblemerne anført på henvisningerne viste stor variation. Hos $\frac{2}{3}$ af de henviste angav henvisende læge mere end ét problem.

Blandt patienter randomiseret til subakut teambesøg blev 16,9% indlagt i forbindelse med teambesøget, yderligere 11,9% blev indlagt indenfor den første uge.

I gruppen der blev indlagt optrådte helbredsproblemet ”åndenød” og ICD-gruppen ”sygdomme i kredsløbsorganer” hyppigere.

Der var signifikant flere enlig boende blandt patienter, der blev indlagt indenfor de første 7 dage efter 1. teambesøg. Dette tyder på, at både de pårørende og hjemmeplejen har betydning hvis behandlingen af den ældre skal varetages i hjemmet.

Blandt patienter randomiseret til subakut indlæggelse blev 16,7% udskrevet indenfor første døgn, 71% af disse blev udskrevet til opfølgende kontakt i daghospitalet.

Ved udskrivelse efter 2. indlæggelsesdøgn havde mindre end 33% opfølgende kontakt til daghospitalet.

Den gennemsnitlige indlæggelsestid for patienter randomiseret til subakut indlæggelse var 10,0 dage, hvilket er lidt lavere end de 10,9 dage, som var afdelingens gennemsnitlige indlæggelsestid i 2003 (n = 1699 udskrivelser).

Indlæggelse i afdelingen, hvad enten det skete direkte subakut eller efter subakut teambesøg, er forbundet med færre efterfølgende ambulante kontakter til team og daghospital.

Hvis det antages, at perioden med tilknytning til afdelingen afspejler den tid det tager at få de aktuelle helbredsproblemer løst, så sker det hurtigere ved indlæggelse end ved ambulante behandling. Den samlede tilknytningstid var ved indlæggelse 15,0 dage mod 27,1 dage ved rent ambulante forløb.

Der var ingen forskel i patienternes vurdering af eget helbred før eller efter kontakten til afdelingen. Internt i gruppen randomiseret til teambesøg skete en forbedring i egen vurdering af helbredet, antal deltagere i alle tre målinger var dog kun 33.

Der var ingen forskel i patienternes tilfredshed med kontakten til afdelingen.

Ikke uventet medførte indlæggelse, at kommunen i perioden umiddelbart efter indlæggelsen sparede tid til pleje og praktisk bistand. På det lange sigt var der ikke forskel i kommunens ydelser til de to randomiseringsgrupper.

I den gruppe der modtog subakut teambesøg og som ikke blev indlagt, var der en ikke signifikant stigning i den ydede tid til pleje- og praktisk bistand fra 16 min./dag til 44 min./dag.

Sammenfatning - personaleopgaver og tidsforbrug

Ved den første kontakt til både geriatrisk team og daghospital møder patienten læge og sygeplejerske

Når kontakten efterfølgende sker i daghospitalet møder patienten flere forskellige faggrupper end hvis kontakten er i hjemmet.

Patienternes multimorbiditet afspejler sig i at flere personalegrupper oftest er involveret i patientkontakten, og i at den enkelte gruppe ofte udfører flere forskellige opgaver.

Afdelingens tidsforbrug/aktivitet er ved teambesøg mere end dobbelt så stort som ved besøg i daghospitalet, 3,50 timer mod 1,55 timer pr. aktivitet.

Af teamets samlede tidsforbrug pr kontakt udgør transporten ved første besøg 19% og ved opfølgende besøg 31% af teamets samlede tidsforbrug. Transportafstandene i dette projekt har været begrænsede og kun omfattet kørsel i Odense Kommune. Hvis teamet skal dække større geografiske områder vil transporttiden øges.

Med en arbejdsdag på 7,4 timer kan et geriatrisk team, med funktion indenfor et afgrænset område som Odense Kommune, afholde maksimalt 3 nye eller maksimalt 4 opfølgende besøg om dagen. Til den direkte teamtid skal lægges tid til rapportering/journalisering og afledte opgaver som i gennemsnit varer 15 minutter / besøg.

Hvis et geriatrisk teambesøg skal have kvalitet og beslutningskompetence skal personalet være erfarent.

Projektet stillede 5 spørgsmål:

De to første spørgsmål behandles samlet og evaluerer den subakutte del:

- Når indlæggende læge har besluttet sig for akut indlæggelse, er det så muligt for et geriatrisk team at rykke ud i hjemmet og konvertere en truende indlæggelse til en ikke indlæggelse.
- Når indlæggende læge har besluttet sig for akut indlæggelse, er det så muligt ved en forundersøgelse i geriatrisk daghospital at konvertere en truende indlæggelse til en ikke indlæggelse.

Antallet af henvendelser vedrørende subakut indlæggelse var i perioden 336. Det er projektgruppens opfattelse, at begrænsningen på kun ét subakut teambesøg dagligt og den besværlige procedure ved indhentning af informeret samtykke var hovedforklaringen på, at det kun lykkedes at inkludere 102 (30,4%) subakutte patienter.

Det var muligt at konvertere en truende indlæggelse til et ambulante forløb hos 31 (52,5%) af de patienter, der modtog et subakut teambesøg. Blandt de øvrige havde 19 (20,3%) et umiddelbart indlæggelsesbehov og yderligere 7 (11,9%) behov for indlæggelse indenfor de første 7 dage.

Af praktiske grunde var det i projektperioden ikke muligt at randomisere til akut ambulante vurdering i geriatrisk daghospital.

I gruppen randomiseret til subakut indlæggelse blev tilsvarende fundet patienter, som kunne behandles ambulante. Syv (16,7%) patienter blev udskrevet indenfor de første 24 timer, og yderligere 11 (26,2%) indenfor de første 7 dage.

Spørgsmål 3: Vedrører den subakutte del:

- Hvad koster en ikke indlæggelse primærsektoren i form af ekstra beredskab og pleje omkring patienten.

Blandt subakutte patienter der blev indlagt direkte, og blandt subakutte der blev indlagt efter teambesøg, kunne projektet vise et forventeligt fald i kommunens ydelse til pleje- og praktisk bistand.

I den gruppe der modtog subakut teambesøg, og som ikke blev indlagt, var der en ikke signifikant stigning i den ydede tid til pleje- og praktisk bistand fra 16 min./dag til 44 min./dag.

Selvom antallet af subakutte projektpatienter er beskedent tyder resultaterne på, at behandling i hjemmet efter subakut teambesøg medfører stigende udgifter til pleje- og praktisk bistand i den kommunale sektor. Omvendt medfører en indlæggelse besparelser i den kommunale sektor.

Spørgsmål 4: Både elektive og subakutte

- Hvad betyder en ikke indlæggelse for kvaliteten af den undersøgelse og behandling, der tilbydes den ældre.

Der var hverken i projektets elektive eller subakutte del forskelle imellem randomiseringsgrupperne med hensyn til selvoplevet helbred eller patienttilfredshed. I begge de elektive grupper og i den subakutte teamgruppe skete forbedringer i det selvvaluerede helbred i relation til kontakten til geriatrik afdeling.

Hvis det antages, at perioden med tilknytning til afdelingen afspejler den tid det tager at få de aktuelle helbredsproblemer løst, så sker det hurtigere ved indlæggelse end ved ambulante behandling. Den samlede tilknytningstid var ved indlæggelse 15,0 dage mod 27,1 dage ved rent ambulante forløb.

Spørgsmål 5: Både elektive og subakutte

- Hvordan forbruges ressourcerne bedst, ved ekstern udadgående teamfunktion eller ved, at patienten undersøges i geriatrik daghospital eller indlægges i sengeafsnit.

Projektet viser, at tidsforbruget/aktivitet ved teambesøg er dobbelt så stort som ved besøg i afdelingens daghospital. Tidsforbruget til teambesøg kan fastlægges entydigt, mens tidsforbruget i daghospitalet er baseret på et bedste estimat, som for læger og sygeplejersker overvurderer den reelle tid til den direkte patientbehandling. I praksis vil forskellen være større i favør af daghospitalsbehandling.

Hvis et geriatrik teambesøg skal have kvalitet og beslutningskompetence, skal personalet være erfarent. Personale der deltager i teambesøg kan ikke løse andre opgaver samtidigt.

Visiterende geriatrik aktivitet baseret på ekstern teamfunktion er ikke ressourcefornuftigt. Kapaciteten med hensyn til vurdering og behandling af geriatrike patienter er lav.

Af teamets samlede tidsforbrug pr kontakt udgør transporten ved første besøg 19% og ved opfølgende besøg 31%. Transportafstandene i dette projekt har været begrænsede og kun omfattet kørsel i Odense Kommune. Hvis teamet skal dække større geografiske områder vil transporttiden øges.

Med en arbejdsdag på 7,4 timer kan et geriatrisk team, med funktion indenfor et afgrænset område som Odense Kommune, afholde maximalt 3 nye eller maximalt 4 opfølgende besøg om dagen. Til den direkte teamtid skal lægges tid til rapportering/journalisering og afledte opgaver, som i gennemsnit varer 15 minutter / besøg.

Indlæggelse af alle geriatriske patienter vil heller ikke være ressource optimalt. Projektet viste, at 17% af de subakut indlagte kunne udskrives indenfor 24 timer til ambulat behandling.

Projektet har ikke vurderet akut/subakut ambulat vurdering som et 3. alternativ. Men som konsekvens af erfaringerne i projektet har afdelingen fra 1. november 2004 etableret akut/subakut ambulat vurdering i afdelingens daghospital.

Baggrund

Gruppen af borgere over 65 år udgjorde i 2001 15% af den danske befolkning, repræsenterede 28% af indlæggelserne men 50% af sengedagsforbruget i det somatiske sundhedsvæsen. Fokuseres på gruppen over 80 år, som repræsenterer hovedparten af de geriatriske patienter, var de tilsvarende tal i 2001 4%, 11% og 21%.

Sygehuskommissionens Rapport fra 1996 (1) anførte at 77% af indlæggelserne af personer ældre end 65 år var akutte og rapporten foreslog iværksættelse af udviklingsarbejder med henblik på forebyggelse af unødvendige indlæggelser af ældre borgere. Blandt forslagene var akutstuer på plejehjem og geriatriske team.

I Sundhedsplan for Fyns Amt fra 1997 (2) foreslås det, at der iværksættes forsøg med akutstuer på plejehjem og etablering af hospitalsbaserede geriatriske team, der har mulighed for at tilse patienter i hjemmet for om muligt at undgå indlæggelser. Vedtagelsen af Sygehusplanen for Fyns Amt i 2000 realiserede denne vision med etablering af geriatriske team i Fyns Amt.

Hovedstammen i et geriatrisk team er en geriatrisk speciallæge, en geriatrisk sygeplejerske, fysioterapeut og ergoterapeut. Derudover er tilknyttet sekretær og ad hoc andre personalegrupper, herunder socialrådgiver og diætist. Det geriatriske team arbejder tværfagligt og en konsultation fra teamet omfatter en samlet og samtidig vurdering af både undersøgelsesbehov, behandlingsbehov, plejebenhov og behov for sociale støtteforanstaltninger. Det geriatriske team er tilknyttet en geriatrisk afdeling og kan dels arbejde internt på sygehuset og dels eksternt i primærsektoren efter henvisning fra de praktiserende læger.

Denne MTV omfatter kun det geriatriske teams eksterne funktion. Den funktion, der efter henvisning fra praktiserende læger medfører, at det geriatriske team tager ud i hjemmet for at undersøge og vurdere patienten.

Flere steder i landet er der etableret geriatrisk teamfunktion, erfaringerne er generelt positive, og det er hævdet, at man ved undersøgelse af patienterne i hjemmet kan undgå sygehusindlæggelser (3-6). På nuværende tidspunkt er der etableret teamfunktion ved de geriatriske afdelinger ved KAS Glostrup, RAS Roskilde, Centralsygehuset i Næstved, Marselisborg Hospital i Århus, Ålborg Sygehus, Haderslev Sygehus samt som amtsfunktion i Ribe Amt. Organisering af de geriatriske team er forskellig, en samlet oversigt er beskrevet af Dansk Selskab for Geriatri (7).

Selv om geriatrisk teamfunktion har eksisteret i nogle år i Danmark er der ikke foretaget en egentlig videnskabelig undersøgelse af teamfunktionens effektivitet og omkostninger. De publicerede undersøgelser er rent deskriptive og et væsentlig problem ved undersøgelserne er spørgsmålet, om den geriatriske teamfunktion repræsenterer et alternativ til sygehusindlæggelser eller, om den geriatriske teamfunktion repræsenterer et nyt servicetilbud overfor ældre borgere. De publicerede arbejder (3-6) rejser begrundet mistanke om, at det geriatriske team kommer i kontakt med en gruppe borgere, der ikke tidligere ville være blevet henvist til hospitalet.

Problemet omkring forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser af ældre borgere kan opdeles i 3 hovedelementer:

- I: Kan borgere med begyndende sygdom og tab af funktioner identificeres inden behov for sygehusindlæggelse og dermed tilbydes relevant undersøgelse og behandling. Dette problem er velundersøgt både nationalt og internationalt (8-10), og det er vist, at man ved opsøgende arbejde overfor tilsyneladende raske borgere kan identificere personer med begyndende funktionstab og sygdomsproblemer og henvise til relevant undersøgelse og behandling. En sådan intervention kan forebygge sygehusindlæggelser, og i det danske Rødovreprojekt (8) fra begyndelsen af 80-erne blev det vist, at udover reduktion i sygehusindlæggelser, kunne man også forebygge plejehjemsanbringelser. Omkostningen ved interventionen var, at interventionsgruppen havde et større træk på de kommunale plejeydelser end kontrolgruppen (8).

Denne primære screeningsopgave er i dag ikke en funktion, der udføres af hospitalsvæsenet. Funktionen kunne have været indbygget i de lovbestemte besøg til alle ældre over 75 år.

- II: Det spørgsmål, der er genstand for aktuelle MTV er følgende:

Når den praktiserende læge/vagtlægen står med en syg ældre patient, hvis problemer ikke kan løses i hjemmet og har besluttet sig for henvisning til sygehus elektivt/akut, er det så muligt for en geriatrisk teamfunktion at rykke ud i hjemmet/institutionen og konvertere en truende indlæggelse til en ikke indlæggelse. Hvis dette er tilfældet, kan antallet af indlæggelser af ældre borgere reduceres, og udgifterne til hospitalssenge i stedet for konverteres til drift af geriatriske teamfunktioner. Dette problemområde er ikke belyst, hverken nationalt eller internationalt.

- III: Det er vist både nationalt og internationalt, at hjemmebesøg til patienter udskrevet fra sygehus kan forebygge genindlæggelser (11-14). Denne del af den geriatriske teamfunktion er ikke genstand for aktuelle MTV.

Formål

MTV af geriatrisk teamfunktion har til formål at undersøge ovenstående punkt II.

- Når indlæggende læge har besluttet sig for akut indlæggelse, er det så muligt for et geriatrisk team at rykke ud i hjemmet og konvertere en truende indlæggelse til en ikke indlæggelse.

