

Geriteamet følger op efter akut indlæggelse

Et ph.d.-studie viser, at opfølgende besøg efter udskrivning fra hospital medvirker til at forebygge genindlæggelser for nogle ældre patienter.

Når ældre mennesker indlægges, sker det ofte via Akut Medicinsk Modtageafdeling, og i 2014 udgjorde ældre over 70 år 34% af alle akutte indlæggelser. Den indledende udredning sker i den akutte modtageafdeling, hvor behandlingen også startes, hvorefter de enten udskrives eller overflyttes til stationære afdelinger. Ofte er de ældre mennesker i modtageafdelingen akut og alvorligt syge ved indlæggelsen, og de har derfor behov for det akutte beredskab, der er til rådighed (Burns, 2001).



Resultaterne viste, at det opfølgende hjemmebesøg havde positiv effekt på deltageres emotionelle velbefindende, idet færre af deltagerne i interventionsgruppen var i risiko for depression efter 6 måneder.

Sygdomsbilledet i alderdommen er ofte karakteriseret af flere samtidige sygdomme, samt komplekse medicinske, fysiske, kognitive og/eller sociale problemer. Mange har derfor i tillæg til den akutte udredning behov for en grundigere vurdering og udredning. Men akutte modtageafdelinger er travle arbejdspladser, og akut medicin beskrives som et speciale, der traditionelt fokuserer på den primære årsag til indlæggelse og ikke fokuserer på ældre menneskers specielle problemer (Sanders, 2001). En følge af dette er, at diagnoser overses hos 28% af de ældre mennesker, der udskrives. Samtidig ville de have haft helbredsmæssig fordel af ambulant opfølgning, (Khan et al., 1996). Derudover har 50% u-erkendte kognitive problemer (Hustey et al., 2003), og op mod 80%

udskrives med uløste problemer og i risiko for genindlæggelse (Khan et al., 1996). Et studie fra 2012, udført på Amager Hospital, viste, at 22% blev genindlagt inden for den første måned (Rosted et al., 2012A), hvilket understøtter, at ældre patienter er i risiko for hurtig genindlæggelse, når de udskrives uden den opfølgning eller assistance, de har behov for ved hjemkomsten. I denne sammenhæng peger flere studier på, at den indledende vurdering og problemløsning med fordel kan varetages af en geriatrisk specialuddannet sygeplejerske (McCusker et al., 2001).

Denne viden dannede baggrund for ph.d.-projektet "Nursing Assessment and Intervention for Older People after Acute Medical Admission" (Rosted et al., 2012B), som denne artikel er baseret på. Studiets formål var at undersøge effekten af opfølgende hjemmebesøg med sygeplejefaglig vurdering og opfølgning til svækkede ældre mennesker i forbindelse med deres indlæggelse på en akut medicinsk modtageafdeling. De primære effektmål var akut genindlæggelse inden for en og seks måneder og fysisk, mental og emotionel funktionsevne.

Disse mål blev valgt, da funktionsevne hænger tæt sammen med at kunne føre et selvstændigt liv, at kunne klare sig hjemme og være i stand til at deltage i sociale arrangementer. Mental funktionsevne relaterer sig særligt til at bevare hukommelsevnen og emotionel funktionsevne er i denne sammenhæng knyttet til at forebygge depression. Depression er hyppig blandt svækkede ældre mennesker og betyder ringere livskvalitet. Tilstanden kan dog behandles og er derfor vigtig at være opmærksom på.

Derudover blev der udført en simpel optælling af uløste og nyopståede problemer blandt deltagerne i interventionsgruppen.

Uløste problemer kunne fx dreje sig om fortsatte smerter efter udskrivelsen, mens et nyt problem kunne være manglende viden og behov for uddybende information vedrørende ordineret medicin, behandling og ambulant opfølgning. Det kunne også vedrøre mere følelses- og erkendelsesmæssige aspekter omkring ens situation, fx at vedkende sig hukommelsestab eller en oplevelse af tristhed. Andre problemer igen var af mere praktisk karakter relateret til hverdagen, som fx kontakt til kommunen, hvis der var problemer med at klare de daglige gøremål efter indlæggelsen, eller der var behov for besøg fra en frivillig til at afhjælpe følelsen af ensomhed.

