

Region Midtjylland

§2 aftale om opfølgende hjemmebesøg i almen praksis

Bilag

**til Forretningsudvalgets
møde 12. august 2008**

Punkt nr. 20

UDKAST §2-aftale om opfølgende hjemmebesøg**§ 1 Aftalens parter**

Aftalen indgås mellem Region Midtjylland og Praksisudvalget i Region Midtjylland og omfatter således alene patienter bosat i Region Midtjylland. Aftalens parter er enige om, at ydelsen opfølgende hjemmebesøg vil være gavnlige for patienterne, og opfordrer derfor til brug af ydelsen.

§ 2 Aftalens formål

Opfølgende hjemmebesøg har til formål at sikre et godt og sammenhængende udskrivningsforløb for patienter over 78 år, der udskrives fra sygehus indlæggelse. Konkret skal de opfølgende hjemmebesøg vurdere og sikre opfølgning på patientens behov for støtte i hverdagen, hospitalets vejledning vedr. udskrivning og patientens medicinforbrug.

§ 3 Aftalens afgrænsning

Opfølgende hjemmebesøg kan ydes til alle patienter over 78 år, der udskrives fra hospitalet.

Opfølgende hjemmebesøg ydes som op til tre kontakter. Første kontakt har karakter af et længere møde med patienten gerne i dennes eget hjem. Anden og eventuelt tredje kontakt ydes som udgangspunkt i lægens konsultation men kan afhængig af patientens tilstand også foregå i patientens hjem.

Baggrund for og indhold af opfølgende hjemmebesøg uddybes i vedlagte notat om opfølgende hjemmebesøg i Region Midtjylland.

§ 4 Aftalens afregning og honorering

Opfølgende hjemmebesøg består af op til tre kontakter, der afregnes og honoreres således:

Ydelse	Tekst	Grundhonorar
XXXX	Opfølgende hjemmebesøg, 1. kontakt som hjemmebesøg	720,76 kr.
XXXX	Opfølgende hjemmebesøg, 1. kontakt som konsultation	211,14 kr.
XXXX	Opfølgende hjemmebesøg, 2. og 3. kontakt som hjemmebesøg	229,27 kr.
XXXX	Opfølgende hjemmebesøg, 2. og 3. kontakt	123,02 kr.

som konsultation

I forbindelse med kontakter, der finder sted som hjemmebesøg, ydes kørselsgodtgørelse efter landsoverenskomstens § 76 og tidsforbrugstillæg svarende til § 56, stk. 2 c).

Honoraret reguleres med den til enhver tid gældende reguleringsprocent for regulering i henhold til landsoverenskomstens § 80.

§ 5 Evaluering

Ordnningen med opfølgende hjemmebesøg i Region Midtjylland evalueres efter 12 måneders forløb. Evalueringen vil omfatte ordningen, herunder økonomien i aftalen og i hvilket omfang ydelserne bruges. Herudover vil evalueringen også omfatte brugen af ydelserne blandt de praktiserende læger, således at der kan følges op på ordningens udbredelse.