- Når indlæggende læge har besluttet sig for akut indlæggelse, er det så muligt ved en forundersøgelse i geriatrisk dagshospital at konvertere en truende indlæggelse til en ikke indlæggelse.
- Hvad koster en ikke indlæggelse primærsektoren i form af ekstra beredskab og pleje omkring patienten.
- Hvad betyder en ikke indlæggelse for kvaliteten af den undersøgelse og behandling, der tilbydes den ældre.
- Hvordan disponeres ressourcerne bedst, ved ekstern udadgående teamfunktion eller ved, at patienten undersøges i geriatrisk dagshospital eller indlægges i sengeafsnit.

MTV'en - skal danne baggrund for at afgøre, om den nye teknologi - ekstern geriatrisk teamfunktion til primær visitation - er billigere og mere hensigtsmæssig end et traditionel forundersøgelsesambulatorium og sengeafsnit.

Materiale og metode

Designet er et prospektivt randomiseret studium. Kun patienter med bopæl i Odense Kommune deltog. Områdets praktiserende læger blev ved brev til den enkelte og gennem omtale i det lokale Lægekredsforeningsblad orienteret om projektet.

Projektet har to randomiseringsarme:

- **Elektivt henviste patienter** randomiseres til enten første kontakt ved teambesøg i hjemmet eller forundersøgelse i daghospitalet. Alle henvisninger blev modtaget af sekretær, som ved telefonisk kontakt til patient eller pårørende orienterede om projektet og indhentede informeret samtykke. Randomiseringen blev udført af sekretæren. Den henvisende læge havde i projektperioden ikke mulighed for at vælge imellem indlæggelse, teambesøg eller daghospital. Efter randomiseringen blev henvisningen set af den visiterende overlæge, som afhængig af problemstillingen kunne beslutte hurtig kontakt eller kontakt i henhold til venteliste. Den visiterende overlæge kunne ikke ændre på randomiseringen.
- **Subakut henviste patienter** blev defineret ved, at den indlæggende læge kontakter afdelingens forvagt med ønske om akut indlæggelse. Hvis problemstillingen var af en sådan karakter, at kontakten kunne udsættes til næste morgen blev lægen bedt om at informere patienten og indhente mundtligt samtykke. Skriftligt samtykke blev efterfølgende indhentet ved projektsygeplejersken. Forvagten foretog herefter randomiseringen til enten subakut indlæggelse næste dag kl 09 eller teambesøg i patientens hjem næste dag kl 09. Af praktiske grunde var det kun muligt at randomisere til ét subakut teambesøg dagligt. Når første subakutte teambesøg var trukket kunne der ikke randomiseres yderligere patienter i det pågældende døgn. Døgnets efterfølgende subakutte patienter blev tilbudt indlæggelse men ikke randomisering.

Randomiseringen blev foretaget ved åbning af kuvert indeholdende randomiseringsgruppen.

Randomiseringen omfattede kun første kontakt til patienten. Efterfølgende kontakter blev bestemt af patientens problemstilling og de professionelles beslutninger.

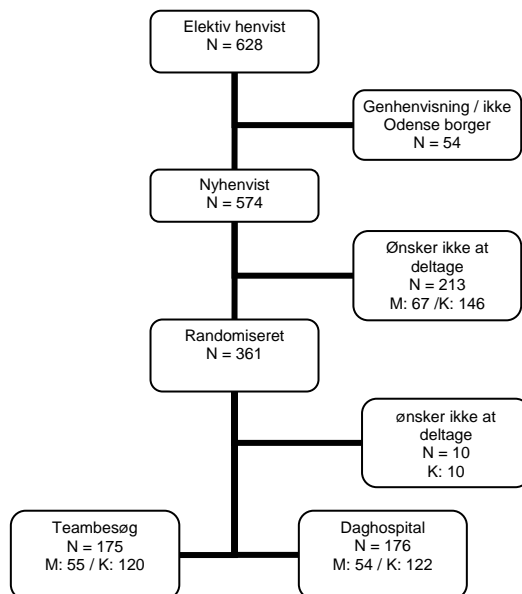
Patienten kunne kun inkluderes i projektet ved første elektive eller subakutte henvisning i projektperioden.

Det enkelte ambulante patientforløb har en fast kontaktsygeplejerske. Personalet beskæftiget i afdelingens ambulante funktioner (daghospital) har alle deltaget i både teambesøg og forløb med start i daghospitalet.

I projektperioden blev modtaget 687 henvisninger fra praktiserende læger, heraf 628 til elektiv undersøgelse (figur 1) og 59 til subakut teambesøg (registreret som elektive i det patient administrative system, men i projektet tilhørende den subakutte gruppe) (figur 2).

Elektive gruppe: Blandt de 628 elektive henvisninger var 574 første henvisning, 61,1% (351/547) blev randomiseret (figur 1).

Figur 1: Elektive patienter henvist i projektperioden:



Subakutte gruppe: I projektperioden 14. december 2001 til 31. oktober 2003 blev indlagt 2940 patienter fordelt på 2087 personer (tabel 1).

Tabel 1: Antal gange en person har været indlagt i perioden 14.12.2001-31.10.2003:

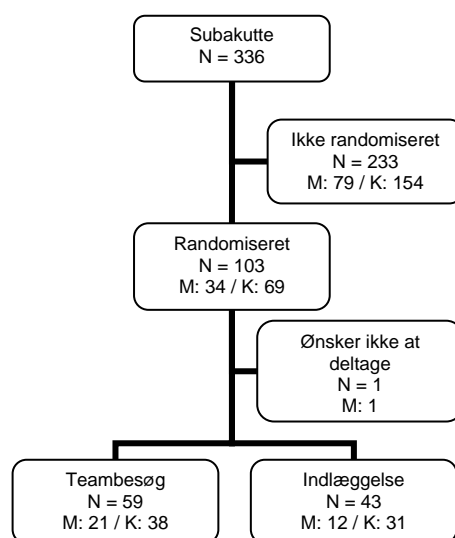
Antal indlæggelser af samme person	Antal personer	%
1	1517	72,7%
2	392	18,8%
3	118	5,7%
4	37	1,8%
> 4	23	1,0%
2087		

Tabel 2: Indlæggelsesmåden for 2087 patienters 1. indlæggelse i perioden 14.12.2001-31.10.2003:

Indlæggelses- måde	Antal personer	%
Akut	1720	82,4%
subakut	277	13,3%
elektiv	90	4,3%
2087		

De 277 subakutte patienter (tabel 2) der blev indlagt er registreret i det patient administrative system over indlagte, mens de 59 subakutte der fik teambesøg er registreret blandt elektiv henviste. Det samlede antal subakutte kontakter er derfor $277 + 59 = 336$, 30,4% ($102/336$) af subakutte kontakter blev randomiseret (figur 2).

Figur 2: Subakutte patienter henvist i projektperioden:



Hvis den subakutte patient blev randomiseret til indlæggelse blev dataopsamlingen foretaget af projektsygeplejersken.

De registrerede data omfatter basisdata for patienten, årsager til henvisning til afdelingen, kognitive funktioner (MMSE), funktionsstatus (Barthel), tidsforbrug og personaleopgaver i forbindelse med de enkelte kontakter, indlæggelser i projektperioden, henvisninger til andre afdelinger, henvisninger til undersøgelser, selvoplevet helbred (Euroqol-5d) ved 1. kontakt, én uge og 2 måneder efter patientforløbets afslutning og patienttilfredshed én uge efter patientforløbets afslutning.

Svar kombinationerne ved EuroQol-5d (15) er omsat til danske normtal (16).

Odense Kommune opsamlede ved stregkoderegistrering den tid som den enkelte borger modtog til pleje og praktisk bistand. Dataopsamlingen om ydet pleje og praktisk bistand blev opsamlet i perioden 30 dage før første kontaktdag til geriatrik afdeling og frem til 120 dage efter første kontaktdag.

Undersøgelsen er godkendt af Den Videnskabetiske Komité (sagnr. 20000057) og anmeldt til Datatilsynet. Projektet har modtaget støtte fra Sundhedsstyrelsens MTV-institut (nr. 262-67-1999).

Data er bearbejdet med SPSS (version 11.5.0). Normalfordelte variabler er angivet med gennemsnit (mean) og spredning (SD) og T-test er anvendt. Ikke normalfordelte variabler er angivet med median, 5% og 95% percentiler eller median, minimum og maximum, og non-parametrisk statistik, X^2 -test, Mann-Whitney's test og Friedmanns test er anvendt. Signifikansniveau er valgt til $p < 0,05$.

Det elektive patientforløb – 1. kontakt i hjemmet ved geriatrisk team eller i daghospitalet

De symptomer og problemer som indlæggende læge anførte på henvisningen var ens i de to randomiseringsgrupper (tabel 3).

På 84,3% af henvisningerne var anført mere end ét problem.

Tabel 3: Symptomer anført på henvisning fra den henvisende læge.		Daghospital N = 176	Team besøg N = 175	
Fald		26 (14,8%)	23 (13,1%)	Ns
Svimmelhed		31 (17,6%)	26 (14,9%)	Ns
Besvimelse		4 (2,3%)	3 (1,7%)	Ns
gangbesvær		55 (31,3%)	49 (28,0%)	Ns
Problemer med funktionsniveau		49 (27,8%)	71 (40,6%)	*
Sociale problemer		12 (6,8%)	17 (9,7%)	ns
Besvær hukommelse		33 (18,8%)	28 (16,0%)	ns
Demens		27 (15,3%)	26 (14,9%)	ns
Delirium / konfusion		5 (2,8%)	7 (4,0%)	ns
Åndenød		25 (14,2%)	32 (18,3%)	ns
Symptomer fra hjertet		25 (14,2%)	20 (11,4%)	ns
Problemer i relation til blodtryk		11 (6,3%)	16 (9,1%)	ns
smerter		58 (33,0%)	60 (34,3%)	ns
vægttab		34 (19,3%)	33 (18,9%)	ns
feber		5 (2,8%)	0	*
Symptomer fra mave-/tarm		31 (17,6%)	33 (18,9%)	ns
Symptomer fra urinveje		16 (9,1%)	17 (9,7%)	ns
Mistanke om cancer		8 (4,5%)	8 (4,6%)	ns
Abnorme blodprøver		29 (16,5%)	22 (12,6%)	ns
anæmi		18 (10,2%)	18 (10,3%)	ns
Antal symptomer anført på den enkelte henvisning	1	30 (17,4%)	25 (14,0%)	ns
	2	44 (25,6%)	44 (25,7%)	
	3	45 (26,2%)	50 (29,2%)	
	4	33 (19,2%)	31 (18,1%)	
	≥ 5	20 (11,6%)	22 (13,0%)	

χ^2 -test, Fisher's eksakte test ved celleantal < 5. *: 0,01 < p < 0,05, n.s.: non significant

De to randomiseringsgrupper adskilte sig ikke med hensyn til basisdata, køn, alder, funktionsevne, kognitivt, kommunale støtteforanstaltninger og sociale forhold (tabel 4)

Tabel 4: Basis og baggrundsdata for de to randomiseringsgrupper		Daghospital N = 176	Team besøg N = 175	
Mænd		54 (30,7%)	55 (31,4%)	ns
Kvinder		122 (69,3%)	120 (68,6%)	
Alder, år (median, 5%-95%)		82,7 (68,5 – 92,3)	81,3 (65,2 – 92,2)	ns
Barthel (median, 5%-95%)		85,0 (32,7 – 95,0)	85,0 (20,4 – 95,0)	ns
MMSE (median, 5%-95%)		25,0 (14,6 – 30,0)	25,0 (14,0-29,0)	ns
civilstand	gift/samboende	53 (30,1%)	58 (33,1%)	ns
	alene boende	123 (69,9%)	117 (66,9%)	
bolig	egen bolig	132 (75,0%)	137 (78,3%)	ns
	ældre bolig	22 (12,5%)	20 (11,4%)	
	Plejebolig	16 (9,1%)	13 (7,4%)	
	Andet	6 (3,4%)	5 (2,9%)	
gang-redskab	Intet	45 (25,1%)	47 (26,9%)	
	kun stok	30 (17,0%)	36 (20,6%)	
	rollator/gangbuk	101 (57,4%)	92 (52,6%)	
kommunale støtteordninger	Medicinadministration	65 (36,9%)	70 (40,0%)	ns
	Madordning	62 (35,2%)	63 (36,0%)	ns
	tilknyttet dagcenter	31 (17,6%)	18 (10,3%)	ns
	bistand en eller flere former	140 (79,5%)	145 (82,9%)	ns
synsevne	kan læse små typer i avis	126 (76,4%)	120 (78,4%)	ns
	Kan kun læse store typer i avis	25 (15,2%)	20 (13,1%)	ns
	ikke læse avistyper	14 (8,5%)	13 (8,5%)	ns
høreevne	høre alm. Samtale	169 (96,0%)	168 (96,0%)	ns
	Anvender hørehjælpemiddel	46 (26,1%)	34 (19,4%)	ns

n.s.: non significant, χ^2 -test

Ventetiden fra modtaget henvisning til 1. kontakt var i gennemsnit 1 dag længere i gruppen randomiseret til daghospitalet, henholdsvis (median, percentiler 5%,95%): 10,0 dage (4, 25, n = 169) og 9,0 dage (2, 22, n = 172) (M-W: p < 0,05). For patienter der blev indlagt før den planlagte 1. ambulante kontakt var tiden fra modtaget henvisning til indlæggelse henholdsvis (median, min,max) 4,0 dage (1, 19, n = 7) og 3,0 dage (2, 8, n=3). Første kontakt var som bestemt ved randomiseringen hos 92,6% og 94,9% (ns) (tabel 5).

Tabel 5:

	randomisering		Total
	daghospital	teambesøg	
hjemmet	1 ,6%	166 94,9%	167 47,6%
daghospital	163 92,6%	1 ,6%	164 46,7%
indlagt 1. kontaktdag	5 2,8%	5 2,9%	10 2,8%
indlagt før 1. kontaktdag	7 4,0%	3 1,7%	10 2,8%
Total	176 100,0%	175 100,0%	351 100,0%

Blandt patienter randomiseret til primært besøg i daghospitalet modtog 20,5% (36/176) et eller flere teambesøg, mens 79,5% (140/176) kun havde kontakter til daghospitalet (tabel 6).

I gruppen randomiseret til primært teambesøg havde 21,7% (38/175) ingen opfølgende besøg i daghospitalet, mens 88,3% (137/175) havde ét eller flere opfølgende besøg i daghospitalet (tabel 6).