Metode

Studiet var et randomiseret interventionsstudie med en og seks måneders opfølgning, som blev gennemført i en akut medicinsk modtageafdeling i København, hvor der i forvejen var et nært samarbejde med det geriatriske team. Alle svækkede patienter på 70 år eller derover blev tilbudt at deltage i studiet.

Der blev inkluderet 271 patienter, mens 128 ikke ønskede at deltage. Heraf angav 5 (4%), at de var for raske, 13 (10%) at de ikke var interesserede, og 55 (43%) at de følte sig "for syge" til at deltage, hvilket vi vender tilbage til afslutningsvist. 55 personer (43%) angav ingen årsag.

Ved hjælp af lodtrækning blev deltagerne fordelt til henholdsvis interventions- eller kontrolgruppen efter deres fysiske-, emotionelle- og kognitive funktionsevne var undersøgt. Alle deltagere var svækkede, hvilket betyder, at de scorede to eller mere ved screeningen med instrumentet *Identification of Seniors at Risk* (ISAR). De var alle akut indlagt og udskrevet til deres eget hjem fra den akutte modtageafdeling inden for tre døgn. Gennemsnitsalderen var 82 år (SD 6.6) og 66% var kvinder. Ved



en måneds opfølgningen var 92% af deltagerne i interventionsgruppen stadig med i studiet, og ved seks måneders opfølgning var det 80%, mens det i kontrolgruppen var henholdsvis 93% og 79%.

Udvælgelse af deltagere

Ikke alle ældre patienter har behov for geriatrisk opfølgning efter indlæggelse. Noget tyder dog på, at de mest svækkede får mest ud af geriatrisk opfølgning (Mion et al., 2001), og en udfordring er således at identificere denne gruppe. I dette studie anvendtes et Canadisk udviklet screeningsinstrument, *Identification of Seniors at Risk* (ISAR), da det er velegnet til brug i en akut medicinsk modtageafdeling (McCusker et al., 1999; Bissett, Cusick og Lannin, 2013). ISAR er operationel og let anvendelig, hvilket er vigtigt, hvis det skal fungere i en travl og hektisk afdeling. Screeningen udpeger ældre mennesker i forhøjet risiko for akut genindlæggelse, potentielt faldende funktionsevne, tidlig flytning til plejehjem eller for at dø. ISAR består af seks spørgsmål, som besvares med ja eller nej. Der kan scores fra nul til seks point, hvor nul er mindst svækket og seks er mest svækket, og ved en score på to eller mere anses testpersonen for at være i forhøjet risiko. De seks spørgsmål handler om funktionsevne, genindlæggelse, syn, hukommelse og omfanget af ordineret medicin (McCusker et al., 1999).

Opfølgende hjemmebesøg

Interventionen, der blev testet, var opfølgende hjemmebesøg af en geriatrisk sygeplejerske hhv. en og seks måneder efter indlæggelse. Sygeplejersken anvendte *Standardized Evaluation and Intervention for Seniors At Risk* (SEISAR), en model for struktureret sygeplejefaglige vurdering og problemløsning, udviklet af den samme forskergruppe, som står bag ISAR (McCusker et al., 2001).

SEISAR modellen består af en checkliste med ti problemområder inden for medicinske, fysiske, kognitive og sociale problemer. Formålet var at vurdere deltagerens helhedssituation og sammen lave en plan for løsning af de uløste og nyopståede problemer.

