

# Forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemodtagere

Oktober 2018



Økonomi- og  
Indenrigsministeriets  
**BENCHMARKINGENHED**

Publikationen kan hentes på hjemmesiden for  
Økonomi- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed:  
[www.oimb.dk](http://www.oimb.dk)

Henvendelse om publikationen kan ske til kontaktpersonen  
på analysen, som fremgår af hjemmesiden.

## Indhold

1. Hovedresultater.....	4
2. Indledning.....	5
3. Data og metode.....	6
3.1 Hovedindikator og data .....	6
3.2 Kontrol for rammevilkår via benchmarkingindikator.....	7
4. Forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemodtagere på landsniveau.....	8
4.1 Forebyggelige indlæggelser fordelt på alder og køn .....	10
4.2 Forebyggelige indlæggelser og sammenhæng med sundhed.....	10
4.3 Udviklingen i populationen af hjemmeplejemodtagere.....	11
5. Forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemodtagere på kommuneniveau.....	14
5.1 Benchmarking med kontrol for rammevilkår.....	15
6. Inspiration til konkrete tiltag.....	21
6.1 Udvikling af akutberedskab.....	22
6.2 Hjemmeplejens rolle og synliggørelse heraf .....	22
6.3 Samarbejde og gode overgange .....	24
6.4 Indsatser og redskaber .....	28
6.5 Styring og opfølgning.....	31

# 1. Hovedresultater

## **Forebyggelige indlæggelser på landsplan**

- I 2016 var der på landsplan 198 forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre helårsmodtagere af hjemmepleje. Det er en stigning på 5,3 procent siden 2012. Det skal ses i sammenhæng med, at gruppen af hjemmeplejemodtagere er blevet mere kompleks over tid.
- På landsplan havde ældre medicinske patienter, der modtog hjemmepleje i 2016, dobbelt så mange indlæggelser med forebyggelige diagnoser som andre hjemmeplejemodtagere over 65 år.
- Omkring hver fjerde af de forebyggelige indlæggelser i 2016 var genindlæggelser højst 30 dage efter sidste indlæggelse.
- Godt 50 procent af de forebyggelige indlæggelser var indlæggelser med diagnoserne knoglebrud og lungebetændelse inkl. akut bronkitis.

## **Forebyggelige indlæggelser på kommuneniveau**

- Kommunen med flest forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 helårsmodtagere af hjemmepleje har godt 3 gange så mange forebyggelige indlæggelser som kommunen med færrest.
- Hvis man ser bort fra de små ø-kommuner udgør andelen af genindlæggelser blandt de forebyggelige indlæggelser mellem 16 procent og 42 procent på kommuneniveau.
- Når man tager højde for kommunens rammevilkår er forskellene i forebyggelige indlæggelser også betydelige: De ti kommuner, der klarer sig bedst, har 30 procent færre forebyggelige indlæggelser blandt ældre hjemmeplejemodtagere, end man kunne forvente givet deres rammevilkår. De ti kommuner, der klarer sig dårligst, har 31 procent flere forebyggelige indlæggelser end forventet givet deres rammevilkår.

## **Inspiration til konkrete tiltag til at undgå indlæggelser med forebyggelige diagnoser**

I det afsluttende kapitel præsenteres konkrete tiltag i arbejdet med at forhindre forebyggelige indlæggelser.

- Inddragelse og kompetenceudvikling af hjemmeplejen, samt etablering af en fast praksis for dokumentation og overlevering af observationer mellem hjemmepleje og hjemmesygepleje er vigtig i forhold til opsporing og forebyggelse.
- Stærke samarbejdsrelationer og faglig sparring mellem kommunen og de praktiserende læger, vagtlægerne og sygehuset kan forhindre indlæggelser og genindlæggelser med forebyggelige diagnoser.
- Opfølgende besøg efter udskrivning og en systematisk indsats overfor risikogrupper målretter og styrker det forebyggende arbejde.
- Et vedholdende fokus på brug og implementering af redskaber og indsatser øger sandsynligheden for at opnå en langtidsholdbar effekt i det forebyggende arbejde.
- Politisk og ledelsesmæssigt fokus på måltal og aktivitetsbaseret opfølgning på måltal kan være med til at sikre en vedholdende indsats for at forhindre forebyggelige indlæggelser.