Tabel 6:

antal kontakter til daghospital og team i relation til randomiseringsgruppe

Count			antal teambesøg					Total
RANDOM			ingen	1	2	3	>=4	
daghospital	antal besøg	ingen	7	0	0	0		7
	daghospital	1-4	61	12	3	1		77
		5-8	34	9	2	0		45
		9-12	17	1	1	0		19
		>=13	21	7	0	0		28
Total			140	29	6	1		176
teambesøg	antal besøg	ingen	3	24	7	3	1	38
	daghospital	1-4	1	51	11	2	3	68
		5-8	0	17	5	2	2	26
		9-12	0	17	11	0	0	28
		>=13	0	12	3	0	0	15
Total			4	121	37	7	6	175

Indlæggelser

32,2% blev indlagt i forbindelse med den ambulante kontakt til geriatrisk afdeling, indlæggelsehyppigheden var ens i de to randomiseringsgrupper (tabel 7).

Tabel 7:

antal indlæggelser i perioden med kontakt til geriatrisk daghospital / team

		randomisering		Total
		daghospital	team	
antal indlæggelser	ingen	122	116	238
		69,3%	66,3%	67,8%
	1	36	48	84
		20,5%	27,4%	23,9%
	2	13	8	21
		7,4%	4,6%	6,0%
3	4	3	7	
	2,3%	1,7%	2,0%	
6	1	0	1	
	,6%	,0%	,3%	
Total		176	175	351
		100,0%	100,0%	100,0%

30,8% af indlæggelserne sker indenfor de første 6 dage efter henvisning til afdelingen (tabel 8).

Tabel 8:

		RANDOM		Total
		elektiv foramb	elektiv team	
tid	0 - 6 dage	18 36,7%	14 25,5%	32 30,8%
	7 - 13 dage	7 14,3%	6 10,9%	13 12,5%
	14 - 20 dage	3 6,1%	5 9,1%	8 7,7%
	21+ dage	21 42,9%	30 54,5%	51 49,0%
Total		49 100,0%	55 100,0%	104 100,0%

Det samlede sengedagsforbrug ved indlæggelse (median, percentiler 5%, 95%) i gruppen randomiseret til daghospital var 11,0 dage (1,0, 55,0 dage, n = 49) og i gruppen til teambesøg 11,0 dage (1,0, 67,0 dage, n = 54) (M-W: ns).

Hovedparten af indlæggelserne sker i begge grupper oftest i geriatrisk afdeling (tabel 9).

Tabel 9:

		1. indlæggelse under tilknytning til geriatrisk daghospital / team		Total	
		randomisering daghospital	team		
indlagt afdeling	parenkym kirurgisk	1 2,0%	0 ,0%	1 1,0%	
	kardiologisk	2 4,1%	3 5,5%	5 4,8%	
	øjens	1 2,0%	0 ,0%	1 1,0%	
	urologisk	0 ,0%	1 1,8%	1 1,0%	
	neuromedicinsk	3 6,1%	0 ,0%	3 2,9%	
	ortopæd kirurgisk	2 4,1%	2 3,6%	4 3,8%	
	psykiatrisk	1 2,0%	0 ,0%	1 1,0%	
	neurokirurgisk	0 ,0%	1 1,8%	1 1,0%	
	geriatrisk	36 73,5%	46 83,6%	82 78,8%	
	gastroenterologisk	2 4,1%	0 ,0%	2 1,9%	
	intern medicinsk	1 2,0%	2 3,6%	3 2,9%	
	Total		49 100,0%	55 100,0%	104 100,0%

Sygdomsmønstret beskrevet ved ICD-10 diagnoser ved patientforløbets afslutning var ens i de to grupper (tabel 10).

Tabel 10:		randomiseringsgruppe		Total
		elektiv gd	elektiv team	
icd-10 gruppe	infektiose sygdomme	1 (0,6%)	1 (0,6%)	2 (0,6%)
	svulster	10 (5,7%)	9 (5,1%)	19 (5,4%)
	sygdom blod og bloddannende organer	9 (5,1%)	9 (5,1%)	18 (5,1%)
	endokrine og ernæringsbetingede lidelser	9 (5,1%)	5 (2,9%)	14 (4,0%)
	psykiske og adfærdsmæssige lidelser	28 (15,9%)	42 (24,0%)	70 (19,9%)
	sygdomme i nervesystem	6 (3,4%)	7 (4,0%)	13 (3,7%)
	sygdomme i kredsløbsorganer	31 (17,6%)	31 (17,7%)	62 (17,7%)
	sygdomme i åndedrætsorganer	6 (3,4%)	8 (4,6%)	14 (4,0%)
	sygdomme i fordøjelsesorganer	9 (5,1%)	7 (4,0%)	16 (4,6%)
	sygdomme i hud og underhud	0	2 (1,1%)	2 (0,6%)
	sygdomme i knogler, muskler og bidevæv	17 (9,7%)	20 (11,4%)	37 (10,5%)
	sygdomme i urin og kønsorganer	1 (0,6%)	5 (2,9%)	6 (1,7%)
	symptomer og abnorme fund	13 (7,4%)	8 (4,6%)	21 (6,0%)
	læsioner, forgiftninger og følger af ydre påvirkninger	2 (1,1%)	1 (0,6%)	3 (0,9%)
	faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter til	34 (19,3%)	20 (11,4%)	54 (15,4%)
Total		176 (100,0%)	175 (100,0%)	351 (100,0%)

Antallet af aktions- og bidiagnoser var ens, i daghospitalsgruppen (median, percentiler 5%, 95%), henholdsvis 4,0 (1,0, 8,0, n = 171) og 3,5 (1,0, 7,5, n = 170) (M-W: ns)

Selvoplevet helbred

I begge grupper er patienternes egen vurdering af helbredet bedre efter endt behandling. Forbedringen er kun signifikant i gruppen randomiseret til primært teambesøg (tabel 11).

Tabel 11: Egen vurdering af helbred ved EuroQol-5d (median, 5%-, 95% percentiler)	randomiseringsgruppe		MW
	Daghospital	Teambesøg	
1. kontakt	0,655 (0,027 – 1,000) n = 171	0,654 (0,040 – 1,000) n = 165	ns
1. uge efter patientforløbets afslutning	0,708 (0,009 – 1,000) n = 136	0,708 (0,152 – 1,000) n = 143	ns
2 måneder efter patientforløbets afslutning	0,707 (0,162 – 1,000) n = 125	0,708 (0,022 – 1,000) n = 129	ns
Friedmann parret test	ns n = 125	p < 0,01 n = 129	

Svarene på de enkelte spørgsmål der indgår i normtallene i tabel 11 fremgår af appendix tabel EqE1.1 – EqE5.3

Patienttilfredshed

Der var generelt meget stor tilfredshed med kontakten til afdelingen, og der var ikke forskel på de to randomiseringsgrupper (appendix, tabel PE2-PE9).

Tidsforbrug – den kommunale hjemmepleje

Kommunens tidsforbrug til pleje- og praktisk bistand var i tiden før henvisningen ens i de to grupper. I perioden efter kontakten til geriatrisk afdeling steg kommunens tidsforbrug til pleje- og praktisk bistand med henholdsvis 168% og 190% (tabel 12):

Tabel 12: Samlet ydet tid til pleje- og praktisk bistand

periode	randomiseringsgruppe				
	daghospital		teambesøg		
	Klienttid Minutter/dag (median, 5%, 95%)	Samlet tid minutter/dag	Klienttid Minutter/dag (median, range)	Samlet tid minutter/dag	
Samlet tidsforbrug 30 dage før 1. kontakt	15:30 (4:04 – 125:56) (n = 114)	4189:11	16:34 (3:20 – 105:18) (n = 114)	3921:27	ns
Samlet tidsforbrug 21 dage efter 1. kontakt	17:32 (4:00 - 151:50) (n = 114)	4112:42	23:31 (3:47 - 127:38) (n = 117)	4258:22	ns
Samlet tidsforbrug fra 22 – 120 dage efter 1. kontakt	24:57 (3:13 – 209:29) (n = 125)	7069:59	35:53 (1:35 – 206:20) (n = 124)	7444:07	ns.
	###		###		

ns: M-W test , ##: p < 0,01 Friedmann

Sammenfatning – det elektive patientforløb med 1. kontakt enten i hjemmet ved geriatrisk team eller i daghospitalet

Patienterne var i begge randomiseringsgrupper præget af multimorbiditet. Henvisende læge anførte mere end ét helbredsproblem hos 84% af patienterne.

Hos 93% var første patientkontakt som besluttet ved randomiseringen.

I begge randomiseringsgrupper valgte afdelingens personale at henholdsvis 80% (teamgruppen) og 88% (daghospitalsgruppen) af de opfølgende ambulante kontakter skete i daghospitalet.

32% af de elektivt henviste patienter blev under forløbet indlagt i stationært sengeafsnit. En tredjedel af indlæggelserne skete indenfor den første uge.

79% af alle indlæggelser var i geriatrisk afdeling. Indlæggelsesmønstret var ens i de to randomiseringsgrupper.

Sygdomsmønstret og antal diagnoser var ens i de to randomiseringsgrupper.

Der var ingen forskel i de to gruppers egen vurdering af helbredet før og efter kontakten til afdelingen. I begge grupper skete en forbedring, ændringen var kun signifikant i teamgruppen.

Der var ingen forskel i de to gruppers tilfredshed med kontakten til afdelingen.

Kommunens tid til pleje- og praktisk bistand steg i perioden efter kontakten til geriatrisk afdeling. Både antallet af patienter der modtog hjælp og den forbrugte tid pr. patient blev øget.

Det subakutte forløb – 1. kontakt ved geriatrisk team eller indlæggelse i geriatrisk sengeafsnit

Første kontakt til afdeling blev som randomiseringen foreskrev hos 97,1% (99/102) (Tabel 13). Ventetiden til første kontakt var ens i de to randomiseringsgrupper (tabel 14).

Tabel 13: Randomiseret til

	Subakut teambesøg (n = 59)	Subakut Indlæggelse (n = 43)
Kontaktsted		
Teambesøg	57 (96,6%)	1 (2,3%)
Indlæggelse	2 (3,4%)	42 (97,7%)

Tabel 14: Ventetid til 1. kontakt til geriatrisk afdeling

Ventetid timer	Subakut teambesøg (n = 59)	Subakut Indlæggelse (n = 43)
≤ 24 timer	54 (91,5%)	40 (93,0%)
> 24 timer	5 (8,5%)	3 (7,0%)

De to grupper var ens på alle basisdata undtagen en lidt højere andel af aleneboende i gruppen randomiseret til indlæggelse. Forskellen skyldes formentlig den lidt højere andel af kvinder i indlæggelsesgruppen (figur 2) og (tabel 15).

Tabel 15: Basisdata		Subakut teambesøg N = 59	Subakut indlæggelse N=43	
Mænd		21 (35,6%)	12 (27,9%)	n.s.
Kvinder		38 (64,4%)	31 (72,1%)	
Alder, år (median, min-max)		79,0 (64,0 – 100,8)	82,5 (67,5 – 94,1)	n.s.
Barthel (median, min-max)		75,5 (0 – 95)	77,0 (6 -95)	n.s.
MMSE (median, min-max)		24,0 (8 – 30)	23,0 (7 -29)	n.s.
civilstand	gift/samboende	22 (37,3%)	7 (16,3%)	*
	alene boende	37 (62,7%)	36 (83,7%)	
bolig	egen bolig	46 (78,0%)	28(65,1%)	n.s.
	ældre bolig	7 (11,9%)	10 (23,3%)	
	Plejebolig	5 (8,5%)	4 (9,3%)	
	Andet	1 (1,7%)	1 (2,3%)	
gang-redskab	Intet	18 (30,5%)	14 (32,6%)	n.s.
	kun stok	7 (11,9%)	6 (14,0%)	
	rollator/gangbuk	34 (57,6%)	23 (53,5%)	
kommunale støtteordninger	Medicinadministration	22 (37,3%)	19 (44,2%)	n.s.
	Madordning	15 (25,4%)	19 (44,2%)	n.s.
	tilknyttet dagcenter	9 (15,3%)	6 (14,0%)	n.s.
	bistand en eller flere former	43 (72,9%)	36 (83,7%)	n.s.
synsevne	kan læse små typer i avis	37 (62,7%)	29 (67,4%)	n.s.
	Kan kun læse store typer i avis	10 (16,9%)	5 (11,6%)	
	ikke læse avistyper	4 (6,8%)	3 (7,0%)	
høreevne	høre alm. Samtale	54 (91,5%)	43 (100%)	n.s.
	Anvender hørehjælpemiddel	12 (20,3%)	10 (23,3%)	n.s.

χ^2 -test, Fisher's eksakte test ved celleantal < 5. *: 0,01 < p < 0,05, n.s.: non significant

I gruppen randomiseret til subakut teambesøg var flere henvist med problemerne ”svimmelhed”, ”problemer med funktionsniveau”, ”besvær med hukommelse” og ”anæmi”. Mere end 2/3 er henvist med mere end ét problem (tabel 16).

Tabel 16: Henvisningsproblemer som henvisende læge har anført på henvisningen

Symptomer anført på henvisning	Subakut teambesøg N = 59	Subakut indlæggelse N=43		
Fald	11 (18,6%)	6 (14,0%)	n.s.	
Svimmelhed	4 (6,8%)	14 (32,6%)	**	
Gangbesvær	14 (23,7%)	4 (9,3%)	n.s.	
Problemer med funktionsniveau	19 (32,2%)	7 (16,3%)	*	
Sociale problemer	5 (8,5%)	2 (4,7%)	n.s.	
Besvær hukommelse	8 (13,6%)	1 (2,3%)	*	
Demens	3 (5,1%)	2 (4,7%)	n.s.	
Delirium / konfusion	5 (8,5%)	1 (2,3%)	n.s.	
Åndenød	8 (13,6%)	5 (11,6%)	n.s.	
Symptomer fra hjertet	4 (6,8%)	6 (14,0%)	n.s.	
Problemer i relation til blodtryk	4 (6,8%)	1 (2,3%)	n.s.	
Smerter	21 (35,6%)	14 (32,6%)	n.s.	
Vægttab	13 (22,0%)	8 (18,6%)	n.s.	
Feber	1 (1,7 %)	1 (2,3%)	n.s.	
Symptomer fra mave-/tarm	13 (22,0%)	13 (30,2%)	n.s.	
Symptomer fra urinveje	2 (3,4%)	6 (14,0%)	n.s.	
Mistanke om cancer	5 (8,5%)	3 (7,0%)	n.s.	
Abnorme blodprøver	8 (13,6%)	3 (7,0%)	n.s.	
Anæmi	11 (18,6%)	2 (4,7%)	*	
Antal symptomer anført på den enkelte henvisning	1	10 (18,9%)	13 (31,0%)	n.s.
	2	14 (26,4%)	11 (26,2%)	
	3	13 (24,5%)	9 (21,4%)	
	4	7 (13,2%)	8 (19,0%)	
	≥ 5	9 (17,0%)	1 (2,4%)	
		53 (100%)	42 (100%)	

χ^2 -test, Fisher's eksakte test ved celleantal < 5.