§ 6 Ikrafttrædelse og ophør

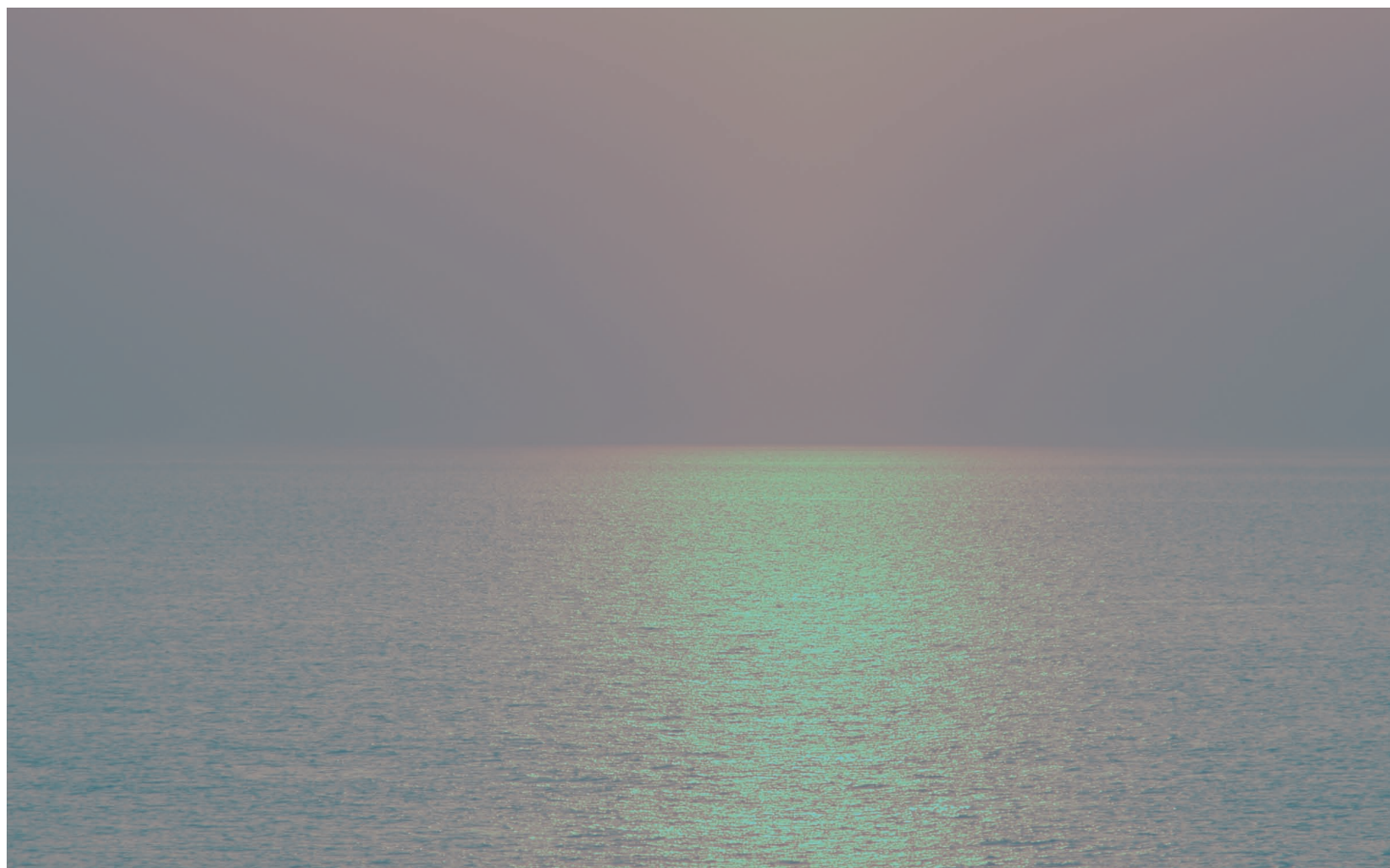
Aftalen træder i kraft X.XX.XXXX og kan af begge parter opsiges med 3 måneders varsel til den 1. i en måned.

For Region Midtjylland

For Praksisudvalget for Region
Midtjylland

Aage Koch-Jensen

Egon Juul-Andersen



OPFØLGENDE HJEMMEBESØG TIL ÆLDRE
EFTER UDSKRIVELSE FRA SYGEHUS
- en medicinsk teknologivurdering

2007

Enhed for Medicinsk Teknologivurdering

OPFØLGENDE HJEMMEBESØG TIL ÆLDRE EFTER UDSKRIVELSE FRA SYGEHUS - en medicinsk teknologivurdering

Helle Neel Jakobsen¹, Lars Rytter², Finn Rønholt³, Anna Viola Hammer⁴,
Anne Helms Andreasen⁵, Aase Nissen⁶, Jakob Kjellberg⁷, Karin Stadsgaard⁸

1. Koncern Plan og Udvikling, Region Hovedstaden
2. Praksiskoordinator, Glostrup Hospital
3. Medicinsk afdeling C, Gentofte Hospital
4. Køge Kommune
5. Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed
6. Udviklingsenheden, Gentofte Hospital
7. Dansk Sundhedsinstitut
8. Hjemmeplejen, Ballerup Kommune

Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus – resulater fra et randomiseret, kontrolleret interventionsstudie i Københavns Amt

C: Sundhedsstyrelsen, Enhed for Medicinsk Teknologivurdering

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: Opfølgende hjemmebesøg, udskrivelse, ældre, medicinske patienter, geriatriske patienter, tværsektoriel, Shared Care, genindlæggelser, opfølgning, epikrise, medicinoverensstemmelse, compliance, medicinsikkerhed

Sprog: Dansk med engelsk resume

Format: pdf

Version: 1,0

Versionsdato: 14. august 2007

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, september 2007

Kategori: Rådgivning

Design: Sundhedsstyrelsen og 1508 A/S

Layout: 11 Design

Elektronisk ISBN: 978-87-7676-543-9

Elektronisk ISSN: 1601-586X

Denne rapport citeres således:

Jakobsen, H. N.; Rytter, L.; Rønholt, F.; Hammer, A. V.; Andreasen, A. H.; Nissen, A.; Kjellberg, J.; Stadsgaard, K.;

Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus

København: Sundhedsstyrelsen, Enhed for Medicinsk Teknologivurdering, 2007

Medicinsk Teknologivurdering - puljeprojekter 2007; 7(4)

Serietitel: Medicinsk Teknologivurdering - puljeprojekter

Serieredaktion: Finn Børlum Kristensen, Mogens Hørder, Leiv Bakketeig

Serieredaktionssekretær: Stig Ejdrup Andersen

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

Sundhedsstyrelsen

Enhed for MTV

Islands Brygge 67

2300 København S

Tlf. 72 22 74 00

E-mail: emtv@sst.dk

Hjemmeside: www.sst.dk/mtv

Rapporten kan downloades fra www.sst.dk/mtv under publikationer

Forord

Ældre, svækkede patienter, der udskrives fra sygehus, har stor risiko for kort efter at blive genindlagt. Det er derfor relevant at få undersøgt, om denne risiko kan reduceres.

I denne MTV er der undersøgt en model, hvor ældre patienter efter udskrivelse fra sygehus får opfølgende hjemmebesøg.

Modellen har som udgangspunkt et fælles hjemmebesøg ved praktiserende læge og hjemmesygeplejerske, og dette suppleres med to efterfølgende kontakter ved egen læge. Denne type opfølgning kan være et supplement eller alternativ til andre eksisterende tilbud, der har vist positive resultater i forhold til at kunne reducere antallet af genindlæggelser.

Undersøgelsen har vist, at egen læge får bedre overblik over patientens medikamentelle behandling. Der er bedre opfølgning på anbefalingerne i udskrivelsesbrevet og der sker en reduktion af risikoen for efterfølgende indlæggelse. Samarbejdet i forbindelse med interventionen blev vurderet som godt blandt hovedparten af aktørerne. Størstedelen af de involverede parter, der deltog i undersøgelsen af de organisatoriske forhold, ønsker en lignende ordning med opfølgende hjemmebesøg implementeret i det fremtidige samarbejde.

En vellykket opfølgning af udskrivelsen af denne gruppe af ældre forudsætter, at både sygehuspersonale, praktiserende læger og kommuner deltager i og prioriterer opgaven. Hvis kun et fåtal af praktiserende læger og kommuner deltager i ordningen, vil håndteringen af opgaven vanskeliggøres på sygehuset, og der kan ikke gives et ensartet tilbud til alle borgere.

Undersøgelsen har ikke kunnet be- eller afkræfte, hvorvidt modellen påvirker patientens helbredsstatus eller funktionsevne positivt – men en økonomisk analyse viser, at modellen er omkostningsneutral med tendens til en samfundsøkonomisk besparelse.

Rapporten udgives i EMTVs serie »Medicinsk Teknologivurdering – puljeprojekter« og har gennemgået eksternt peer-review. Projektet blev hovedfinansieret af EMTV. Forfatterne har tilkendegivet ikke at have konkurrerende interesser.

*Enhed for Medicinsk Teknologivurdering
September 2007*

*Finn Børlum Kristensen
Centerchef*

Forfatternes forord

Denne rapport omhandler resultaterne af en randomiseret kontrolleret undersøgelse, der havde til formål at afprøve en model for øget opfølgning ved primærsektorens aktører til ældre efter udskrivelse fra sygehus.

Undersøgelsen er gennemført i et samarbejde mellem den tidligere Sundhedsforvaltning i Københavns Amt, praksiskonsulentordningen i Københavns Amt, Glostrup Hospital og kommunerne i området omkring Glostrup Hospital.

Projektet er gennemført primært på baggrund af puljemidler fra Enhed for Medicinsk Teknologivurdering. Derudover har Sygekassernes Helsefond, Praktiserende Lægers Udviklingsfond samt Sundhedsforvaltningen, Kvalitetsudviklingsudvalget, Forebyggelsesudvalget og Sygesikringen i det tidligere Københavns Amt støttet projektet.

Projektgruppen vil gerne rette en stor tak til de 7 kommuner i området omkring Glostrup Hospital og til de praktiserende læger, der har deltaget i interventionen, og som har gjort et stort arbejde med at udfylde en række spørgeskemaer. Vi vil også takke de hjemmesygeplejersker, praktiserende læger og sygehuspersonaler, som har stillet sig til rådighed for de gennemførte fokusgruppeinterviews.

Endvidere rettes en stor tak til de medarbejdere, der undervejs har deltaget i gennemførelsen af projektet samt til Enheden for Brugerundersøgelser, Region Hovedstaden for bistand til spørgeskemaer og fokusgruppeinterview.