## **Se hvordan din kommune placerer sig**

- I bilag 1: "Sådan placerer din kommune sig" kan du finde de væsentligste resultater af analysen for din kommune.
- I bilag 2: "Kommunespecifikke nøgletal" ses en række kommunefordelte tabeller med de væsentligste nøgletal i analysen.

## 2. Indledning

I 2040 forventes antallet af ældre over 80 år at være fordoblet i forhold til nu. Med flere ældre følger et større udgiftspres i den offentlige sektor fx gennem øgede udgifter til behandling i sundhedsvæsenet og pleje i kommunerne. Forebyggelse kan være en måde at mindske disse udgifter på.

I 2007 fik kommunerne ansvaret for den borgerrettede og patientrettede forebyggelse. Forebyggelse er således blevet en kerneopgave i kommunernes arbejde på sundhedsområdet og i udviklingen af det nære sundhedsvæsen. I denne analyse stilles der skarpt på kommunernes arbejde for at forhindre forebyggelige indlæggelser blandt modtagere af hjemmepleje på 65 år eller derover.

Ældre hjemmeplejemodtagere er en gruppe af borgere, som dels er kendetegnet ved at have flere forebyggelige indlæggelser end ældre generelt, og dels ved at kommunen er i kontakt med dem og derfor har større mulighed for at opdage ændringer i den enkeltes helbred og iværksætte forebyggende initiativer. Modtagere af hjemmepleje tilskrives 36 procent af de forebyggelige indlæggelser blandt ældre i 2016, mens gruppen kun udgør 15 procent af de ældre.

Formålet med analysen er at understøtte kommunernes fortsatte arbejde med at forebygge indlæggelser blandt de ældre borgere, kommunen allerede er i kontakt med på sundheds- og omsorgsområdet. Dette gøres dels gennem en benchmarkinganalyse, der viser, hvordan kommunerne klarer sig i forhold til hinanden, når der tages højde for, at kommunerne har forskellige rammevilkår. Dels ved at beskrive konkrete initiativer på området med udgangspunkt i nogle af de kommuner, der har færrest forebyggelige indlæggelser, når der tages højde for rammevilkår. Dette har til formål at give inspiration til, hvad den enkelte kommune konkret kan gøre for at forhindre forebyggelige indlæggelser.

Analysen omfatter 71 kommuner og er afgrænset til årene 2012 til 2016. 27 kommuner er således frasorterede, da der for disse ikke findes de nødvendige data med tilstrækkelig kvalitet for visiteret hjemmepleje.

I kapitel 3 beskrives de anvendte data og den valgte metode. I kapitel 4 behandles udviklingen i antallet af forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemodtagere på landsplan, herunder de demografiske og sundhedsmæssige sammenhænge til antallet af forebyggelige indlæggelser. I kapitel 5 gennemføres den egentlige benchmarkinganalyse af forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemodtagere i kommunerne, og der tages i den forbindelse højde for kommunernes rammevilkår. Endelig bliver der i kapital 6 sat fokus på praksis i nogle af de kommuner, der klarer sig bedst i benchmarkinganalysen.

## 3. Data og metode

### 3.1 Hovedindikator og data

Hovedindikatoren i analysen er *antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre helårsmodtagere af hjemmepleje*.

De forebyggelige indlæggelser omfatter diagnoser, hvor det vurderes, at kommunerne har bedre muligheder for at forhindre indlæggelse end for andre diagnoser. De præcise diagnoser fremgår af boks 1.

Der er afgrænset til hjemmeplejemodtagere, da data for beboere på plejecentre, samt modtagere af hjemmesygepleje er vurderet for mangelfuldt til at indgå i analysen. En ældre modtager af hjemmepleje er defineret som en person, der modtager hjemmepleje i løbet af en eller flere måneder i et givent år, og som er fyldt 65 år ved årets start. Analysen er afgrænset til ældre modtagere af hjemmepleje, da de forebyggelige diagnoser er defineret som forebyggelige for personer over 65 år<sup>1</sup>. Samtidigt er det overvejende ældre personer, der modtager hjemmepleje. Da der er forskel på, hvorvidt personer modtager hjemmepleje midlertidigt eller varigt, opgøres antallet af forebyggelige indlæggelser i forhold til antallet af helårsmodtagere af hjemmepleje. Antallet af helårsmodtagere i en kommune er defineret som det samlede antal af visiterede måneders hjemmepleje i kommunen divideret med 12.