Sygeplejersken indledte besøget med at vurdere fysisk, emotionel og kognitiv funktionsevne ved hjælp af validerede tests¹, hvorefter hun, under en samtale med deltageren og eventuelt familiemedlemmer, vurderede, om der var uløste problemer, og i fællesskab udarbejdedes et notat med løsningsforslag. Som udgangspunkt var samtalen struktureret efter SEISAR modellen, men i erkendelse af, at mennesker er forskellige, var det tilladt at tilpasse samtalen til den enkeltes behov.

På baggrund af notatet blev der truffet aftaler om konkret problemløsning med fx pårørende, egen læge og visitator i kommunen. Hvis der var behov for det, kunne der henvises til yderligere udredning ved geriatrer, faldambulatorium og/eller hukommelsesklinikk. Dette besøg blev gentaget efter en og seks måneder.

Kontrolgruppen modtog også hjemmebesøg. Det blev udført af en dataindsamler, og der blev udelukkende udført funktionsevnetest. Hvis deltagerne i kontrolgruppen havde spørgsmål eller problemer, blev de henvist til selv at kontakte egen læge eller visitationen i kommunen. I et enkelt tilfælde hjalp dataindsamleren med at skabe kontakt til relevante personer, da den pågældende deltager ikke var i stand til selv at tage kontakt og ikke havde andre muligheder for at få hjælp til det.

1) Disse test omfatter: Rejse-sætte-sig-test, håndkraft, Mini Geriatric Depression Scale (GDS5), Mini Mental State Examination (MMSE), Avlunds træthedstest.

Ældre mennesker indlægges ofte via Akut Medicinsk Modtageafdeling. Alderdommens sygdomsbillede er ofte præget af komplekse medicinske, fysiske, kognitive og/eller sociale problemer og mange har derfor behov for en grundigere udredning end den indledende visitation. Dette udfordres dog af en travl hverdag i modtageafdelingen. Det betyder, at diagnoser overses hos 28% af de ældre mennesker, der udskrives.

I sit ph.d.-studie har Elizabeth Rosted undersøgt effekten af opfølgende hjemmebesøg ved et geriatrisk team, der foretog en sygeplejefaglig vurdering, identificerede uløste problemer og udarbejdede løsningsforslag. De primære effektmål var akut genindlæggelse indenfor en og seks måneder og fysisk, mental og emotionel funktionsevne.

Studiet viser, at opfølgende hjemmebesøg kan medvirke til at forebygge genindlæggelser for de mindst skrøbelige af de svækkede ældre patienter. For de mest svækkede synes det at være mere relevant at fokusere på mere omfattende udredning og behandling på hospitalet. Et andet positivt fund var nedsat risiko for depression og træthed.

Elizabeth Rosted

sygeplejerske og postdoc ved Klinisk Onkologisk Afdeling og Palliative Enheder på Sjællands Universitets Hospital, Roskilde.
eros@regionsjaelland.dk



Opfølgende hjemmebesøg nedsætter risikoen for depression og træthed.

Resultater

Overordnet viste resultaterne, at hjemmebesøgene ikke havde nogen betydning for, hvornår deltagerne blev genindlagt, eller hvor mange dage, de var indlagt inden for de seks måneder, studiet varede. Der var heller ikke signifikant forskel på hvor mange deltagere, der flyttede på, plejehjem eller døde. Dog viste resultatet en tendens til, at flere patienter i interventionsgruppen blev genindlagt sammenlignet med kontrolgruppen (16% i forhold til 14% efter en måned), mens der ikke var forskel på den samlede indlæggelsestid. Dette kan muligvis ses som et resultat af det opfølgende hjemmebesøg, hvor sygeplejersken afdækkede problemer, som kan henføres til manglende udredning under den korte indlæggelse. At der var flere genindlæggelser målt efter første måned kan altså ses som et udtryk for, at flere deltagere modtog behandling på hospitalet for problemer, der ellers potentielt ikke var blevet opdaget.