Sammenfatning

Baggrund

Når ældre svækkede medicinske patienter udskrives fra sygehus, er risikoen for genindlæggelse stor. Der har igennem mange år været et ønske om at opnå bedre og mere sammenhængende patientforløb for denne patientgruppe. Dette ønske har blandt andet givet sig udtryk gennem en række interventioner, som efter forskellige modeller har evalueret effekten af udgående hospitalsindsats i form af fx udgående sygeplejerske, geriatriiske teams og ”følge hjem ordninger”.

Dette projekt omhandler en anden form for opfølgning, der kan være et supplement eller et alternativ til sådanne hospitalsbaserede foranstaltninger. Projektet afprøver en model for tværfaglig opfølgning med aktører fra primærsektoren, hvor det er den praktiserende læge og hjemmesygeplejersken, som ”tager over” efter endt sygehusbehandling. Tidligere undersøgelser af opfølgende indsatser har overvejende vist positiv effekt på fx omfanget af efterfølgende indlæggelser, men har sjældent omhandlet primærsektorens aktører.

Sundhedsvæsenet har et væsentligt forbedringspotentiale i forhold til patienternes medicinske behandling. Utilsigtede effekter af medicinsk behandling forekommer jævnligt, og et betydeligt antal indlæggelser tilskrives uhensigtsmæssig medicinsk behandling. Ældre medicinske patienter får ofte ordineret et betydeligt antal lægemidler ved udskrivelsen, og projektet sætter derfor særlig fokus på dette område.

Der har ikke tidligere været overenskomstmæssig dækning til, at praktiserende læger har kunnet tilbyde forebyggende opfølgende hjemmebesøg til patienter efter udskrivelse fra sygehus. Med overenskomsten i 2006 mellem Praktiserende Lægers Organisation og Sygesikringens Forhandlingsudvalg er der imidlertid indført en række ydelser med et opfølgende eller opsøgende sigte, og der er hermed sat ekstra fokus på den praktiserende læges rolle i forebyggende aktiviteter.

Den undersøgte model for opfølgning består af tre kontakter: Et fælles besøg ved praktiserende læge og hjemmesygeplejerske i patientens hjem ca. 1 uge efter udskrivelsen suppleret med to opfølgende kontakter ved den praktiserende læge i 3. og 8. uge efter udskrivelsen i form af en konsultation eller hjemmebesøg afhængig af patientens samlede problematik. Hjemmesygeplejen deltager ved de to opfølgende kontakter efter behov. Ved opfølgningen foretages en bred vurdering af patientens situation med fokus på patientens medicinske behandling, opfølgning på sygehusets behandling og på det aktuelle behov for hjælpe- og omsorgsforanstaltninger fra kommunen.

Formål

Formålet med undersøgelsen er at belyse:

- Hvorvidt den valgte ordning med en tidlig, fast struktureret og tæt opfølgning af ældre patienter ved egen læge og hjemmesygeplejerske efter udskrivelse fra en medicinsk eller geriatrisk afdeling, kan bidrage til en forbedret patientbehandling. Der er specielt fokus på kontrol med den medicinske behandling i form af bedre overensstemmelse mellem den praktiserende læges opfattelse af patientens medicinering og den medicin patienten tager, bedre opfølgning på behandlingsplanen fra sygehuset og nedsat risiko for efterfølgende indlæggelser
- I hvilket omfang den valgte ordning er implementerbar i henhold til økonomi, nuværende aktører og organisatoriske strukturer.

Det forventes, at resultatet af undersøgelsen kan indgå som bidrag i planlægningen af fremtidens samarbejde mellem sygehus, almen praksis og kommunerne, fx i forbindelse med sundhedsaftalerne.

Metode

Undersøgelsen består af et randomiseret, kontrolleret interventionsstudie, hvor data er indsamlet ved registreringsskemaer, patientinterviews og fra registre. De organisatoriske forhold er belyst ved spørgeskemaundersøgelser og fokusgruppeinterviews.

Selve interventionen er gennemført i perioden november 2003 til juni 2005, efterfulgt af den organisatoriske undersøgelse. Projektet omfatter 331 patienter på 78 år og derover, der er udskrevet fra Medicinsk eller Geriatrisk afdeling på Glostrup Hospital efter en indlæggelse i mindst 2 dage. Alle 7 kommuner i området omkring Amtssygehuset samt 63% af områdets praktiserende læger var tilmeldt projektet.