En indlæggelse med en forebyggelig diagnose tæller med i opgørelsen af forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemodtagere, hvis borgeren har modtaget hjemmepleje i måneden inden indlæggelsen. Dermed sikres det, at kommunen har været i kontakt med den ældre forud for indlæggelsen. Data for forebyggelige indlæggelser og visiteret hjemmepleje beskrives i boks 1.

#### Boks 1

##### Data for forebyggelige indlæggelser

Forebyggelige indlæggelser er i denne analyse kategoriseret i overensstemmelse med definitionen benyttet i nationale opgørelser og er defineret som indlæggelser med aktionsdiagnoser, der er vurderet at være særligt forebyggelige blandt ældre mennesker<sup>2</sup>. Det drejer sig om diagnoserne væskemangel, gastroenteritis (tarminfektion), blærebetændelse, knoglebrud, lungebetændelse inkl. akut bronkitis, tryksår, ernæringsbetinget anæmi, forstoppelse, kronisk nedre luftvejssygdom (heriblandt KOL) og sociale og plejemæssige forhold.

Indlæggelsesdata for det somatiske sundhedsvæsen hentes i Landspatientregistret i Danmarks Statistik.

##### Data for visiteret hjemmepleje

Hjemmepleje er hjælp, der ydes efter Servicelovens § 83. Ydelsen omfatter personlig pleje og praktisk hjælp.

Data for visiteret hjemmepleje i Danmarks Statistik benyttes til identifikation af hjemmeplejemodtagere. Heri findes månedlige data på individniveau med oplysninger omkring leverandør, ugentligt minuttal, leverende kommune m.m.

Se en grundigere gennemgang af data og metodemæssige valg med konsekvens for afgrænsningen af data i bilag 3.

<sup>1</sup> Hjemmeplejemodtagere dækker i resten af rapporten over hjemmeplejemodtagere over 65 år.

<sup>2</sup> Eksempelvis "Indblik i Sundhedsvæsenets resultater 2016", Sundheds- og Ældreministeriet (2016).

## 3.2 Kontrol for rammevilkår via benchmarkingindikator

Det må forventes, at antallet af forebyggelige indlæggelser er påvirket af rammevilkår, og at forskelle imellem kommunerne i forhold til forebyggelige indlæggelser til en vis grad skyldes variation i disse. Rammevilkår benyttes i denne forbindelse som en betegnelse for de strukturelle betingelser, som kommunen arbejder under, og som ikke kan ændres på kort eller mellemlang sigt. Det kan eksempelvis være hjemmeplejemodtagernes psykiske helbredstilstand.

Det undersøges via regressionsanalyse på kommuneniveau, hvilke rammevilkår der har betydning for antallet af forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 helårsmodtagere af hjemmepleje. Regressio-  
nerne foretages på data for 2016, mens data fra de øvrige år er benyttet til robusthedsanalyser. Resultaterne gennemgås i kapitel 5.

På baggrund af regressionsanalysen beregnes det forventede antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 helårsmodtagere af hjemmepleje for hver kommune, når der tages højde for kommunens rammevilkår. Det faktiske niveau sættes herefter i forhold til det forventede niveau for at danne en benchmarkingindikator. Benchmarkingindikatoren beregnes som:

$$\frac{\text{Det faktiske antal forebyggelige indlæggelser}}{\text{Det forventede antal forebyggelige indlæggelser}} \times 100$$

### Boks 2

#### Fortolkning af benchmarkingindikatoren

- Benchmarkingindikator lavere end 100: Det faktiske antal forebyggelige indlæggelser i kommunen er lavere end det forventede niveau. En kommune med en benchmarkingindikator på eksempelvis 83 har 17 procent færre forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemodtagere, end man kunne forvente på baggrund af dens rammevilkår.
- Benchmarkingindikator på 100: Det faktiske antal forebyggelige indlæggelser i kommunen er lig det forventede antal givet kommunens rammevilkår.
- Benchmarkingindikator større end 100: Det faktiske antal forebyggelige indlæggelser i kommunen er større end det forventede niveau. En kommune med en benchmarkingindikator på 115 har 15 procent flere forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemodtagere, end man kunne forvente givet kommunens rammevilkår.