*: 0,01 < p < 0,05, n.s.: non significant

Subakut teambesøg

To (3,4%) patienter blev indlagt inden teambesøget, 10 (16,9%) i forbindelse med teambesøget og yderligere 7 (11,9%) indenfor de første 7 dage efter teambesøget (Tabel 17). 52,5% (31/59) indlægges ikke i perioden frem til 120 dage efter første kontakt.

Tabel 17: Indlæggelse første gang for patienter randomiseret til subakut teambesøg

Antal dage til 1. indlæggelse	Antal personer	%
Indlægges ikke indtil 120 dage efter 1. teambesøg	31	52,5%
Indlægges før teambesøg	2	3,4%
Indlægges dag 0	10	16,9%
Indlægges dag 1 - 7	7	11,9%
Indlægges dag 8 - 14	6	10,2%
Indlægges dag > 14	3	5,1%
	59	100%

85,2% (23/28) af alle indlæggelser sker i geriatrisk afdeling (Tabel 18):

Tabel 18: Indlæggelse af patienter efter 1. teambesøg

Indlægges i afdeling	Antal dage efter 1. teambesøg					Ialt
	Før Team besøg	0	1 - 7	8 - 14	> 14	
Geriatrisk afdeling	2	8	6	4	3	23
Neurologisk afdeling		2		1		3
Ortopædkirurgisk afdeling				1		1
Gastroenterologisk afdeling			1			1
	2	10	7	6	3	28

Patienter der ikke indlægges (n = 31) er sammenlignet med gruppen der indlægges indenfor de første 7 dage (n = 19). Indlæggelsesproblemet ”Åndenød” anføres hos 31,6% (6/19) der indlægges indenfor de første 7 dage, men kun hos 6,5% (2/31) (p<0,05) blandt dem der ikke indlægges. De øvrige indlæggelsesproblemer optræder med samme hyppighed i de to grupper.

Hyppigste ICD-10 gruppe ved patientforløbets afslutning var i begge grupper ”Endokrine og ernæringsbetinget sygdom”. Næsthypigst var ”Sygdomme i kredsløbsorganer” blandt dem der indlægges, og ”Psykiske lidelser” blandt dem der ikke indlægges (tabel 19).

De to patienter der indlægges før teambesøget har aktionsdiagnoser indenfor ”Sygdomme i kredsløbsorganer” og ”Svulster”:

Tabel 9: Aktionsdiagnose ved patientforløbets afslutning (ICD-10 hovedgruppe)

ICD-10 gruppe	Randomiseret til subakut teambesøg (n = 59)	
	Ikke indlagt (n = 31)	Indlagt ≤ 7 dage efter 1. teambesøg (n = 19)
Endokrine og ernæringsbetinget sygdom	7 (22,6%)	7 (36,8%)
Psykiske lidelser	7 (22,6%)	
Sygdom i kredsløbsorganer	4 (12,9%)	5 (26,3%)
Sygdom i blod og bloddannende organer	2 (6,5%)	2 (10,5%)
Svulster	2 (6,5%)	3 (15,8%)
Sygdom i åndedrætsorganer	2 (6,5%)	
Infektøs sygdom	1 (3,2%)	1 (5,3%)
Sygdom i nervesystem	2 (6,5%)	
Sygdom i knogler, muskler og bindevæv	1 (3,2%)	1 (5,3%)
Andet	3 (9,7%)	

I gruppen der indlægges er 84% aleneboende ($p < 0,05$) (tabel 20):

Tabel 20: Civilstand

Civilstand	Randomiseret til subakut teambesøg (n = 59)	
	Ikke indlagt (n = 31)	Indlagt ≤ 7 dage efter 1. teambesøg (n = 19)
Samboende	15 (48,4%)	3 (15,8%)
Aleneboende	16 (51,6%)	16 (84,2%)

Fisher's eksakte test : $p < 0,05$

Subakut indlæggelse

En patient, randomiseret til subakut indlæggelse, indlægges ikke men ses i geriatrisk daghospital. I resten af gruppen udskrives 7 (16,7%) indenfor det første døgn og 11 (26,2%) indenfor den første uge (tabel 21).

Tabel 21: Sengedage for patienter randomiseret til subakut indlæggelse

Antal sengedage			
1. indlæggelse	Antal personer	%	
≤ 1	7	16,7%	
2 - 7	11	26,2%	
8 - 14	15	35,7%	
> 14	9	21,4%	
	42		

71,5% af de patienter der udskrives indenfor første døgn havde ambulantly opfølgning i geriatrisk afdeling. Ved udskrivelse efter dag 2 havde under 1/3 ambulantly opfølgning. Pga det lave antal patienter var forskellene ikke signifikante (tabel 23).

Tabel 22: Ambulantly opfølgning i geriatrisk afdeling af patienter randomiseret til subakut indlæggelse

Ambulantly opfølgning	Antal sengedage 1. indlæggelse				Ialt
	≤ 1	2 - 7	8 - 14	> 14	
Ingen	2 (28,6%)	8 (72,7%)	10 (66,7%)	6 (66,7%)	26
1 - 5 kontakter	3 (42,9%)	3 (27,3%)	4 (26,7%)	3 (33,3%)	13
> 5 kontakter	2 (28,6%)		1 (6,7%)		3
	7	11	15	9	42

Sammenligning af Subakut teambesøg og subakut indlæggelse

De to grupper adskiller sig ikke med hensyn til ICD-10 gruppering af aktionsdiagnoser¹ (tabel 23).

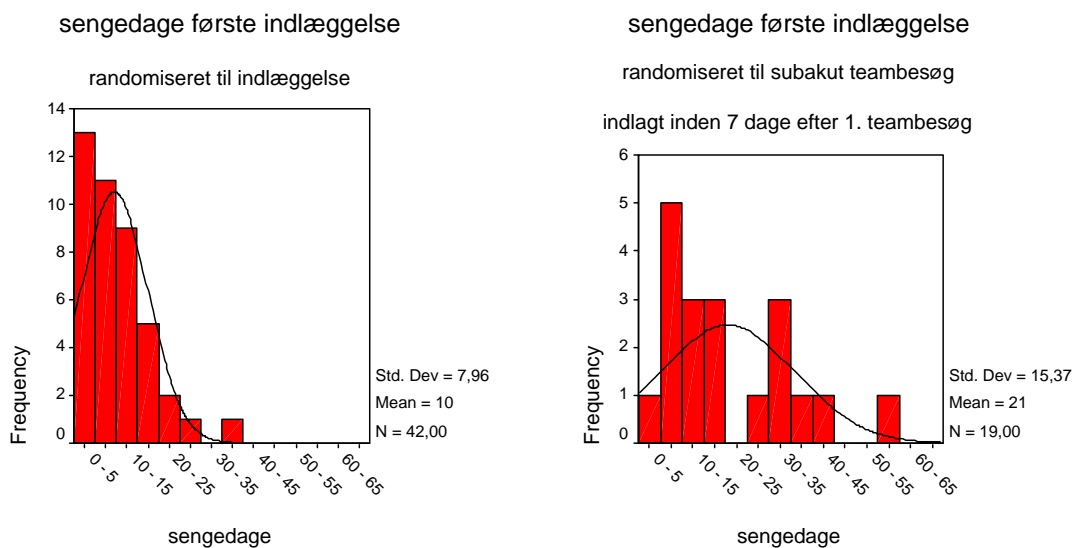
Tabel 23:

icd-10 gruppe		randomiseringsgruppe		Total	
		subakut team	subakut indl		
svulser		4	4	8	
		6,8%	9,3%	7,8%	
	sygdom blod og bloddannende organer		3	3	6
			5,1%	7,0%	5,9%
	endokrine og ernæringsbetingede		4	3	7
			6,8%	7,0%	6,9%
	psykiske og adfærdsmæssige lidelser		7	6	13
			11,9%	14,0%	12,7%
	sygdomme i nervesystem		3	2	5
			5,1%	4,7%	4,9%
	sygdomme i kredsløbsorganer		10	4	14
			16,9%	9,3%	13,7%
	sygdomme i åndedrætsorganer		2	3	5
			3,4%	7,0%	4,9%
	sygdomme i fordøjelsesorganer		5	4	9
		8,5%	9,3%	8,8%	
sygdomme i knogler, muskler og bidevæv		7	7	14	
		11,9%	16,3%	13,7%	
sygdomme i urin og kønsorganer		1	1	2	
		1,7%	2,3%	2,0%	
symptomer og abnorme fund		5	3	8	
		8,5%	7,0%	7,8%	
læsioner, forgiftninger og følger af ydre påvirkninger		1	0	1	
		1,7%	,0%	1,0%	
faktorer af betydning for sundhedstilstand og		7	3	10	
		11,9%	7,0%	9,8%	
Total		59	43	102	
		100,0%	100,0%	100,0%	

Indlæggelsestiden for de patienter der indlægges indenfor de første 7 dage efter det subakutte teambesøg er længere end indlæggelsestiden for de patienter der randomiseres til direkte subakut indlæggelse, median henholdsvis 16,0 dage og 8,0 dage (M-W: $p < 0,001$) (figur 3).

¹ Diagnosekodning efter indlæggelse er mhp korrekt DRG gruppering omfattet af særlig kvalitetssikring med godkendelse hos den ansvarlige overlæge. Ambulante forløb er primært kodet med én aktionsdiagnose.

Figur 3:



Ved direkte indlæggelse fik 4,7% (2/43) et efterfølgende teambesøg (tabel 24) (χ^2 : $p < 0,01$) og 39,5% (17/43) et efterfølgende besøg i geriatrisk daghospital (tabel 25) (χ^2 : $p < 0,01$).

Tabel 24: Antal teambesøg fordelt på randomiseringsgrupper:

		randomiseringsgruppe		Total
		subakut team	subakut indlæggelse	
antal besøg team	ingen besøg	2 3,4%	41 95,3%	43 42,2%
	1 besøg	44 74,6%	2 4,7%	46 45,1%
	2 besøg	13 22,0%	0 ,0%	13 12,7%
Total		59 100,0%	43 100,0%	102 100,0%

Tabel 25: Besøg i geriatrisk daghospital fordelt på randomiseringsgrupper:

		randomiseringsgruppe		Total
		subakut team	subakut indlæggelse	
antal gd kontakter	ingen GD kontakter	19 32,2%	26 60,5%	45 44,1%
	1-5 GD kontakter	25 42,4%	13 30,2%	38 37,3%
	6+ GD kontakter	15 25,4%	4 9,3%	19 18,6%
Total		59 100,0%	43 100,0%	102 100,0%

Blandt de 19 patienter, som er randomiseret til subakut teambesøg, og som ikke har kontakt til daghospitalet (tabel 25), har 63,2% (12/19) været indlagt, heraf 10 (52,6%) indenfor de første 7 dage efter det første teambesøg.

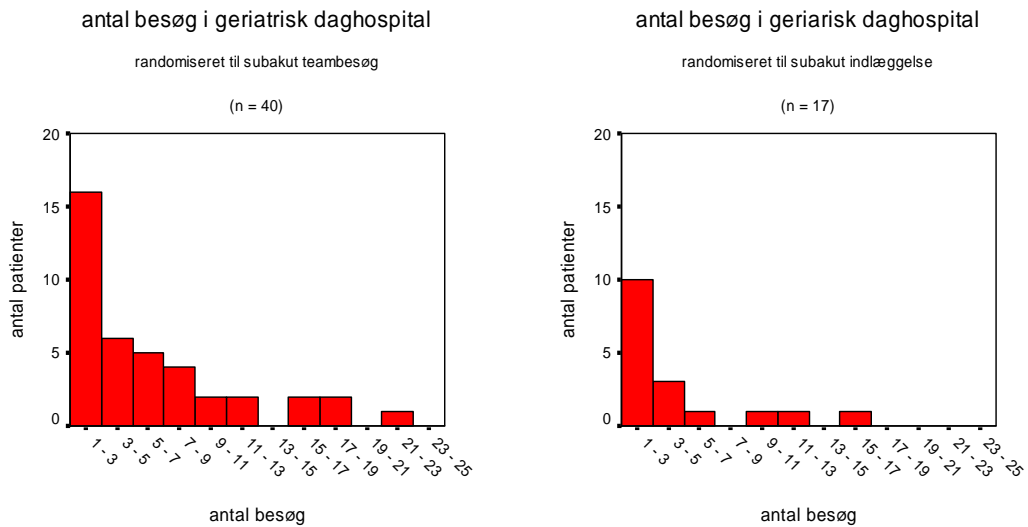
Patienter der indlægges (n = 70) i projektperioden har signifikant færre opfølgende ambulante kontakter end patienter der ikke indlægges (n = 32) (tabel 26) (χ^2 : p < 0,01).

Tabel 26: Kontakt til geriatrisk daghospital efter 1. indlæggelse

		mindst én indlæggelse		Total
		ikke indlagt	indlagt	
antal gd kontakter	ingen GD kontakter	7 21,9%	38 54,3%	45 44,1%
	1-5 GD kontakter	16 50,0%	22 31,4%	38 37,3%
	6+ GD kontakter	9 28,1%	10 14,3%	19 18,6%
Total		32 100,0%	70 100,0%	102 100,0%

Patienter randomiseret til primært subakut teambesøg har flere besøg i geriatrik daghospital end patienter randomiseret til primær indlæggelse (median, range), henholdsvis 4,0 (1, 21, n = 59) og 2,0 (1, 15, n=17) (M-W: ns) (figur 4).

Figur 4:



Selvoplevet helbred

Der er ingen forskel imellem de to gruppers egenvurdering af helbredet før og efter kontakten til afdelingen (tabel 27). I gruppen randomiseret til subakut teambesøg opleves helbredet bedre ved patientkontaktens afslutning, dette ændring ses ikke i gruppen randomiseret til indlæggelse.

Tabel 27: Egen vurdering af helbred ved EuroQol-5d (median, 5%-, 95% percentiler)	randomiseringsgruppe		MW
	Subakut teambesøg	Subakut indlæggelse	
1. kontakt	0,655 (-0,114 – 1,000) n = 54	0,654 (0,028 – 1,000) n = 40	ns
1. uge efter patientforløbets afslutning	0,723 (-0,120 – 1,000) n = 41	0,602 (0,418 – 1,000) n = 32	ns
2 måneder efter patientforløbets afslutning	0,708 (0,011 – 1,000) n = 33	0,668 (-0,373 – 1,000) n = 28	ns
Friedmann parret test	P < 0,05 n = 33	ns n = 28	

Svarene på de enkelte spørgsmål fremgår af appendix, tabel EqS1.1 – EqS6.3

Patienttilfredshed

Der var ikke signifikante forskelle imellem de to grupper med hensyn til patienttilfredsheden (appendix, tabel PS1 – PS9) .

Tidsforbrug – den kommunale hjemmepleje

På tidspunktet for 1. kontakt til geriatrisk afdeling modtog 31 i begge gruppe hjælp til pleje- og praktisk bistand (tabel 27). Den største andel af hjælpen blev givet i dagperioden, fordelingen på dag, aften og nat var i subakut team 71,9%, 24,2% og 3,9% og i subakut indlæggelse 88,2%, 10,8% og 9,8%.