I en særskilt analyse af resultaterne ved seks måneders besøget blev deltagerne opdelt i forhold til deres ISAR score. I den ene gruppe var de *mindst* svækkede, som havde en ISAR score på to og i den anden var de *mest* svækkede, som havde en ISAR score på tre eller mere. Resultaterne af sammenligning mellem interventions- og kontrolgruppen viste, at interventionsgruppen havde lidt færre genindlæggelser - men dog signifikant - ved seks måneders opfølgning (0,5 vs. 1,0 $p=0,03$), hvis deltagerne havde en score på to. Det viste også, at risikoen for genindlæggelse i interventionsgruppen var 68% mindre for de mindst svækkede, mens den var 55% større for de mest svækkede. Dette er dog ikke signifikant, men i sammenhæng med færre genindlæggelser peger det på, at de mindst svækkede deltagere kan have god effekt af opfølgende hjemmebesøg, mens de mest svækkede i højere grad kan have behov for mere omfattende udredning og behandling, inden de udskrives fra hospitalet.

Resultaterne viste også, at det opfølgende hjemmebesøg havde positiv effekt på deltageres emotionelle velbefindende, idet færre af deltagerne i interventionsgruppen var i risiko for depression efter seks måneder målt med *Mini Geriatric Depression Scale* (GDS5) (14% vs. 22% $P=0,05$). Dette kan være en følge af, at sygeplejersken havde mulighed for at hen-vise til yderligere udredning for depression i det geriatriske ambulatorium, hvis hun og deltageren var enige om det.

Der blev også fundet signifikant positiv effekt på deltageres trætheds-score, idet færre deltagere i kontrolgruppen følte sig "ikke trætte", mens flere rapporterede, at de følte sig "trætte" ved fire til seks ud af seks spørgsmål målt med Avlunds mobilitet-trætheds skala ($p<0,00$).

Deltagerne i begge grupper opretholdt deres fysiske funktionsniveau i de seks måneder, studiet varede.

I interventionsgruppen faldt deltageres antal af uløste problemer fra i gennemsnit to til 0,6 ved seks måneders opfølgning samtidig med, at de ikke modtog mere hjælp fra kommunen. Det er forventeligt, at antallet af problemer falder under en intervention med fokus på problemløsning. Nogle problemer løser endda sig selv med tiden. Men da der i studiet er inkluderet svækkede patienter, kunne man forvente, at der i løbet af de seks måneder opstod nye problemer, eller at problemløsning i nogle tilfælde medførte mere hjælp fra kommunen, hvilket dog ikke var tilfældet. De opfølgende hjemmebesøg i studiet førte altså ikke til ekstra udgifter for kommunen.

Som tidligere nævnt var der en gruppe af ældre patienter, som ikke ønskede at deltage i undersøgelsen, fordi de ikke orkede det eller følte sig for syge til at deltage. Ifølge registerdata, som patienterne gav tilladelse til at indhente, var netop denne gruppe i større risiko for både genindlæggelse på hospitalet ($p<0,00$) og



Baseret på fundene i dette studie kan det anbefales, at et geriatrisk team er stationeret i den akutte medicinske modtageafdeling, hvor deres funktion er at vurdere de svækkede ældre patienter inden udskrivelse og at foretage opfølgende hjemmebesøg.

for at dø ($p=0,01$) inden for både en og seks måneder efter udskrivelse. Disse ældre patienter er særligt sårbare, og vi må derfor allerede i den akutte modtagelse være særligt opmærksomme på denne gruppe, lytte til deres behov og gøre vores yderste for at tilrettelægge et vellykket patientforløb med opfølgning for dem.

Konklusion

Studiet viste kun begrænset effekt på genindlæggelse på hospitalet, både i forhold til hvor mange gange, det forekom og hvornår, deltagerne blev genindlagt. Til trods herfor, kan det konkluderes, at opfølgende hjemmebesøg kan medvirke til at forebygge genindlæggelser for de mindst skrøbelige af de svækkede ældre patienter (ISAR score=2). For de mest svækkede synes det at være mere relevant at fokusere på mere omfattende udredning og behandling på hospitalet.