Benchmarkingindikatoren er et estimeret tal, som er behæftet med en vis statistisk usikkerhed. Det betyder, at der ikke skal tolkes for håndfast på den præcise placering af kommunerne. Ved rangering af kommunerne er de derfor inddelt i kvartiler: den bedste fjerdedel, den næstbedste fjerdedel, den næst dårligste fjerdedel og den dårligste fjerdedel. Dog vises på baggrund af benchmarkingindikatoren også top 10 og bund 10.

I kapitel 6 beskrives god praksis og konkrete tiltag til at forhindre forebyggelige indlæggelser. Praksis er afdækket ved interview med udvalgte kommuner, der alle har det til fælles, at de er blandt de kommuner, der klarer sig bedst i benchmarkinganalysen. Se bilag 3 for nærmere beskrivelse af metoden bag afdækning af god praksis.

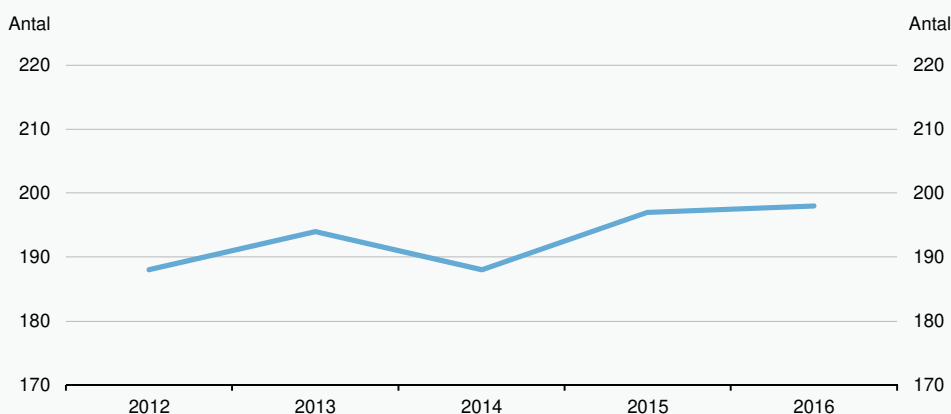
## 4. Forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemodtagere på landsniveau

I 2016 var der knap 17.000 indlæggelser med forebyggelige diagnoser blandt modtagere af hjemmepleje i de 71 kommuner, der indgår i analysen. Dette svarer til 198 forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 helårsmottagere af hjemmepleje.

I figur 1 ses det, at antallet af forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 helårsmottagere af hjemmepleje er steget hvert år fra 2012 til 2016 med undtagelse af 2014. I 2012 var antallet af forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 helårsmottagere af hjemmepleje 188, mens niveauet altså var 198 i 2016. Det svarer til en stigning på 5,3 procent i perioden.

Figur 1

### Udviklingen i forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 helårsmottagere af hjemmepleje



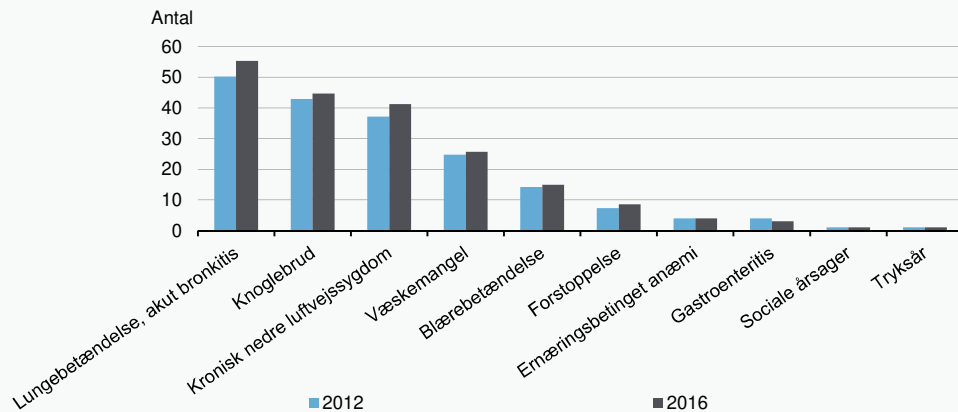
Anm.: Grundet kvaliteten af data for visiteret hjemmepleje, indgår der kun 67-71 kommuner i beregningerne for hvert enkelt år. Hvilke kommuner, der indgår, varierer over tid.