Resultater

Teknologi og patientperspektiv

Interventionen har haft specielt fokus på, hvorvidt det er muligt at øge overensstemmelsen mellem den praktiserende læges viden om patientens medicinindtag, og hvad patientens rent faktisk anvender for derved at reducere risikoen for medicineringsfejl. Studiet har vist, at interventionen kan reducere hyppigheden af denne uoverensstemmelse signifikant, selvom der også blandt interventionspatienterne fortsat er en stor andel, der indtager medicin, som lægen ikke har kendskab til, eller hvor lægen oplyser medicin, som patienten ikke tager. Uoverensstemmelser i receptpligtig medicin forekommer således hos 51% af interventionspatienterne mod 65% af kontrolpatienterne. Medtages alle typer af medicin inkl. visse kosttilskud påvises uoverensstem-

mellem lægens oplysninger og hvad patienten reelt indtager hos 76% af interventionspatienterne mod 91% i kontrolgruppen.

Den praktiserende læge foretager flere ændringer i interventionspatienternes medikamentelle behandling inden for de første 12 uger efter udskrivelse i forhold til kontrolgruppen. Ændringer foretages for 59% af interventionspatienterne mod 44% af kontrolpatienterne. Den detaljerede medicingennemgang har imidlertid ikke betydet, at antallet af lægemidler, som indtages af patienter i interventionsgruppen, er blevet reduceret. Tværtimod er det mediane antal lægemidler, som indtages 12 uger efter udskrivelsen 7 hos interventionspatienterne mod 6 hos kontrolpatienterne. Der ses ingen signifikante forskelle i de to grupper, hvad angår patientoplyste lægemiddelrelaterede problemer eller patientoplyst compliance. 26% af interventionspatienterne og 18% af kontrolpatienterne oplever bivirkninger af den medicin, de tager, og ca. 20% har oplevet praktiske problemer i forbindelse med indtagelsen af deres medicin. Omkring 10% af patienterne angiver, at de en eller flere gange om måneden glemmer at tage deres medicin, og 6-11% angiver indimellem at tage en anden mængde end aftalt, typisk en mindre dosis. Dette skal ses i relation til, at ca. 70% af interventionspatienterne og 60% af kontrolpatienterne får ophældt deres medicin i doseringsæsker eller dosispakket medicinen på apotek.

Der ses en signifikant bedre opfølgning på epikrisens behandlingsplan hvad angår klinisk kontrol (95% fuldføres i interventionsgruppen mod 72% i kontrolgruppen). Der er endvidere en tendens til bedre opfølgning for parakliniske kontroller (laboratorieundersøgelser mv.) (88% er fuldført i interventionsgruppen mod 68% i kontrolgruppen).

Forekomsten af en efterfølgende indlæggelse i halvåret efter udskrivelsen er signifikant lavere blandt interventionspatienterne i forhold til kontrolpatienterne (40% i interventionsgruppen mod 52% i kontrolgruppen), og der går længere tid efter udskrivelsen til den næste indlæggelse. Der er en stærk tendens til, at det samlede antal indlæggelsesdage reduceres i kraft af opfølgningen. Derimod har interventionen ikke kunnet påvirke patienternes samlede helbredsstatus eller funktionsevne. Der er en retning i data mod at flere kontrolpatienter end interventionspatienter dør i perioden. Der kan dog ikke statistisk konkluderes noget ud fra det foreliggende datamateriale.

Interventionen har medført, at signifikant flere patienter fandt, at den praktiserende læge var virkelig godt orienteret om indlæggelsen (42% i interventionsgruppen mod 16% i kontrolgruppen). Derimod er der ingen forskel, hvad angår patienternes tilfredshed med støtte og hjælp generelt fra egen læge og med den tildelte hjælp fra kommunen. Ca. 90% er i begge grupper tilfredse med den støtte og hjælp, de får fra egen læge, og forbedringspotentialet må således anses for at være begrænset. Ligeledes vurderer ca. 90% af patienterne den tildelte hjælp fra hjemmeplejen som fuldt tilstrækkelig eller acceptabel. Der er heller ingen forskel i patienternes vurdering af det

samlede indlæggelses- og efterbehandlingsforløb eller i oplevelsen af tvivl i forbindelse med udskrivelsen. Interventionens omfang synes kun at fylde mindre i patienternes bevidsthed i forhold til selve sygehusindlæggelsen. Ved patienternes omtale af det samlede forløb blev der således primært omtalt forhold omkring selve indlæggelsen, og i mindre grad det efterfølgende forløb.

Organisation

En overordnet forudsætning for at indføre en ordning som den undersøgte er, at der enten centralt eller lokalt mellem regionerne, sygehusene, de praktiserende læger og kommunerne skabes de nødvendige forudsætninger. Det indebærer blandt andet, at der træffes aftaler om honorarer til dækning af de opfølgende ydelser, og at der ledelsesmæssigt og fagpolitisk i både kommunerne, på hospitalerne og i almen praksis sikres opbakning.