Et andet positivt fund var nedsat risiko for depression og træthed, begge alvorlige tilstande relateret til svækkelse, begrænsninger i funktionsevne og oplevet helbredstilstand. Ved tidlig opsporing er det sandsynligt at forebygge yderligere funktionsnedsættelse og dermed øge livskvaliteten for svækkede ældre patienter.

Opfølgende hjemmebesøg af en geriatrisk sygeplejerske fra hospitalet identificerer uløste og nyopståede problemer, som kræver yderligere vurdering, behandling eller hjælp. Dette betyder, at problemer løses, og antallet falder over tid, uden at der er behov for mere hjælp fra kommunen.

Derudover fungerede SEISAR vurderingen godt i forhold til at strukturere sygeplejefaglige vurderinger således, at de var ensartede og samtidig individuelt tilpassede.

Baseret på fundene i dette studie kan det anbefales, at et geriatrisk team er stationeret i den akutte medicinske modtageafdeling, hvor deres funktion er at vurdere de svækkede ældre patienter inden ud-

skrivning og at foretage opfølgende hjemmebesøg. Det anbefales også, at SEISAR anvendes ved hjemmebesøgene og på hospitalet, til udarbejdelse af en problemorienteret plan til alle ældre patienter med en ISAR score på to eller derover. På denne måde identificeres uløste problemer, og udvekslingen af information fra hospitalet til kommunen fokuseres og struktureres. Det medvirker til en sikrere og mere tryk udskrivelse til hjemmet, samtidig med at genindlæggelse for de mindst svækkede forebygges, ligesom risikoen for depression kan erkendes og behandles.

Referencer

- Bissett, M., Cusick, A. & Lannin N.A. (2013). Functional assessments utilised in emergency departments: a systematic review. *Age and Ageing*, 42(2), s. 163-72.
- Burns E. (2001). Older people in accident and emergency departments. *Age and Ageing*, 30 Suppl 3, s. 3-6.
- Hustey F.M., Meldon S.W., Smith M.D. & Lex, C.K. (2003). The effect of mental status screening on the care of elderly emergency department patients. *Annals of Emergency Medicine*, 41(5), s. 678-84.
- Khan, S.A., Miskelly, F.G., Platt, J.S. & Bhattachryya, B.K. (1996). Missed diagnoses among elderly patients discharged from an accident and emergency department. *Journal of Accident & Emergency Medicine*, 13(4), s. 256-7.
- McCusker, J., Bellavance, F., Cardin, S., Trepanier, S., Verdon, J. & Ardman O. (1999). Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: the ISAR screening tool. *Journal of American Geriatric Society*, 47(10), s. 1229-37.
- McCusker, J., Verdon, J., Tousignant, P., de Courval, L.P., Dendukuri, N. & Belzile, E. (2001). Rapid emergency department intervention for older people reduces risk of functional decline: results of a multicenter randomized trial. *Journal of American Geriatric Society*, 49(10), s. 1272-81.
- Mion, L.C., Palmer, R.M., Anetzberger, G.J. & Meldon SW. (2001). Establishing a case-finding and referral system for at-risk older individuals in the emergency department setting: the SIGNET model. *Journal of American Geriatric Society*, 49(10), s. 1379-86.
- Rosted, E., Wagner, L., Hendriksen, C. & Poulsen, I. (2012A). Geriatric nursing assessment and intervention in an emergency department: a pilot study. *International Journal of Older People Nursing*, 7(2), s. 141-51.
- Rosted, E. (2012B). *Nursing assessment and intervention for older people after acute medical admission*. Ph.d.-afhandling. Odense: Enheden for Sygeplejeforskning, Klinisk Institut, Syddansk Universitet.
- Sanders, A.B. (2001). Older persons in the emergency medical care system. *Journal of American Geriatric Society*, 49(10), s. 1390-2.

Tal fundet på www.danmarksstatistik.dk.