Kilde: Data fra Landspatientregistret 2012-2016 og data for visiteret hjemmepleje 2011-2016 fra Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 2 viser, at diagnoserne knoglebrud og lungebetændelse inkl. akut bronkitis er de hyppigste diagnoser blandt de forebyggelige diagnoser – både i 2012 og 2016. I 2016 er der samlet 100 forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 helårsmottagere af hjemmepleje i de to diagnosegrupper, svarende til godt 50 procent af de forebyggelige indlæggelser det år.

Figur 2 viser også, at fordelingen af de forebyggelige indlæggelser på diagnosegrupper ikke har ændret sig væsentligt fra 2012 til 2016. Det generelle billede er, at antallet af forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemottagere er steget eller uændret for alle diagnosegrupper.

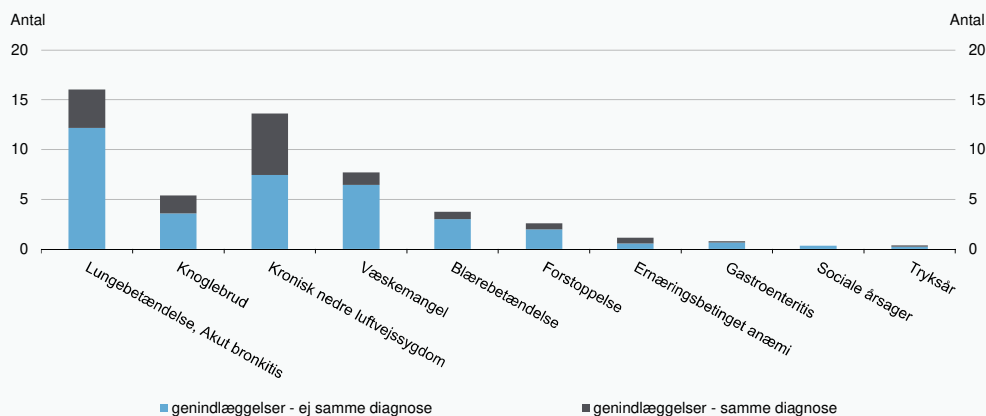


**Figur 2****Forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 helårsmottagere af hjemmepleje fordelt på diagnoser**

Kilde: Data fra Landspatientregistret 2012 og 2016 og data for visiteret hjemmepleje 2011, 2012, 2015 og 2016 fra Danmarks Statistik og egne beregninger.

Mange af de forebyggelige diagnoser kan være følgevirkninger af andre sygdomme. Efter endt indlæggelse kan borgerne derfor være i særlig fare for at udvikle en tilstand med én af de forebyggelige diagnoser. Godt 25 procent af de forebyggelige indlæggelser i 2016 er genindlæggelser indenfor 30 dage efter udskrivning. I bilag 2 kan man se kommunens indlæggelser indenfor forskellige grupper af forebyggelige diagnoser, samt antallet af forebyggelige genindlæggelser.

I figur 3 ses det, at de forebyggelige diagnoser, hvor flest indlæggelser er genindlæggelser i 2016, er lungebetændelse inkl. akut bronkitis og kronisk nedre luftvejssygdom (heriblandt KOL). Her er henholdsvis 16 og 14 indlæggelser pr. 1.000 helårsmottagere af hjemmepleje genindlæggelser. Desuden ses det, at den forebyggelige diagnose med flest genindlæggelser med samme diagnose som foregående indlæggelse er kronisk nedre luftvejssygdom med seks indlæggelser pr. 1.000 helårsmottagere af hjemmepleje.

**Figur 3****Forebyggelige genindlæggelser pr. 1.000 helårsmottagere af hjemmepleje i 2016 fordelt på, hvorvidt det er genindlæggelse med samme diagnose som foregående indlæggelse eller ej**