I gruppen subakut indlæggelse faldt kommunens tidsforbrug i den periode der omfattede indlæggelsen ($p < 0,01$)(tabel 28).

Tabel 28: Samlet ydet tid til pleje- og praktisk bistand

Periode	randomiseringsgruppe				
	Subakut teambesøg		Subakut indlæggelse		
	Klienttid Minutter/dag (median, range) (n = 31)	Samlet tid minutter/dag	Klienttid Minutter/dag (median, range) (n = 31)	Samlet tid minutter/dag minutter	
Samlet tidsforbrug 30 dage før 1. kontakt	19:13 (3:36 – 178:25)	1240,1	21:42 (0:48 – 99:34)	917,6	ns
Samlet tidsforbrug 21 dage efter 1. kontakt	20:00 (0:45 - 200:14) (n = 34)	1279,5	15:14 (0:31 - 63:00) (n = 29)	566,0	ns
Samlet tidsforbrug fra 22 – 120 dage efter 1. kontakt	13:52 (0:29 – 215:40) (n = 37)	1295,6	38:52 (0:27 – 235:10) (n = 30)	1324,5	ns.
			##		
	*: $p < 0,05$ M-W test		##: $p < 0,01$ Friedmann		

Tilsvarende var tidsforbruget lavere hvis patienter randomiseret til subakut teambesøg blev indlagt (tabel 29).

Tabel 29: Samlet ydet tid til pleje- og praktisk bistand i gruppen randomiseret til subakut teambesøg

Periode	randomiseringsgruppe				
	Subakut teambesøg Ikke indlagt		Subakut indlæggelse Indlagt inden 7 dage efter 1. kontakt		
	Klienttid Minutter/dag (median, range)	Samlet tid minutter/dag minutter	Klienttid Minutter/dag (median, range)	Samlet tid Minutter d/dag minutter	
Samlet tidsforbrug 30 dage før 1. kontakt	16:19 (3:36 – 178:25) (n = 13)	514,6	19:17 (4:21 – 100:09) (n = 12)	321,4	ns
Samlet tidsforbrug 21 dage efter 1. kontakt	44:42 (4:02 - 200:14) (n = 15)	770,0	9:45 (0:45 – 25:54) (n = 12)	140,6	*
Samlet tidsforbrug fra 22 – 120 dage efter 1. kontakt	16:12 (0:34 – 103:25) (n = 16)	496,2	9:09 (0:29 – 215:40) (n = 14)	471,3	ns.
	*: $p < 0,05$ M-W				

Sammenfatning – det subakutte forløb med 1. kontakt i hjemmet ved geriatrisk team eller indlæggelse i geriatrisk sengeafsnit.

Deltagelsesprocenten var i den subakutte gruppe kun 30%. En medvirkende årsag hertil var den praktiske begrænsning på kun et subakut teambesøg dagligt og den besværlige procedure ved indhentning af det informerede samtykke.

Første kontakt var som randomiseringen foreskrev hos 97%, og hos 92% indenfor 24 timer. Tilsagnet om subakut teambesøg blev således overholdt.

Helbredsproblemerne anført på henvisningerne viste stor variation. Hos $\frac{2}{3}$ af de henviste angav henvisende læge mere end ét problem.

Blandt patienter randomiseret til subakut teambesøg blev 16,9% indlagt i forbindelse med teambesøget, yderligere 11,9% blev indlagt indenfor den første uge.

I gruppen der blev indlagt optrådte helbredsproblemet ”åndenød” og ICD-gruppen ”sygdomme i kredsløbsorganer” hyppigere.

Der var signifikant flere enligt boende blandt patienter, der blev indlagt indenfor de første 7 dage efter 1. teambesøg. Dette tyder på, at både de pårørende og hjemmeplejen har betydning hvis behandlingen af den ældre skal varetages i hjemmet.

Blandt patienter randomiseret til subakut indlæggelse blev 16,7% udskrevet indenfor første døgn, 71% af disse blev udskrevet til opfølgende kontakt i daghospitalet.

Ved udskrivelse efter 2. indlæggelsesdøgn havde mindre end 33% opfølgende kontakt til daghospitalet.

Den gennemsnitlige indlæggelsestid for patienter randomiseret til subakut indlæggelse var 10,0 dage, hvilket er lidt lavere end de 10,9 dage, som var afdelingens gennemsnitlige indlæggelsestid i 2003 (n = 1699 udskrivelser).

Indlæggelse i afdelingen, hvad enten det skete direkte subakut eller efter subakut teambesøg, er forbundet med færre efterfølgende ambulante kontakter til team og daghospital.

Hvis det antages, at perioden med tilknytning til afdelingen afspejler den tid det tager at få de aktuelle helbredsproblemer løst, så sker det hurtigere ved indlæggelse end ved ambulante behandling. Den samlede tilknytningstid var ved indlæggelse 15,0 dage mod 27,1 dage ved rent ambulante forløb.

Der var ingen forskel i patienternes vurdering af eget helbred før eller efter kontakten til afdelingen. Internt i gruppen randomiseret til teambesøg skete en forbedring i egen vurdering af helbredet, antal deltagere i alle tre målinger var dog kun 33.

Der var ingen forskel i patienternes tilfredshed med kontakten til afdelingen.

Ikke uventet medførte indlæggelse, at kommunen i perioden umiddelbart efter indlæggelsen sparede tid til pleje og praktisk bistand. På det lange sigt var der ikke forskel i kommunens ydelser til de to randomiseringsgrupper.

I den gruppe der modtog subakut teambesøg og som ikke blev indlagt, var der en ikke signifikant stigning i den ydede tid til pleje- og praktisk bistand fra 16 min./dag til 44 min./dag.

Personalets opgaver og tidsforbrug ved patientkontakter i daghospital og ved teambesøg

I dette afsnit er alle patientkontakter inkluderet og aktivitet ved teambesøg er sammenlignet med aktivitet ved daghospitals aktivitet.

Hvis 1. kontakt var i daghospitalet mødte patienter oftere flere personalegrupper end hvis 1. kontakt var et teambesøg (X^2 -test: $p < 0,001$) (tabel 30).

Tabel 30:

Antal personalegrupper (læge, sygeplejerske, fysioterapeut, ergoterapeut, diætist/socialrådgiver) ved 1. ambulante kontakt til enten team eller daghospital

	Kontaktsted		Total
	teambesøg	daghospital	
antal personalegrupper 1	1 ,4%	0 ,0%	1 ,2%
2	226 98,7%	159 85,5%	385 92,8%
3	2 ,9%	27 14,5%	29 7,0%
Total	229 100,0%	186 100,0%	415 100,0%

Ved første besøg havde alle kontakt med læge og sygeplejerske (tabel 31):

Tabel 31	Kontaktsted		
	Teambesøg	Daghospital	
Læge	229 (100,0%)	181 (98,9%)	ns
Sygeplejerske	228 (99,6%)	186 (100,0%)	ns
Fysioterapeut	1 (0,4%)	26 (14,0%)	
Ergoterapeut	0	1 (0,5%)	
Diætist/socialrådgiver	1 (0,4%)	2 (1,1%)	
Antal besøg	229	186	

Hvis de efterfølgende besøg skete i daghospitalet var der kontakt til flere personalegrupper end hvis besøget skete i hjemmet (X^2 -test: $p < 0,001$) tabel 32).

Tabel 32:

Antal personalegrupper (læge, sygeplejerske, fysioterapeut, ergoterapeut, diætist/socialrådgiver) som patienten ser efter 1. ambulante kontakt til enten team eller daghospital

	Kontaktsted		Total
	teambesøg	daghospital	
antal personalegrupper 1	103 78,6%	267 12,1%	370 15,8%
2	27 20,6%	1514 68,6%	1541 65,9%
3	1 ,8%	412 18,7%	413 17,7%
4	0 ,0%	15 ,7%	15 ,6%
Total	131 100,0%	2208 100,0%	2339 100,0%

De enkelte faggruppers fordeling af kontakter er forskellig. Ved 98,8% af kontakterne i daghospitalet møder patienten en sygeplejerske. Hovedparten af fysioterapeuternes - 96,2% (1136/1181) - kontakter foregår i daghospitalet, mens 42,1% (53/126) af ergoterapeuternes kontakter foregår i hjemmet (tabel 33).

Tabel 33	kontaktsted		
	Teambesøg	Daghospital	
Læge	27 (20,6%)	1166 (52,8%)	***
Sygeplejerske	35 (26,7%)	2181 (98,8%)	***
Fysioterapeut	45 (34,4%)	1136 (51,4%)	***
Ergoterapeut	53 (40,5%)	73 (3,3%)	***
Diætist/socialrådgiver	0	35 (1,6%)	
Antal besøg	131	2208	

***: X^2 -test: $p < 0,001$

Lægelige arbejdsopgaver:

Når lægen deltager i et teambesøg er det oftest med henblik på diagnostik. Ved besøg i daghospitalet er lægens opgaver bredere og omfatter også behandling, kontrol og information (tabel 34)

Tabel 34:

lægens hovedindsats ved ambulant kontakt

	Kontaktsted		Total
	teambesøg	daghospital	
diagnostik	225 87,9%	536 39,7%	761 47,4%
behandling	12 4,7%	280 20,8%	292 18,2%
kontrol	16 6,3%	370 27,4%	386 24,0%
information	3 1,2%	154 11,4%	157 9,8%
andet	0 ,0%	9 ,7%	9 ,6%
Total	256 100,0%	1349 100,0%	1605 100,0%

X^2 -test: $p < 0,001$

Ved 67,9% (1089/1650) af de kontakter hvor lægen er involveret, er den lægelige opgave rettet imod mere end ét helbredsproblem (tabel 35).

Tabel 35

antal lægeopgaver ("kognitiv funktion", hjerte-kredsløb", "luftveje/lunger",
"mave-/tarm", "endokrinologi", "urin-/kønsorg.", "bevægeapp.", "information",
"andet")

antal lægeopgaver	Kontaktsted		Total
	teambesøg	daghospital	
0	104 28,9%	1045 43,7%	1149 41,7%
1	57 15,8%	459 19,2%	516 18,7%
2	103 28,6%	486 20,3%	589 21,4%
3	64 17,8%	270 11,3%	334 12,1%
4	24 6,7%	100 4,2%	124 4,5%
5	7 1,9%	24 1,0%	31 1,1%
6	1 ,3%	8 ,3%	9 ,3%
7	0 ,0%	2 ,1%	2 ,1%
Total	360 100,0%	2394 100,0%	2754 100,0%

Sygeplejerskens opgaver:

Ved 91,9% (241/262) af de teambesøg hvor sygeplejersken er involveret udføres mere end én sygeplejehandling, i daghospitalet gælder ved 73,4% (1683/2325) (X^2 -test: $p < 0,001$) (tabel 36).

Tabel 36:

antal forskellige sygeplejeopgaver ("koordinering af undersøgelser", "tværfaglig indsats", "tværsektoriel indsats" samt "instrumentel sygepleje" og "kommunikation" ved ambulant kontakt

		Kontaktsted		Total
		teambesøg	daghospital	
antal sygeplejeopgaver	0	99 27,5%	69 2,9%	168 6,1%
	1	21 5,8%	642 26,8%	663 24,1%
	2	94 26,1%	980 40,9%	1074 39,0%
	3	85 23,6%	517 21,6%	602 21,9%
	4	60 16,7%	183 7,6%	243 8,8%
	5	1 ,3%	3 ,1%	4 ,1%
Total		360 100,0%	2394 100,0%	2754 100,0%

De specifikke sygeplejehandlinger er oftest af koordinerende karakter (tabel 37).

Tabel 37	Kontaktsted		
	teambesøg	Daghospital	
Koordinering af undersøgelser	161 (44,7%)	982 (41,0%)	ns
Koordinering af tværfaglig indsats	131 (36,4%)	1329 (55,5%)	***
Koordinering af tværsektoriel indsats	102 (28,3%)	558 (23,3%)	*
Instrumentel sygepleje	224 (62,2%)	901 (37,6%)	***
kommunikation	240 (66,7%)	2062 (86,1%)	***
Andet sygepleje	12 (3,3%)	50 (2,1%)	ns
Antal besøg	360	2394	

X^2 -test: *: $p < 0,05$, ***: $p < 0,001$

Fysioterapeutens indsats

Når fysioterapeuten deltog i teambesøg var det oftest med henblik på vurdering. Ved patientkontakt i daghospitalet var det oftest med henblik på behandling (X^2 -test: $p < 0,001$) (tabel 38).

Tabel 38:

	Kontaktsted		Total
	teambesøg	daghospital	
vurdering fys	29 63,0%	165 14,2%	194 16,1%
behandling fys	15 32,6%	961 82,8%	976 80,9%
andet fys	2 4,3%	34 2,9%	36 3,0%
Total	46 100,0%	1160 100,0%	1206 100,0%

Ved 69,6% af kontakterne i hjemmet var tidsforbruget over 45 minutter, mens dette kun var tilfældet ved 6,6% af kontakterne i daghospitalet (X^2 -test: $p < 0,001$) (Tabel 39).

Tabel 39:

	Kontaktsted		Total
	teambesøg	daghospital	
fystid 0-15 min	0 ,0%	72 6,3%	72 6,1%
fystid 15-30 min	3 6,5%	482 42,1%	485 40,8%
fystid 30-45 min	11 23,9%	515 45,0%	526 44,2%
fystid 45-60 min	21 45,7%	58 5,1%	79 6,6%
fystid 60-75 min	8 17,4%	16 1,4%	24 2,0%
fystid 75-90 min	2 4,3%	1 ,1%	3 ,3%
fystid 90-105 min	1 2,2%	0 ,0%	1 ,1%
Total	46 100,0%	1144 100,0%	1190 100,0%

Ergoterapeutens opgaver

Ergoterapeuterne udførte overvejende vurderinger af ADL og kognitive funktioner (tabel 40).

Tabel 40:

ergoterapeutens hovedindsats ved ambulant kontakt

	Kontaktsted		Total
	teambesøg	daghospital	
ergo vurdering	53 100,0%	61 82,4%	114 89,8%
ergo behandling	0 ,0%	8 10,8%	8 6,3%
ergo andet	0 ,0%	5 6,8%	5 3,9%
Total	53 100,0%	74 100,0%	127 100,0%

Ved 92,1% af kontakterne i hjemmet var ergoterapeuternes tidsforbrug over 45 minutter, mens dette kun var tilfældet ved 19,0% af kontakterne i daghospitalet (tabel 41).