For at belyse sundhedspersonalets vurdering af implementeringsmulighederne er der gennemført to spørgeskemaundersøgelser og 3 fokusgruppeinterviews. Der er her fokuseret på hvilke forudsætninger, der kræves, og hvilke barrierer og konfliktpunkter, der er ved en implementering af øget opfølgning efter den undersøgte model. Analyserne har identificeret en række organisatoriske udfordringer i forhold til personalets bevidsthed om opgaven, motivation og prioritering samt praktiske forhold:

Opfølgningen skal omhandle patienter med særlige behov:

- Det er vigtigt for de sundhedsfaglige aktørers motivation, at det er patienter med et særligt behov, der tilbydes opfølgning. Der peges i fokusgrupperne på en række patientgrupper, som aktørerne finder relevante at foretage opfølgningen for. Det er fx patienter med et stort funktionsevnetab eller ændret helbredsstatus i forhold til perioden før indlæggelsen, patienter med mange genindlæggelser, kronisk og alvorligt syge, skrøbelige og usikre patienter og patienter med et spinkelt socialt netværk. Der ønskes sikret en lægefaglig stillingtagen på sygehuset til behovet for opfølgning.
- Sygehuspersonalet efterspørger også retningslinjer for, hvilke patienttyper, de skal være opmærksomme på, og ønsker lettere adgang til oplysninger om patienten fra primærsektoren. Fx kan sociale oplysninger og funktionsevne før indlæggelsen have betydning ved en vurdering af, hvem der har behov for særlig opfølgning.

Barrierer for iværksættelse af indsats på sygehuset:

- Manglende bevidsthed i dagligdagen hos sygehuspersonalet om, at opfølgning i primærsektoren kan foretages, er en risikofaktor for manglende effektuering. Det er derfor vigtigt, at få indarbejdet en procedure som led i de øvrige rutiner i forbindelse med en udskrivelse for at sikre, at relevante patienter med behov for opfølgning bliver identificeret, og at besked videregives til primærsektoren. Det er de personaler, som udskriver patienten, der bør foretage vurderingen (fx kontaktpersonerne).
- Spidsbelastninger kan medføre nedprioritering af opgaven.
- Besked til primærsektorens aktører om opfølgning bør ske samtidig med, at epikrise og sygeplejerapport fremsendes til praktiserende læge og kommunens hjemmepleje. Meddelelse om opfølgning bør dog også fremgå adskilt fra epikrisen, således at den praktiserende læge bliver opmærksom på opgaven.
- Hurtig opfølgning efter udskrivelsen kræver, at epikrisen og eventuel sygeplejerapport udsendes i umiddelbar forbindelse med udskrivelsen.

Barrierer for gennemførelse af opfølgning i primærsektoren:

- Tidspres anføres som en barriere for opfølgning. Samarbejdet mellem den praktiserende læge og hjemmesygeplejen er præget af praktiske problemer med at koordinere tidspunktet for det fælles besøg, og af at få kontakt med hinanden. Det kræver således vilje til fleksibilitet og prioritering. 2/3 af hjemmesygeplejerskerne og halvdelen af lægerne fandt dog, at det havde været let eller meget let at finde tid til opfølgningen. Spidsbelastninger kan også her medføre nedprioritering af opgaven.
- Aktørerne ønsker faste rammer (dog med plads til individuel variation) for, hvornår hjemmebesøgene skal aflægges, samt retningslinjer for hvad der skal fokuseres på i besøgene for at skabe ensretning og kvalitet. Løse rammer og manglende dagsorden for opfølgningen giver ifølge aktørerne risiko for at opfølgningen nedprioriteres.

En gevinst ved at aflægge fælles hjemmebesøg er, at den personlige kontakt mellem den praktiserende læge og hjemmesygeplejersken kan nedbryde eventuelle fordomme og faglige barrierer. Endvidere kan de fælles besøg bidrage til at efterfølgende kontakter omkring den pågældende patient eller andre fælles patienter bliver nemmere. Samarbejdet i forbindelse med interventionen blev vurderet som virkelig godt eller godt blandt ca. 90% af aktørerne. Ca. 20% oplever, at kontakten mellem aktørerne er forbedret i forbindelse med interventionen.

Det er en forudsætning, at både sygehuspersonale, praktiserende læger og kommuner deltager i og prioriterer opgaven. Hvis ikke alle praktiserende læger og kommuner deltager i ordningen, vil håndteringen af opgaven vanskeliggøres på sygehuset, og der kan ikke gives et ensartet tilbud til alle borgere. Sygehuset bør i forhold til deres informationspligt informere den enkelte patient, hvis de anbefaler en opfølgning. Der er imidlertid en risiko for forvirring og uindfrie forventninger, som kan resultere i et dårligere patientforløb, hvis patienten efterfølgende ikke modtager det opfølgende besøg, som er stillet i udsigt. De praktiserende læger og hjemmesygeplejersker udtrykker bekymring for, at opfølgning i hjemmet efter udskrivelse kan medføre, at sygehuset ikke sikrer patientens afsluttende behandling tilstrækkeligt og udskrifer før tid.