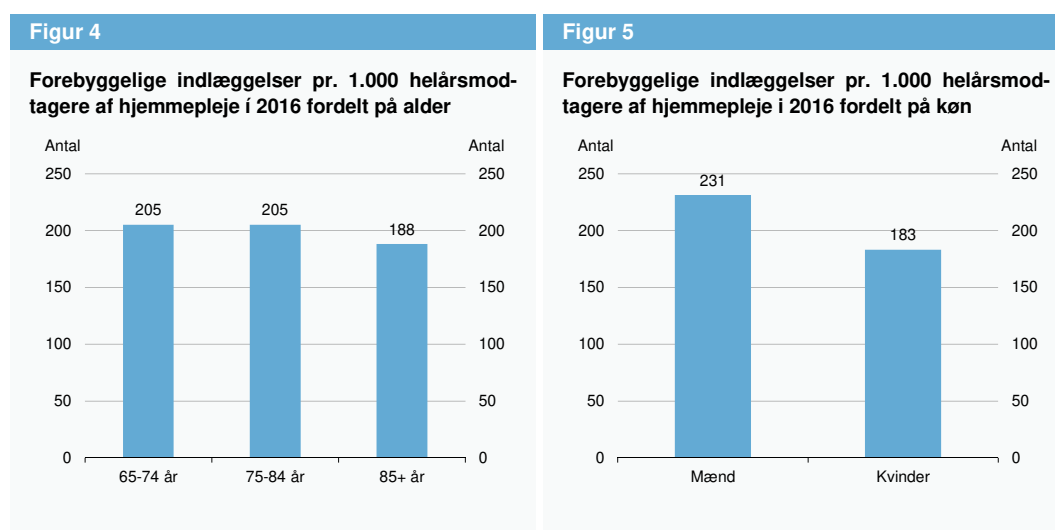
Kilde: Data fra Landspatientregistret 2016 og data for visiteret hjemmepleje 2015 og 2016 fra Danmarks Statistik og egne beregninger.

## 4.1 Forebyggelige indlæggelser fordelt på alder og køn

I figur 4 ses det, at antallet af forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemodtagere er faldende med alderen. For aldersgruppen 85+ år er der 188 forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 helårsmottagere af hjemmepleje, mens niveauet ligger på 205 for både de 65-74 årige og de 75-84 årige.

Umiddelbart skulle man tro, at sammenhængen var omvendt – jo højere alder, des flere indlæggelser. Det er dog ikke tilfældet og skyldes formodentlig, at sundhedstilstanden generelt er bedre hos de ældste borgere, der modtager hjemmehjælp end hos de lidt yngre borgere i samme situation. Det kan skyldes, at de ældste borgere med dårligst helbred er flyttet i plejebolig, og dermed ikke modtager hjemmepleje, eller at de svageste borgere ikke når at blive lige så gamle som de øvrige borgere.

Figur 5 viser, at antallet af forebyggelige indlæggelser er forskelligt for mænd og kvinder. Med 231 indlæggelser pr. 1.000 ældre helårsmottagere af hjemmepleje ligger niveauet for mænd 26 procent over kvindernes niveau.



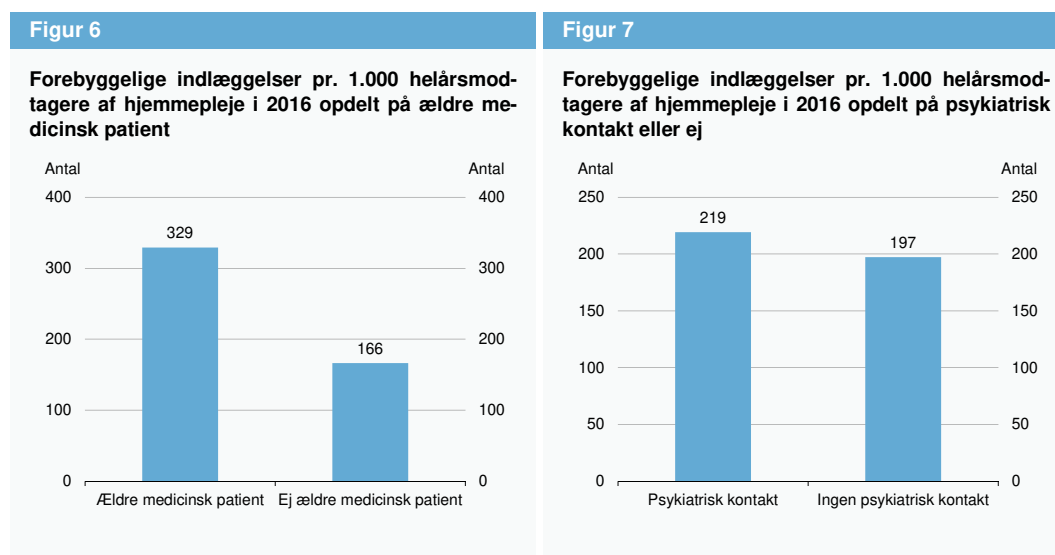
Kilde: Data fra Landspatientregistret 2016 og data for visiteret hjemmepleje 2015 og 2016 fra Danmarks Statistik og egne beregninger