Tabel 41:

ergoterapeutens tidsforbrug ved ambulant kontakt - ved teambesøg eksklusiv transporttid

	Kontaktsted		Total
	teambesøg	daghospital	
ergotid 0-15 min	1 2,0%	7 9,5%	8 6,4%
ergotid 15-30 min	0 ,0%	23 31,1%	23 18,4%
ergotid 30-45 min	3 5,9%	29 39,2%	32 25,6%
ergotid 45-60 min	14 27,5%	11 14,9%	25 20,0%
ergotid 60-75 min	22 43,1%	2 2,7%	24 19,2%
ergotid 75-90 min	7 13,7%	1 1,4%	8 6,4%
ergotid 90-105 min	3 5,9%	1 1,4%	4 3,2%
ergotid 105-120 min	1 2,0%	0 ,0%	1 ,8%
Total	51 100,0%	74 100,0%	125 100,0%

Afledte opgaver for personalet i geriatrisk daghospital

Den direkte patientkontakt vil ofte have en eller flere afledte opgaver, hvor personalet i geriatrisk daghospital må kontakte forskellige samarbejdspartnere (tabel 42).

Tabel 42:

Antal afledte kontakter til én eller flere interessenter (patient, hjemmepleje, pårørende, praktiserende læge, kommunale terapeuter, sygehusafdelinger)

		kontaktsted		Total
		team besøg	daghospital	
antal kontakter	ingen	40 6,9%	119 5,3%	159 5,6%
	1	333 57,2%	1408 62,4%	1741 61,3%
	2	158 27,1%	576 25,5%	734 25,9%
	3	40 6,9%	114 5,1%	154 5,4%
	4	8 1,4%	31 1,4%	39 1,4%
	5	1 ,2%	7 ,3%	8 ,3%
	6	2 ,3%	2 ,1%	4 ,1%
	Total	582 100,0%	2257 100,0%	2839 100,0%

De hyppigste opgaver var til patienten (tabel 43), de pårørende (tabel 44) og hjemmeplejen (tabel 45)

Tabel 43:

antal afledte kontakter til patienten

		kontaktsted		Total
		team besøg	daghospital	
antal	ingen	332 57,0%	1224 54,2%	1556 54,8%
	1	217 37,3%	888 39,3%	1105 38,9%
	2	33 5,7%	138 6,1%	171 6,0%
	3	0 ,0%	7 ,3%	7 ,2%
Total	582 100,0%	2257 100,0%	2839 100,0%	

Tabel 44:

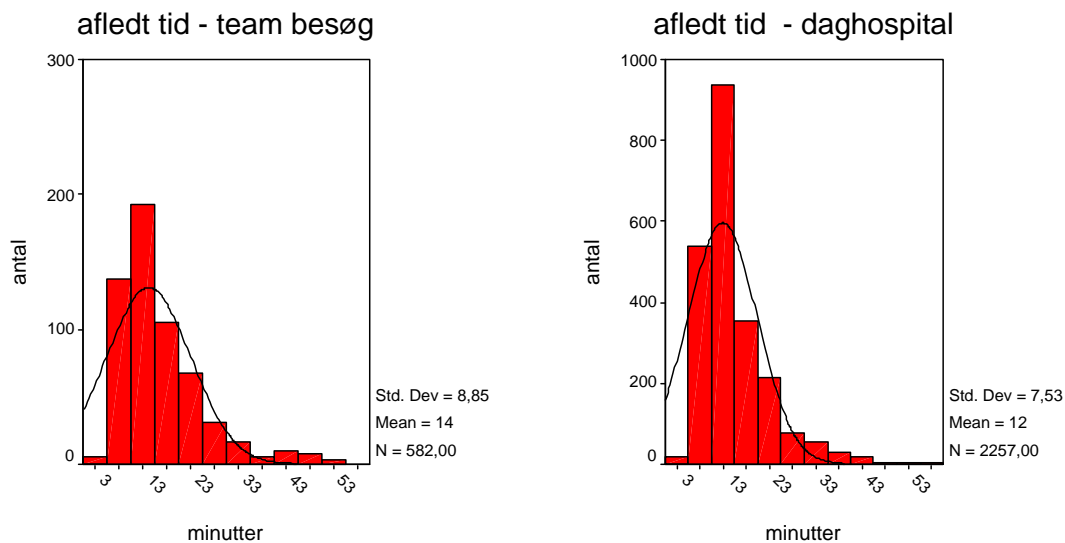
		kontaktsted		Total
		team besøg	daghospital	
antal	ingen	423	1728	2151
		72,7%	76,6%	75,8%
	1	147	487	634
		25,3%	21,6%	22,3%
	2	11	41	52
	1,9%	1,8%	1,8%	
	3	1	0	1
		,2%	,0%	,0%
	4	0	1	1
		,0%	,0%	,0%
Total		582	2257	2839
		100,0%	100,0%	100,0%

Tabel 45:

		kontaktsted		Total
		team besøg	daghospital	
antal	ingen	353	1468	1821
		60,7%	65,0%	64,1%
	1	207	697	904
		35,6%	30,9%	31,8%
	2	19	82	101
	3,3%	3,6%	3,6%	
	3	3	8	11
		,5%	,4%	,4%
	4	0	2	2
		,0%	,1%	,1%
Total		582	2257	2839
		100,0%	100,0%	100,0%

Den samlede afledte tid efter et teambesøg var lidt større end efter et besøg i daghospitalet, i gennemsnit henholdsvis 13,75 og 12,36 minutter (M-W: $p < 0,05$). Forskellen var dog så lille at den næppe er praktisk relevant (figur 6).

Figur 6:



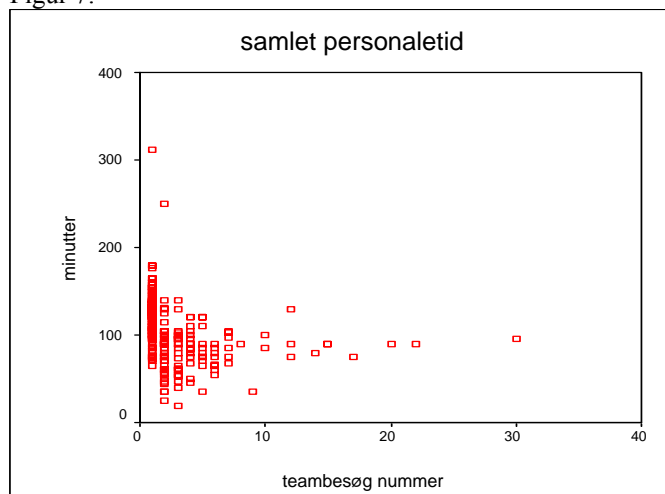
Personale og tidsforbrug ved teambesøg i hjemmet og ved besøg i geriatrisk daghospital

Der blev aflagt i alt 360 teambesøg, 228 var første kontakt til patienten og 132 opfølgende besøg (tabel 46). Afdelingens personale brugte i gennemsnit 125 minutter ved første og 84 minutter ved efterfølgende teambesøg. Transporttiden var ca. 25 minutter (tabel 46).

Tabel 46: tidsforbrug ved geriatrisk teambesøg (mean ± SD) og gennemsnit antal deltagende personalegrupper		
	Kontakt nr. 1 (n = 228)	Kontakt nr. 1 - 30 (n = 132)
Teamets opholdstid I patientens hjem Minutter	100,6 (23,5)	57,9 (25,8)
Teamets samlede transporttid Minutter	24,3 (8,9)	26,2 (8,2)
Samlet tidsforbrug til teambesøg Minutter	125,0 (24,2)	84,1 (28,1)
Antal personalegrupper	2,00	1,23
Læger	1,00	0,21
Sygeplejersker	1,00	0,27
Fysioterapeuter	0	0,34
Ergoterapeuter	0	0,40
Socialrådgiver	0	0
Diætist	0	0

Ved første teambesøg deltog i gennemsnit 2 personalegrupper, ved efterfølgende i gennemsnit 1,23 (tabel 46). Tidsforbruget var ved de opfølgende teambesøg stabilt og korrelationen imellem teambesøg nr 2 – 30 og det samlede tidsforbrug var $r = 0,041$ (ns) (figur 57).

Figur 7:

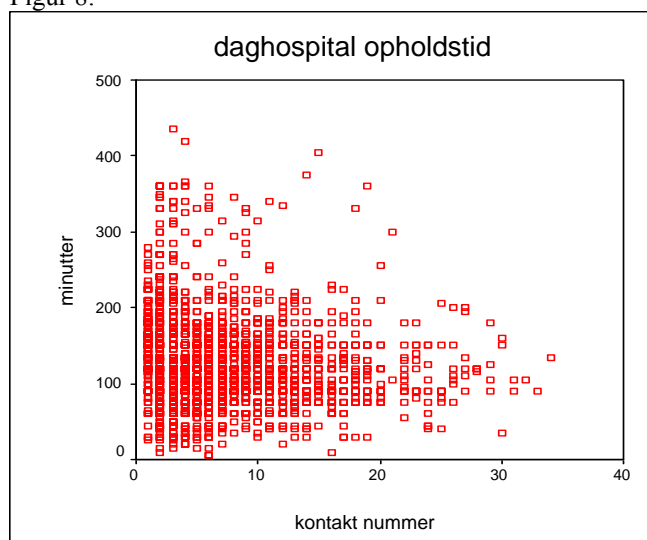


Projektpatienterne havde i alt 2294 besøg i daghospitalet (tabel 47). Patientens samlede opholdstid fra ankomst til afgang fra daghospitalet var ved første besøg i gennemsnit 153 minutter, ved 2. besøg 130 minutter og ved de efterfølgende besøg 120 minutter (tabel 47).

Tabel 47: patientens opholdstid i geriatrisk daghospital (mean \pm SD) og gennemsnit antal personalegrupper som patienten har kontakt til.			
	Kontakt nr. 1 (n = 187)	Kontakt nr. 2 (n = 304)	Kontakt nr. 3 – 34 (n = 1903)
Minutter (mean, SD)	152,8 (45,3)	131,8 (67,0)	120,1 (55,5)
Antal personalegrupper	2,14	2,07	2,08
Læge	0,99	0,72	0,50
Sygeplejerske	1,00	1,00	0,99
Fysioterapeut	0,14	0,29	0,55
Ergoterapeut	0,01	0,04	0,03
socialrådgiver	0,01	0,01	0,01
diætist	0,01	0,01	0,01

Patientens opholdstid i daghospitalet var fra 3. besøg konstant og korrelationen imellem opholdstiden og besøg nr. 3 - 34 var $r = -0,034$ (ns) (figur 8).

Figur 8:



MTV projektet var en integreret del af den samlede ambulante drift. Der blev ikke registreret særskilt og detaljeret tid på de opgaver og funktioner der foregik i det geriatriske daghospital.

I det patient administrative system er den samlede ambulante aktivitet i projektperioden 9.140 aktiviteter, heraf 5406 daghospitals-/teambesøg (tabel 48), 679 ambulante kontroller efter indlæggelse og 3055 tværfaglige konferencer og handlinger medførende notat i lægejournalen.

Tabel 48: fordeling af daghospitals-/team kontakter i projektperioden	1. kontakt	Opfølgende kontakt	
Teambesøg	228	132	360
Daghospital	459	4587	5046
	687	4719	5406

På baggrund af personalegruppernes involvering i de forskellige typer patientkontakter, som det fremgår af tabel 47 er antal fuldtidspersoner til direkte behandling af geriatriske daghospitalspatienter estimeret i tabel 49.

Tabel 49: personaleforbrug til behandling af patienter i daghospital	brutto personale / år	andel besøg med personale kontakt - tabel 47	personale-gruppe involveret ved antal 1.besøg i daghospital	personale-gruppe involveret ved antal opfølgende besøg i daghospital	median personaletid / besøg fra	personaletid / år til behandling i alt – minutter	personer til patient-behandling
					tabel 39 og tabel 41		
antal kontakter (tabel 48)			459	4.587			
Læger ¹	1,75						1,24 ⁷
Sygeplejersker ²	3,61						2,73 ⁷
fys 1. besøg ³		0,14	64,26		60,00	2056,32	0,02
fys opfl ³		0,55		2522,85	45,00	60548,40	0,66
Ergoterapeut ³		0,04	18,36	183,48	60,00	587,52	0,01
socråd + diæt ⁴		0,02	9,18	91,74	45,00	220,32	0,00
							4,65

1. Brutto lægeforbruget er estimeret til 1,75 læge/år.
2. Sygeplejeforbruget er hentet fra sygehusets personaleforbrugsstatistik for geriatrisk daghospital i projektperioden.
3. Forbruget af fysioterapi og ergoterapi er estimeret ud fra data i tabel 47 (andel besøg med personale kontakt), antal 1. besøg eksklusive 1. teambesøg og antal opfølgende besøg eksklusive opfølgende teambesøg, den mediane tid pr. kontakt er estimeret fra tabel 39 og tabel 41.
4. Forbruget af socialrådgiver og diætist er estimeret på baggrund af tabel 47 og et skønnet tidsforbrug på 45 minutter/kontakt.
5. projektperioden 14.12.2001 – 31.10.2003 er 22,5 måneder.
6. Det årlige antal arbejdstimer for en person er 1924 timer, herfra er trukket 6 ugers ferie, 7 helligdage, 4 kursusdage og 5% sygefravær. Det estimerede antal arbejdstimer er 1.538 timer / år.
7. overlægen og afdelingssygeplejersken anvender hver i gennemsnit 1 dag om ugen til bl.a. møder, administration m.m.

På baggrund af det årlige personaleforbrug i tabel 49 er det samlede antal personaletimer og antal timer pr. daghospitals kontakt eksklusiv team funktionen estimeret (tabel 50).

Tabel 50: personaletimer til den samlede ambulante funktion	antal ambulante kontakter	varighed minutter	personer	* netto arbejdstimer/person i projektperioden på 22,5 måneder	persontimer i alt	Timer / aktivitet
Kontakter daghospital eksl teambesøg	## 5.046		4,65	2.883,92	13.416,78	
efterambulante besøg	679	20	1,00		226,33	
vurdering uden besøg/tværfaglig konference	## 3.055					
	8.780				13.643,11	1,55

*: Det årlige antal arbejdstimer for en person er 1924 timer, herfra er trukket 6 ugers ferie, 7 helligdage, 4 kursusdage og 5% sygefravær. Det estimerede antal arbejdstimer er 1.538 timer / år.

##: Aktivitet som udføres indenfor den ambulante nettonormering på 4,65 personer

Personaleforbruget ved teambesøg kan beregnes eksakt på baggrund af data fra tabel 46 (tabel 51).

Tabel 51: personaleforbrug ved geriatrisk teambesøg	antal teambesøg	personaletid ved teambesøg minutter	antal deltagende personaler tabel 46	afledte opgaver / besøg figur 4	arbejdstimer til teambesøg	Timer / aktivitet
1. teambesøg	228	125	2,00		950,00	
opfølgende teambesøg	132	84	1,23		227,30	
				13,75	82,50	
i alt teambesøg	360				1.259,80	3,50

Tidsforbruget/aktivitet var ved teambesøg i gennemsnit 125% større end ved en aktivitet i daghospitalet, henholdsvis 3,50 og 1,55 timer/aktivitet.

Sammenfatning - personaleopgaver og tidsforbrug

Ved den første kontakt til både geriatrisk team og daghospital møder patienten læge og sygeplejerske

Når kontakten efterfølgende sker i daghospitalet møder patienten flere forskellige faggrupper end hvis kontakten er i hjemmet.