Tidsforbruget på sygehuset vil være begrænset, da planlægningen af de opfølgende hjemmebesøg vil kunne integreres i de øvrige opgaver, der er i forbindelse med en udskrivelse. For hjemmesygeplejen og de praktiserende læger opleves arbejdsbelastningen større, da der her skal sættes tid af til hjemmebesøget og de opfølgende kontakter. Begge parter finder, at tidsforbruget til besøget og antallet af opfølgende kontakter bør variere afhængig af, hvor kompliceret patientforløbet er.

Størstedelen af de hjemmesygeplejersker og 2/3 af de praktiserende læger, der deltog i undersøgelsen af de organisatoriske forhold, svarer, at de i høj grad eller i nogen grad ønsker en lignende ordning med opfølgende hjemmebesøg implementeret i det fremtidige samarbejde.

Økonomi

Den samlede økonomiske analyse tyder på, at interventionen er omkostningsneutral med tendens til en samfundsøkonomisk besparelse til fordel for de patienter, der modtog den øgede opfølgning. Analysen af det aktuelle studie viser en gennemsnitlig besparelse på 5.000 kr. per patient over en halvårs periode, idet øgede omkostninger til sygesikringsydelser i primærsektoren mere end opvejes af en besparelse på sygehusbehandling.

I analysen indgår samtlige interventionsomkostninger i kommunerne, på hospitalerne og for sygesikringen (praktiserende læger, medicin mv.). For de afledte omkostninger indgår hospitalsbehandling og sygesikringsydelser, mens de samlede afledte kommunale ydelser ikke har kunnet opgøres.

De registrerede data for de kommunale ydelser, der er opgjort for en 12 ugers periode efter udskrivelsen, viser en tendens til et større gennemsnitligt forbrug af hjemmesygepleje og hjemmepleje i interventionsgruppen, som kan øge omkostningerne. Dette kan i princippet tilskrives blandt andet flere indlæggelser og indflytninger i plejebolig i kontrolgruppen, hvor hjemmepleje så ikke forbruges. Omvendt er indflytninger til plejebolig dyre, hvilket vil øge omkostningerne i kontrolgruppen. Et økonomisk estimat for de kommunale ydelser vil være meget følsomt overfor værdisætningen af det øgede forbrug af plejebolig, og da kvaliteten af de indberettede data for de kom-

munale ydelser samlet set ikke har været tilstrækkelig, er der ikke foretaget en værdisætning af ressourceforbruget.

I forhold til den nye betalingsstruktur i forbindelse med strukturreformen, hvor kommunerne medfinansierer borgernes forbrug af sygehusbehandling og behandling i primærsektoren, viser en kasseøkonomisk analyse, at interventionen, under hensyn til den generelle usikkerhed ved beregningerne, er udgiftsneutral for kommunerne. Den primære besparelse opnås på regionsniveau, som følge af færre udgifter til indlæggelser.

Konklusion

Projektet undersøger en struktureret model for tværfaglig opfølgning af ældre medicinske patienter, hvor egen læge og hjemmesygeplejerske aflægger hjemmebesøg efter udskrivelse fra sygehus. Undersøgelsen dokumenterer en positiv effekt på behandlingskvaliteten i form af at:

- egen læge får bedre overblik over patientens medicinske behandling,
- der bliver fulgt bedre op på anbefalingerne i epikrisen, og
- risikoen for efterfølgende indlæggelse reduceres.

Den samlede økonomiske analyse tyder på, at interventionen er omkostningsneutral med tendens til en samfundsøkonomisk besparelse.

Implementering af den undersøgte model er afhængig af, at nogle basale forudsætninger er til stede. Dette omfatter at:

- der centralt eller lokalt tilvejebringes et overenskomstmæssigt grundlag for opfølgningsordningen,
- der er ledelsesmæssig og fagpolitisk opbakning,
- der etableres faste rammer og aftaler for samarbejdet, og
- det sundhedsfaglige personale motiveres, prioriterer opgaven og udviser fleksibilitet i forhold til at aftale fælles besøg i patientens hjem.