## 4.2 Forebyggelige indlæggelser og sammenhæng med sundhed

Figur 6 viser, at der er næsten dobbelt så mange forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemottagere, der kan betegnes som ældre medicinske patienter end blandt hjemmeplejemottagere, der ikke falder i denne kategori. 20 procent af hjemmeplejemottagerne var ældre medicinske patienter i 2016.

Ældre medicinske patienter defineres i analysen som personer på 65 år eller derover i 2016, som i løbet af 2015 har haft én eller flere indlæggelser på en medicinsk afdeling. Der er vel at mærke tale om medicinske indlæggelser, som ikke er blandt de forebyggelige diagnoser jf. bilag 3.

I figur 7 ses det, at der også er flere forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemodtagere med kontakt til det psykiatriske hospitalsvæsen end blandt hjemmeplejemodtagere uden. Forskellen er dog ikke så stor, som for de ældre medicinske patienter. For hjemmeplejemodtagere med kontakt til det psykiatriske hospitalsvæsen er antallet af forebyggelige indlæggelser godt 11 procent større. Andelen af hjemmeplejemodtagere med psykiatrisk kontakt er 4 procent.<sup>3</sup>



Anm.: Ældre medicinske patienter er operationaliseret som mindst én indlæggelse på en afdeling med medicinsk speciale i 2015. Psykiatriske kontakter er opgjort som mindst én ambulant eller stationær kontakt på et psykiatrisk hospital i 2015.  
Kilde: Data fra Landspatientregistret 2016 og data for visiteret hjemmepleje 2015 og 2016 fra Danmarks Statistik og egne beregninger

### 4.3 Udviklingen i populationen af hjemmeplejemodtagere

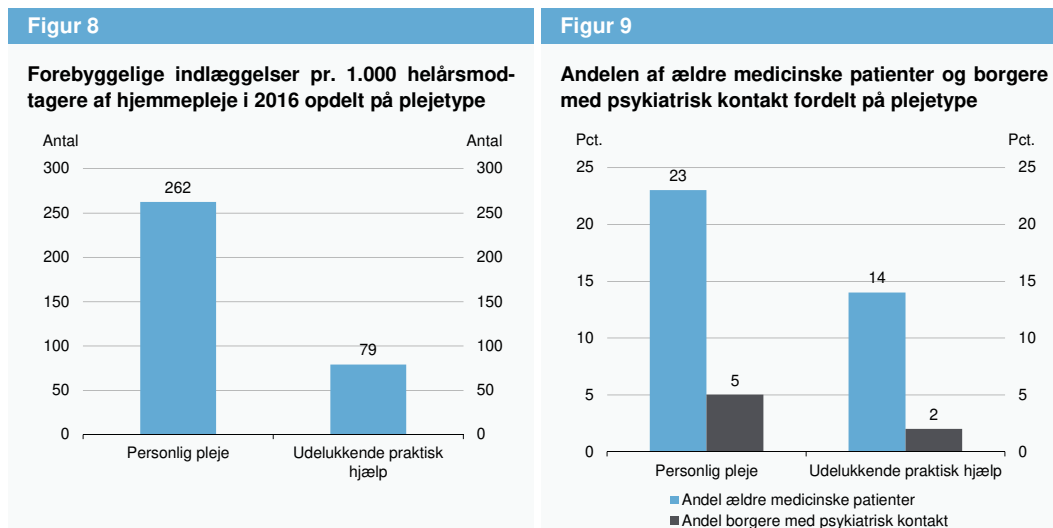
Ovenfor så vi, at der har været en stigning i antal forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemodtagere fra 2012 til 2016. En tese kan være, at stigningen delvist kan tilskrives, at gruppen af hjemmeplejemodtagere er blevet mere kompleks i løbet af perioden.

For at undersøge det nærmere, sættes der i det følgende kort fokus på sammensætningen af hjemmeplejemodtagere og udviklingen heri. Der er helt overordnet to plejetyper i hjemmeplejen – personlig pleje og praktisk hjælp. Personlig pleje dækker over hjælp til eksempelvis at tage tøj af og på, at blive vasket og at få skiftet ble. Praktisk hjælp består eksempelvis af ydelser som tøjvask, indkøb, madlavning og rengøring.