Patienternes multimorbiditet afspejler sig i at flere personalegrupper oftest er involveret i patientkontakten, og i at den enkelte gruppe ofte udfører flere forskellige opgaver.

Afdelingens tidsforbrug/aktivitet er ved teambesøg mere end dobbelt så stort som ved besøg i daghospitalet, 3,50 timer mod 1,55 timer pr. aktivitet.

Af teamets samlede tidsforbrug pr kontakt udgør transporten ved første besøg 19% og ved opfølgende besøg 31% af teamets samlede tidsforbrug. Transportafstandene i dette projekt har været begrænsede og kun omfattet kørsel i Odense Kommune. Hvis teamet skal dække større geografiske områder vil transporttiden øges.

Med en arbejdsdag på 7,4 timer kan et geriatrisk team, med funktion indenfor et afgrænset område som Odense Kommune, afholde maximalt 3 nye eller maximalt 4 opfølgende besøg om dagen. Til den direkte teamtid skal lægges tid til rapportering/journalisering og afledte opgaver som i gennemsnit varer 15 minutter / besøg.

Hvis et geriatrisk teambesøg skal have kvalitet og beslutningskompetence skal personalet være erfarent.

Referencer.

- 1): Udfordringer i Sygehusvæsenet - Betænkning fra Sygehuskommissionen. Sundhedsministeriet, 1997.
- 2): Sundhedsplan for Fyns Amt - Sundhedsplanlægning 1994-97. Fyns Amt 1997.
- 3): Frølund B. Opsøgende geriatri er ældrevenlig. Ugeskr Læger 1991; 153: 1425-7.
- 4): Hansen FR. Dynamisk geriatri. Et års erfaringer med et geriatrisk team og subakut afsnit på Amtssygehuset i Glostrup. Københavns Amt 1993. (Ph.d.-afhandling).
- 5): Hansen FR, Poulsen H, Falkenberg I, Frølund B. Erfaringer fra et geriatrisk team knyttet til et sygehus. Ugeskr Læger 1992; 154: 613-7.
- 6): Hansen FR, Poulsen H, Falkenberg I, Frølund B. Den subakutte funktion i en geriatrisk afdeling. Ugeskr Læger 1992; 154: 617-20.
- 7): Geriatiske teams - status og visioner - Resumé af indlæg fra temamøde i Dansk Selskab for Geriatri, Odense, november 1998.
- 8): Hendriksen C, Lund E, Strømgård E. Consequences of assessment and intervention among elderly people: A three year randomised controlled trial. BMJ 1984; 289: 1522-24.
- 9): Reuben DB, Frank JC, Hirsch SH, McGuigan KA, Maly RC. A randomized clinical trial of outpatient comprehensive geriatric assesment coupled with an intervention to increase adherence to recommendations. J Am Geriatric Soc 1999; 47: 269-76.
- 10): Büla CJ, Bérod AC, Stuck AE et al.. Effectiveness of preventive in-home geriatric assesment in well functioning, community-dwelling older people: Secondary analysis of a randomized trial. J Am Geriatric Soc 1999; 47: 389-95.
- 11): Hansen FR, Spedtsberg K, Schroll M. Geriatric follow-up by home visits after discharge from hospital: A randomized controlled trial. Age Ageing 1992; 21: 445-50.
- 12): Hansen FR, Poulsen H, Sørensen KH. A model of regular geriatric follow-up by home visits to selected patients discharged from a geriatric ward: A randomized controlled trial. Aging Clin Exp Res 1995; 7: 202-6.

- 13): Townsend J, Piper M, Frank AO, Dyer S, North WRS, Meade TW. Reduction in hospital readmission stay of elderly patients by a community based hospital discharge scheme: a randomised controlled trial. *BMJ* 1988; 297: 544-7.
- 14): Martin F, Oyewole A, Moloney A. A randomized controlled trial of a high support hospital discharge team for elderly people. *Age Ageing* 1994, 23: 228-34.
- 15): Rabin R, Charro F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Ann Med* 2001; 33: 337-43.
- 16): Wittrup-Jensen KU, Lauridsen JT, Gudex C, Brooks R, Pedersen KM. Danish EuroQol tariffs estimated by the Visual Analogue Scale (VAS) and the Timed Trade-Off (TTO). Paper presented at the 6th EuroQol Meeting in Copenhagen 6th/7th September 2001.

Appendix

Elektive patientforløb: Selvomlevet helbred (Euroqol-5d) målt ved 1. kontakt (EqE1), én uge efter patientforløbets afslutning (EqE2) og 2 måneder efter patientforløbets afslutning (EqE3).

Tabel EqE1.1:

1. euroqol-5d, bevægelighed / mobilitet

	randomisering		Total
	elektiv foramb	elektiv team	
jeg har ingen problemer med at gå omkring	50 29,2%	61 36,7%	111 32,9%
jeg har nogle problemer med at gå omkring	113 66,1%	92 55,4%	205 60,8%
jeg er bundet til sengen	8 4,7%	13 7,8%	21 6,2%
Total	171 100,0%	166 100,0%	337 100,0%

X^2 -test: ns

Tabel EqE1.2:

2. euroqol-5d, bevægelighed / mobilitet

	randomisering		Total
	elektiv foramb	elektiv team	
jeg har ingen problemer med at gå omkring	64 47,1%	89 62,2%	153 54,8%
jeg har nogle problemer med at gå omkring	63 46,3%	46 32,2%	109 39,1%
jeg er bundet til sengen	9 6,6%	8 5,6%	17 6,1%
Total	136 100,0%	143 100,0%	279 100,0%

X^2 -test: ns

Tabel EqE1.3:

3. euroqol-5d, bevægelighed / mobilitet

	randomisering		Total
	elektiv foramb	elektiv team	
jeg har ingen problemer med at gå omkring	50 40,0%	63 48,8%	113 44,5%
jeg har nogle problemer med at gå omkring	71 56,8%	59 45,7%	130 51,2%
jeg er bundet til sengen	4 3,2%	7 5,4%	11 4,3%
Total	125 100,0%	129 100,0%	254 100,0%

X^2 -test: ns

Tabel EqE2.1:

1. euroqol-5d, min personlige pleje

	randomisering		Total
	elektiv foramb	elektiv team	
jeg har ingen problemer med personlig pleje	101 59,1%	96 57,8%	197 58,5%
jeg har nogle problemer med personlig pleje	57 33,3%	56 33,7%	113 33,5%
jeg kan ikke vaske og klæde mig på	13 7,6%	14 8,4%	27 8,0%
Total	171 100,0%	166 100,0%	337 100,0%

X²-test: ns

Tabel EqE2.2:

2. euroqol-5d, min personlige pleje

	randomisering		Total
	elektiv foramb	elektiv team	
jeg har ingen problemer med personlig pleje	86 63,2%	99 69,2%	185 66,3%
jeg har nogle problemer med personlig pleje	42 30,9%	38 26,6%	80 28,7%
jeg kan ikke vaske og klæde mig på	8 5,9%	6 4,2%	14 5,0%
Total	136 100,0%	143 100,0%	279 100,0%

X²-test: ns

Tabel EqE2.3:

3. euroqol-5d, min personlige pleje

	randomisering		Total
	elektiv foramb	elektiv team	
jeg har ingen problemer med personlig pleje	86 68,8%	86 66,7%	172 67,7%
jeg har nogle problemer med personlig pleje	34 27,2%	36 27,9%	70 27,6%
jeg kan ikke vaske og klæde mig på	5 4,0%	7 5,4%	12 4,7%
Total	125 100,0%	129 100,0%	254 100,0%

X²-test: ns

Tabel EqE3.1:

1. euroqol-5d, udførelse af daglige aktiviteter (husarbejde, madlavning, fritidsaktiviteter)

	randomisering		Total
	elektiv foramb	elektiv team	
jeg har ingen problemer med almindelige aktiviteter	44 25,7%	45 27,1%	89 26,4%
jeg har nogle problemer med almindelige aktiviteter	79 46,2%	79 47,6%	158 46,9%
jeg kan ikke udføre almindelige aktiviteter	48 28,1%	42 25,3%	90 26,7%
Total	171 100,0%	166 100,0%	337 100,0%

X²-test: ns

Tabel EqE3.2:

2. euroqol-5d, udførelse af daglige aktiviteter (husarbejde, madlavning, fritidsaktiviteter)

	randomisering		Total
	elektiv foramb	elektiv team	
jeg har ingen problemer med almindelige aktiviteter	26 19,1%	49 34,3%	75 26,9%
jeg har nogle problemer med almindelige aktiviteter	70 51,5%	62 43,4%	132 47,3%
jeg kan ikke udføre almindelige aktiviteter	40 29,4%	32 22,4%	72 25,8%
Total	136 100,0%	143 100,0%	279 100,0%

X²-test: P < 0,05

Tabel EqE3.3:

3. euroqol-5d, udførelse af daglige aktiviteter (husarbejde, madlavning, fritidsaktiviteter)

	randomisering		Total
	elektiv foramb	elektiv team	
jeg har ingen problemer med almindelige aktiviteter	28 22,4%	36 27,9%	64 25,2%
jeg har nogle problemer med almindelige aktiviteter	64 51,2%	53 41,1%	117 46,1%
jeg kan ikke udføre almindelige aktiviteter	33 26,4%	40 31,0%	73 28,7%
Total	125 100,0%	129 100,0%	254 100,0%

X²-test: ns

Tabel EqE4.1:

1. euroqol-5d, oplevelse af smerter og ubehag

	randomisering		Total
	elektiv foramb	elektiv team	
jeg har ingen smerter eller ubehag	58 33,9%	60 36,1%	118 35,0%
jeg har moderate smerter eller ubehag	82 48,0%	73 44,0%	155 46,0%
jeg har ekstreme smerter eller ubehag	31 18,1%	33 19,9%	64 19,0%
Total	171 100,0%	166 100,0%	337 100,0%

X²-test: ns

Tabel EqE4.2:

2. euroqol-5d, oplevelse af smerter og ubehag

	randomisering		Total
	elektiv foramb	elektiv team	
jeg har ingen smerter eller ubehag	49 36,0%	63 44,1%	112 40,1%
jeg har moderate smerter eller ubehag	65 47,8%	60 42,0%	125 44,8%
jeg har ekstreme smerter eller ubehag	22 16,2%	20 14,0%	42 15,1%
Total	136 100,0%	143 100,0%	279 100,0%

X²-test: ns

Tabel EqE4.3:

3. euroqol-5d, oplevelse af smerter og ubehag

	randomisering		Total
	elektiv foramb	elektiv team	
jeg har ingen smerter eller ubehag	44 35,2%	49 38,0%	93 36,6%
jeg har moderate smerter eller ubehag	57 45,6%	62 48,1%	119 46,9%
jeg har ekstreme smerter eller ubehag	24 19,2%	18 14,0%	42 16,5%
Total	125 100,0%	129 100,0%	254 100,0%

X²-test: ns

Tabel EqE5.1:

1. euroqol-5d, oplevelse af angst / depression

	randomisering		Total
	elektiv foramb	elektiv team	
jeg er ikke ængstelig eller deprimeret	92 53,8%	86 52,1%	178 53,0%
jeg er moderat ængstelig eller deprimeret	66 38,6%	67 40,6%	133 39,6%
jeg er ekstremt ængstelig eller deprimeret	13 7,6%	12 7,3%	25 7,4%
Total	171 100,0%	165 100,0%	336 100,0%

X²-test: ns

Tabel EqE5.2:

2. euroqol-5d, oplevelse af angst / depression

	randomisering		Total
	elektiv foramb	elektiv team	
jeg er ikke ængstelig eller deprimeret	88 64,7%	87 60,8%	175 62,7%
jeg er moderat ængstelig eller deprimeret	43 31,6%	49 34,3%	92 33,0%
jeg er ekstremt ængstelig eller deprimeret	5 3,7%	7 4,9%	12 4,3%
Total	136 100,0%	143 100,0%	279 100,0%

X²-test: ns

Tabel EqE5.3:

3. euroqol-5d, oplevelse af angst / depression

	randomisering		Total
	elektiv foramb	elektiv team	
jeg er ikke ængstelig eller deprimeret	81 64,8%	86 66,7%	167 65,7%
jeg er moderat ængstelig eller deprimeret	43 34,4%	38 29,5%	81 31,9%
jeg er ekstremt ængstelig eller deprimeret	1 ,8%	5 3,9%	6 2,4%
Total	125 100,0%	129 100,0%	254 100,0%

X²-test: ns

Elektive patientforløb: Patienttilfredshed (PE) én uge efter afsluttet patientforløb.

Tabel PE1:

følte du dig tryk i forbindelse med den undersøgelse og behandling du har fået ?

	randomisering		Total
	elektiv foramb	elektiv team	
meget tryk	45 33,1%	33 23,1%	78 28,0%
tryk	80 58,8%	93 65,0%	173 62,0%
ved ikke	7 5,1%	10 7,0%	17 6,1%
utryk	4 2,9%	6 4,2%	10 3,6%
meget utryk	0 ,0%	1 ,7%	1 ,4%
Total	136 100,0%	143 100,0%	279 100,0%

X²-test: ns

Tabel PE2:

følte du dig tilstrækkeligt informeret om din sygdom, undersøgelserne og behandlingen ?

	randomisering		Total
	elektiv foramb	elektiv team	
virkeligt godt informeret	29 21,3%	27 18,9%	56 20,1%
tilstrækkeligt informeret	71 52,2%	79 55,2%	150 53,8%
ved ikke	22 16,2%	22 15,4%	44 15,8%
utilstrækkeligt informeret	13 9,6%	15 10,5%	28 10,0%
helt utilstrækkeligt informeret	1 ,7%	0 ,0%	1 ,4%
Total	136 100,0%	143 100,0%	279 100,0%

X²-test: ns

Tabel PE3:

ønskede du mere indflydelse på behandlingen og plejen ?

	randomisering		Total
	elektiv foramb	elektiv team	
ja	8 5,9%	15 10,5%	23 8,2%
ved ikke	19 14,0%	21 14,7%	40 14,3%
nej	109 80,1%	107 74,8%	216 77,4%
Total	136 100,0%	143 100,0%	279 100,0%

X²-test: ns

Tabel PE4:

hvordan oplevede du dit forhold til afdelingens læger ?			
	randomisering		Total
	elektiv foramb	elektiv team	
meget godt	45 33,1%	46 32,2%	91 32,6%
godt	79 58,1%	77 53,8%	156 55,9%
ved ikke	10 7,4%	12 8,4%	22 7,9%
dårligt	2 1,5%	8 5,6%	10 3,6%
Total	136 100,0%	143 100,0%	279 100,0%