Projektgruppen anbefaler på baggrund af undersøgelsens resultater at:

- der implementeres ordninger med forbedret opfølgning efter udskrivelse af ældre medicinske patienter,
- ordningerne omfatter fælles fokuserede besøg i hjemmet ved den praktiserende læge og hjemmesygeplejerske samt supplerende opfølgning ved egen læge,
- indsatserne rettes mod udvalgte patientgrupper med særligt behov for opfølgning,
- der gennemføres en registerbaseret evaluering, hvor effekten af interventionerne løbende følges

Når ældre, svækkede patienter udskrives fra sygehus, er risikoen for genindlæggelse stor. Denne rapport beskriver resultaterne fra en undersøgelse om bedre opfølgning til ældre efter sygehusindlæggelse. Formålet med rapporten er at klarlægge resultaterne for undersøgelsen. Modellen som bliver afprøvet i undersøgelsen, foreslår at ældre patienter skal have opfølgende hjemmebesøg med praktiserende læge og hjemmesygeplejerske. Derudover skal den ældre patient have to opfølgingsbesøg hos egen læge. Denne type opfølgning kan være et supplement eller alternativ til de øvrige eksisterende tilbud, der ligeledes har vist positive resultater i forhold til fx at kunne reducere antallet af genindlæggelser. En økonomisk analyse viser, at modellen er omkostningsneutral med tendens til en samfundsøkonomisk besparelse.

Rapporten er et puljeprojekt, som primært er finansieret af Enhed for Medicinsk Teknologivurdering. Enhed for Medicinsk Teknologivurdering understreger, at rapportens indhold er udtryk for forfatterens holdning, og den er ikke en anbefaling fra Sundhedsstyrelsen.

www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Enhed for Medicinsk Teknologivurdering
Islands Brygge 67
2300 København
Telefon 72 22 74 00
emtv@sst.dk

Notat om baggrunden for økonomien i beregningerne for Region Midtjylland vedr. opfølgende hjemmebesøg



Ved fastsættelse af honorarerne for ydelser i forbindelse med opfølgende hjemmebesøg i Region Midtjylland er følgende kriterier vægtet:

- Honoreringen skal give de praktiserende læger en rimelig honorering for ydelserne og tidsforbruget i forbindelse med disse
- Honoreringen skal give de praktiserende læger incitament til at bruge ydelserne
- Honoreringen skal så vidt muligt være tilpasset honoreringen i projektet fra Glostrup. Dette for at sikre at projektets økonomiske forudsætninger ikke skrider, så konklusionen om at ordningen er samfundsøkonomisk hensigtsmæssig, også vil gælde for ordningen i Region Midtjylland.

Dato 10.04.2008

Mette Brænder Nørgaard

Tel. +45 8728 4543

MetteBraender.Noergaard@stab.rm.dk

Side 1

Yderligere har arbejdsgruppen for kvalitetsorganisering og § 2 aftaler m.v. tilkendegivet at det vil være at foretrække at ydelserne gives et separat ydernummer i stedet for at der bruges et af overenskomstens eksisterende ydernumre. Dels af hensyn til enkeltheden i afregningen, dels af hensyn til at kunne foretage evaluering af ordningen efter et år.

Nedenstående tabel viser afregningen for opfølgende hjemmebesøg for henholdsvis projektet i Glostrup og Region Midtjylland samt grundlaget for Region Midtjyllands afregning.

Ydelse	Glostrup projektet	Region Midtjylland	Grundlag for Region Midtjyllands afregning²
1. kontakt som hjemmebesøg ¹	794,21 kr.	720,36 kr. ³	Opsøgende hjemmebesøg (2305) + aftalt forebyggelses-konsultation (0106)
1. kontakt som konsultation	113,25 kr.	211,14 kr.	Aftalt forebyggelseskonsultation (0106)
2. kontakt som hjemmebesøg ¹	180,64 kr.	229,27 kr.	Sygebesøg (0421)
2. kontakt som konsultation	113,25 kr.	123,02 kr.	Konsultation (0101)
3. kontakt som hjemmebesøg ¹	180,64 kr.	229,27 kr.	Sygebesøg (0421)
3. kontakt som konsultation	176,95 kr.	123,02 kr.	Konsultation (0101)

¹ I forbindelse med ydelsen ydes både i Glostrup projektet og for Region Midtjylland kørselsgodtgørelse efter landsoverenskomstens § 76 og tidsforbrugstillæg svarende til § 56, stk. 2 c).

² Valget af overenskomstens ydelser som grundlag for Region Midtjyllands afregning baserer sig på Glostrup projektets beskrivelser af indholdet i kontakterne.

³ Den samlede honorering for 1. kontakt som hjemmebesøg vil i Region Midtjylland overstige Glostrup projektet, idet der i Glostrup projektet ikke er regnet med tidsforbrugstillæg. Ved en patient bosat 15 km. fra lægens praksis vil den samlede honorering i Region Midtjylland således blive 943,58 kr. mens det i Glostrup projektet var 824,61 kr.