X²-test: ns

Tabel PE5:

hvordan opleved du dit forhold til afdelingens pleje- og øvrige behandlingspersonale ?			
	randomisering		Total
	elektiv foramb	elektiv team	
meget godt	59 43,4%	57 39,9%	116 41,6%
godt	69 50,7%	73 51,0%	142 50,9%
ved ikke	6 4,4%	8 5,6%	14 5,0%
dårligt	1 ,7%	5 3,5%	6 2,2%
meget dårligt	1 ,7%	0 ,0%	1 ,4%
Total	136 100,0%	143 100,0%	279 100,0%

X²-test: ns

Tabel PE6:

følte du dig tilstrækkeligt informeret om din sygdom, undersøgelserne og behandlingen ?			
	randomisering		Total
	elektiv foramb	elektiv team	
virkeligt godt informeret	29 21,3%	27 18,9%	56 20,1%
tilstrækkeligt informeret	71 52,2%	79 55,2%	150 53,8%
ved ikke	22 16,2%	22 15,4%	44 15,8%
utilstrækkeligt informeret	13 9,6%	15 10,5%	28 10,0%
helt utilstrækkeligt informeret	1 ,7%	0 ,0%	1 ,4%
Total	136 100,0%	143 100,0%	279 100,0%

X²-test: ns

Tabel PE7:

hvordan føler du dig informeret om det der skal ske efter din behandling ved geriatrisk afdeling ?

	randomisering		Total
	elektiv foramb	elektiv team	
meget godt	10 7,4%	8 5,6%	18 6,5%
godt	71 52,2%	71 49,7%	142 50,9%
ved ikke	37 27,2%	49 34,3%	86 30,8%
dårligt	16 11,8%	15 10,5%	31 11,1%
meget dårligt	2 1,5%	0 ,0%	2 ,7%
Total	136 100,0%	143 100,0%	279 100,0%

X²-test: ns

Tabel PE8:

fik du det ud af behandlingen, som du havde forventet ?

	randomisering		Total
	elektiv foramb	elektiv team	
mere end forventet	18 13,2%	14 9,8%	32 11,5%
som forventet	52 38,2%	65 45,5%	117 41,9%
ved ikke	29 21,3%	26 18,2%	55 19,7%
mindre end forventet	37 27,2%	38 26,6%	75 26,9%
Total	136 100,0%	143 100,0%	279 100,0%

X²-test: ns

Tabel PE9:

hvordan vil du alt i alt sige, at du er tilfreds med den behandling og pleje, du fik ved geriatrisk afdeling

	randomisering		Total
	elektiv foramb	elektiv team	
meget godt	23 16,9%	24 16,8%	47 16,8%
godt	91 66,9%	101 70,6%	192 68,8%
ved ikke	12 8,8%	13 9,1%	25 9,0%
dårligt	8 5,9%	5 3,5%	13 4,7%
meget dårligt	2 1,5%	0 ,0%	2 ,7%
Total	136 100,0%	143 100,0%	279 100,0%

X²-test: ns

Subakutte patientforløb: Selvoplevet helbred (Euroqol-5d). målt ved 1. kontakt (EqS1), én uge efter patientforløbets afslutning (EqS2) og 2 måneder efter patientforløbets afslutning (EqS3).

EqS1.1

bevægelighed / mobilitet			
	randomisering		Total
	subakut team	subakut indlæggelse	
jeg har ingen problemer med at gå omkring	16 29,6%	19 47,5%	35 37,2%
jeg har nogle problemer med at gå omkring	33 61,1%	21 52,5%	54 57,4%
jeg er bundet til sengen	5 9,3%	0 0,0%	5 5,3%
Total	54 100,0%	40 100,0%	94 100,0%

X²-test: ns

EqS2.1

bevægelighed / mobilitet			
	randomisering		Total
	subakut team	subakut indlæggelse	
jeg har ingen problemer med at gå omkring	23 56,1%	15 46,9%	38 52,1%
jeg har nogle problemer med at gå omkring	15 36,6%	16 50,0%	31 42,5%
jeg er bundet til sengen	3 7,3%	1 3,1%	4 5,5%
Total	41 100,0%	32 100,0%	73 100,0%

X²-test: ns

EqS3.1

bevægelighed / mobilitet			
	randomisering		Total
	subakut team	subakut indlæggelse	
jeg har ingen problemer med at gå omkring	16 48,5%	13 46,4%	29 47,5%
jeg har nogle problemer med at gå omkring	13 39,4%	12 42,9%	25 41,0%
jeg er bundet til sengen	4 12,1%	3 10,7%	7 11,5%
Total	33 100,0%	28 100,0%	61 100,0%

X²-test: ns

EqS1.2

min personlige pleje

	randomisering		Total
	subakut team	subakut indlæggelse	
jeg har ingen problemer med personlig pleje	28 51,9%	29 72,5%	57 60,6%
jeg har nogle problemer med personlig pleje	19 35,2%	10 25,0%	29 30,9%
jeg kan ikke vaske og klæde mig på	7 13,0%	1 2,5%	8 8,5%
Total	54 100,0%	40 100,0%	94 100,0%

X²-test: ns

EqS2.2

min personlige pleje

	randomisering		Total
	subakut team	subakut indlæggelse	
jeg har ingen problemer med personlig pleje	21 51,2%	18 56,3%	39 53,4%
jeg har nogle problemer med personlig pleje	16 39,0%	14 43,8%	30 41,1%
jeg kan ikke vaske og klæde mig på	4 9,8%	0 ,0%	4 5,5%
Total	41 100,0%	32 100,0%	73 100,0%

X²-test: ns

EqS2.3

min personlige pleje

	randomisering		Total
	subakut team	subakut indlæggelse	
jeg har ingen problemer med personlig pleje	22 66,7%	19 67,9%	41 67,2%
jeg har nogle problemer med personlig pleje	8 24,2%	6 21,4%	14 23,0%
jeg kan ikke vaske og klæde mig på	3 9,1%	3 10,7%	6 9,8%
Total	33 100,0%	28 100,0%	61 100,0%

X²-test: ns

EqS3.1

Udførelse af daglige aktiviteter (husarbejde, madlavning, fritidsaktiviteter)

	randomisering		Total
	subakut team	subakut indlæggelse	
jeg har ingen problemer med almindelige aktiviteter	14 25,9%	10 25,0%	24 25,5%
jeg har nogle problemer med almindelige aktiviteter	24 44,4%	20 50,0%	44 46,8%
jeg kan ikke udføre almindelige aktiviteter	16 29,6%	10 25,0%	26 27,7%
Total	54 100,0%	40 100,0%	94 100,0%

 X^2 -test: ns

EqS3.2

Udførelse af daglige aktiviteter (husarbejde, madlavning, fritidsaktiviteter)

	randomisering		Total
	subakut team	subakut indlæggelse	
jeg har ingen problemer med almindelige aktiviteter	16 39,0%	5 15,6%	21 28,8%
jeg har nogle problemer med almindelige aktiviteter	15 36,6%	14 43,8%	29 39,7%
jeg kan ikke udføre almindelige aktiviteter	10 24,4%	13 40,6%	23 31,5%
Total	41 100,0%	32 100,0%	73 100,0%

 X^2 -test: ns

EqS3.3

Udførelse af daglige aktiviteter (husarbejde, madlavning, fritidsaktiviteter)

	randomisering		Total
	subakut team	subakut indlæggelse	
jeg har ingen problemer med almindelige aktiviteter	8 24,2%	2 7,1%	10 16,4%
jeg har nogle problemer med almindelige aktiviteter	16 48,5%	12 42,9%	28 45,9%
jeg kan ikke udføre almindelige aktiviteter	9 27,3%	14 50,0%	23 37,7%
Total	33 100,0%	28 100,0%	61 100,0%

 X^2 -test: ns

EqS4.1

oplevelse af smerter og ubehag

	randomisering		Total
	subakut team	subakut indlæggelse	
jeg har ingen smerter eller ubehag	17 31,5%	11 27,5%	28 29,8%
jeg har moderate smerter eller ubehag	22 40,7%	16 40,0%	38 40,4%
jeg har ekstreme smerter eller ubehag	15 27,8%	13 32,5%	28 29,8%
Total	54 100,0%	40 100,0%	94 100,0%

X²-test: ns

EqS4.2

oplevelse af smerter og ubehag

	randomisering		Total
	subakut team	subakut indlæggelse	
jeg har ingen smerter eller ubehag	16 39,0%	15 46,9%	31 42,5%
jeg har moderate smerter eller ubehag	18 43,9%	9 28,1%	27 37,0%
jeg har ekstreme smerter eller ubehag	7 17,1%	8 25,0%	15 20,5%
Total	41 100,0%	32 100,0%	73 100,0%

X²-test: ns

EqS4.3

oplevelse af smerter og ubehag

	randomisering		Total
	subakut team	subakut indlæggelse	
jeg har ingen smerter eller ubehag	14 42,4%	10 35,7%	24 39,3%
jeg har moderate smerter eller ubehag	15 45,5%	13 46,4%	28 45,9%
jeg har ekstreme smerter eller ubehag	4 12,1%	5 17,9%	9 14,8%
Total	33 100,0%	28 100,0%	61 100,0%

X²-test: ns

EqS5.1

oplevelse af angst / depression

	randomisering		Total
	subakut team	subakut indlæggelse	
jeg er ikke ængstelig eller deprimeret	31 57,4%	20 50,0%	51 54,3%
jeg er moderat ængstelig eller deprimeret	18 33,3%	18 45,0%	36 38,3%
jeg er ekstremt ængstelig eller deprimeret	5 9,3%	2 5,0%	7 7,4%
Total	54 100,0%	40 100,0%	94 100,0%

X²-test: ns

EqS5.2

oplevelse af angst og depression

	randomisering		Total
	subakut team	subakut indlæggelse	
jeg er ikke ængstelig eller deprimeret	24 58,5%	15 46,9%	39 53,4%
jeg er moderat ængstelig eller deprimeret	13 31,7%	13 40,6%	26 35,6%
jeg er ekstremt ængstelig eller deprimeret	4 9,8%	4 12,5%	8 11,0%
Total	41 100,0%	32 100,0%	73 100,0%

X²-test: ns

EqS5.3

oplevelse af angst og depression

	randomisering		Total
	subakut team	subakut indlæggelse	
jeg er ikke ængstelig eller deprimeret	20 60,6%	16 57,1%	36 59,0%
jeg er moderat ængstelig eller deprimeret	12 36,4%	9 32,1%	21 34,4%
jeg er ekstremt ængstelig eller deprimeret	1 3,0%	3 10,7%	4 6,6%
Total	33 100,0%	28 100,0%	61 100,0%

X²-test: ns

Subakutte patientforløb: Patienttilfredshed (PS) én uge efter afsluttet patientforløb

PS1:

følte du dig tryk i forbindelse med den undersøgelse og behandling du har fået ?

	randomisering		Total
	subakut team	subakut indlæggelse	
meget tryk	13 31,7%	3 9,4%	16 21,9%
tryk	24 58,5%	25 78,1%	49 67,1%
ved ikke	1 2,4%	0 ,0%	1 1,4%
utryk	2 4,9%	4 12,5%	6 8,2%
meget utryk	1 2,4%	0 ,0%	1 1,4%
Total	41 100,0%	32 100,0%	73 100,0%

X²-test: ns

PS2:

følte du dig tilstrækkeligt informeret om din sygdom, undersøgelserne og behandlingen ?

	randomisering		Total
	subakut team	subakut indlæggelse	
meget tryk	7 17,1%	2 6,3%	9 12,3%
tryk	23 56,1%	23 71,9%	46 63,0%
ved ikke	3 7,3%	0 ,0%	3 4,1%
utryk	8 19,5%	7 21,9%	15 20,5%
Total	41 100,0%	32 100,0%	73 100,0%

X²-test: ns

PS3:

ønskede du mere indflydelse på behandlingen og plejen ?

	randomisering		Total
	subakut team	subakut indlæggelse	
ja	5 12,2%	3 9,4%	8 11,0%
ved ikke	4 9,8%	7 21,9%	11 15,1%
nej	32 78,0%	22 68,8%	54 74,0%
Total	41 100,0%	32 100,0%	73 100,0%

X²-test: ns

PS4:

hvordan oplevede du dit forhold til afdelingens læger ?

	randomisering		Total
	subakut team	subakut indlæggelse	
meget godt	15 36,6%	3 9,4%	18 24,7%
godt	24 58,5%	24 75,0%	48 65,8%
ved ikke	2 4,9%	3 9,4%	5 6,8%
dårligt	0 ,0%	2 6,3%	2 2,7%
Total	41 100,0%	32 100,0%	73 100,0%

X²-test: ns

PS5:

hvordan oplevede du dit forhold til afdelingens pleje- og øvrige behandlingspersonale ?

	randomisering		Total
	subakut team	subakut indlæggelse	
meget godt	19 46,3%	9 28,1%	28 38,4%
godt	22 53,7%	23 71,9%	45 61,6%
Total	41 100,0%	32 100,0%	73 100,0%

X²-test: ns

PS6:

følte du dig tilstrækkeligt informeret om din sygdom, undersøgelserne og behandlingen ?

	randomisering		Total
	subakut team	subakut indlæggelse	
meget tryk	7 17,1%	2 6,3%	9 12,3%
tryk	23 56,1%	23 71,9%	46 63,0%
ved ikke	3 7,3%	0 ,0%	3 4,1%
utryk	8 19,5%	7 21,9%	15 20,5%
Total	41 100,0%	32 100,0%	73 100,0%

X²-test: ns

PS7:

hvordan føler du dig informeret om det der skal ske efter din behandling ved geriatrisk afdeling ?

	randomisering		Total
	subakut team	subakut indlæggelse	
meget godt	3 7,3%	2 6,3%	5 6,8%
godt	24 58,5%	17 53,1%	41 56,2%
ved ikke	10 24,4%	12 37,5%	22 30,1%
dårligt	4 9,8%	0 ,0%	4 5,5%
meget dårligt	0 ,0%	1 3,1%	1 1,4%
Total	41 100,0%	32 100,0%	73 100,0%

X²-test: ns

PS8:

fik du det ud af behandlingen, som du havde forventet ?

	randomisering		Total
	subakut team	subakut indlæggelse	
mere end forventet	2 4,9%	2 6,3%	4 5,5%
som forventet	23 56,1%	14 43,8%	37 50,7%
ved ikke	3 7,3%	6 18,8%	9 12,3%
mindre end forventet	13 31,7%	10 31,3%	23 31,5%
Total	41 100,0%	32 100,0%	73 100,0%

X²-test: ns

PS9:

hvordan vil du alt i alt sige, at du er tilfreds med den behandling og pleje, du fik ved geriatrisk afdeling ?

	randomisering		Total
	subakut team	subakut indlæggelse	
meget godt	6 14,6%	5 15,6%	11 15,1%
godt	33 80,5%	22 68,8%	55 75,3%
ved ikke	1 2,4%	2 6,3%	3 4,1%
dårligt	0 ,0%	3 9,4%	3 4,1%
meget dårligt	1 2,4%	0 ,0%	1 1,4%
Total	41 100,0%	32 100,0%	73 100,0%

X²-test: ns