Figur 8 viser, at ældre hjemmeplejemodtagere, der modtager personlig pleje har flere forebyggelige indlæggelser end borgere, der udelukkende modtager praktisk hjælp. Niveaulet er mere end tre gange så højt for modtagere af personlig pleje.

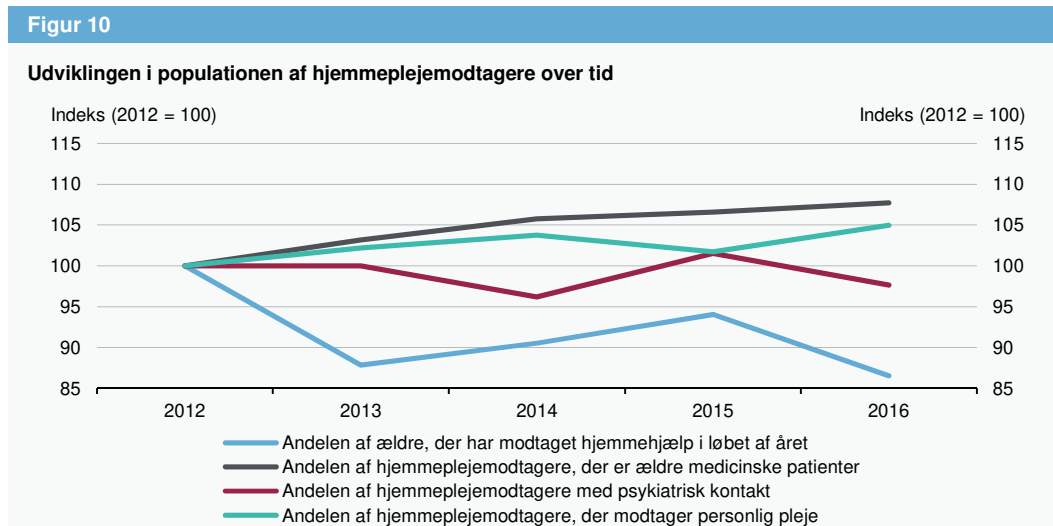
<sup>3</sup> Se bilag 3 for information om, hvordan den ældre medicinske patient er operationaliseret i data, og hvordan psykiatrisk kontakt er opgjort.

Figur 9 viser samtidig, at der både er en større andel af ældre medicinske patienter og borgere med psykiatrisk kontakt blandt modtagere af personlig pleje end blandt hjemmeplejemodtagere, der udelukkende får praktisk hjælp.



Kilde: Data fra Landspatientregistret 2016 og data for visiteret hjemmepleje 2015 og 2016 fra Danmarks Statistik og egne beregninger.

I forlængelse heraf viser figur 10, at der rent faktisk har været en ændring i sammensætningen af hjemmeplejemodtagere over tid.



Anm.: Grundet kvaliteten af data for visiteret hjemmepleje, indgår der kun 67-71 kommuner i beregningerne for hvert enkelt år. Hvilke kommuner, der indgår, varierer over tid.

Kilde: Data fra Landspatientregistret 2012-2016 og data for visiteret hjemmepleje 2011-2016 fra Danmarks Statistik og egne beregninger.

Figur 10 viser for det første, at der er en større andel af hjemmeplejemodtagerne, der får personlig pleje, og dermed er andelen af ældre, der udelukkende modtager praktisk hjælp, blevet mindre. For det andet ses det også, at andelen af ældre medicinske patienter blandt hjemmeplejemodtagerne er steget med ca. 8 procent. For det tredje ses det, at andelen af ældre, der har modtaget hjemmehjælp er faldet med næsten 14 procent fra 2012 til 2016. Andelen har dog været svingende over

perioden. Det gælder dog, at over hele perioden er antallet af helårsmodtagere af hjemmepleje i forhold til antallet af ældre faldende.

Disse udviklingstendenser viser, at gruppen af hjemmeplejemodtagere som andel af ældre er blevet mindre, men mere kompleks over tid, hvilket formentligt kan være med til at forklare en del af den stigning i antallet af forebyggelige indlæggelser fra 2012 til 2016, som blev vist i figur 1.

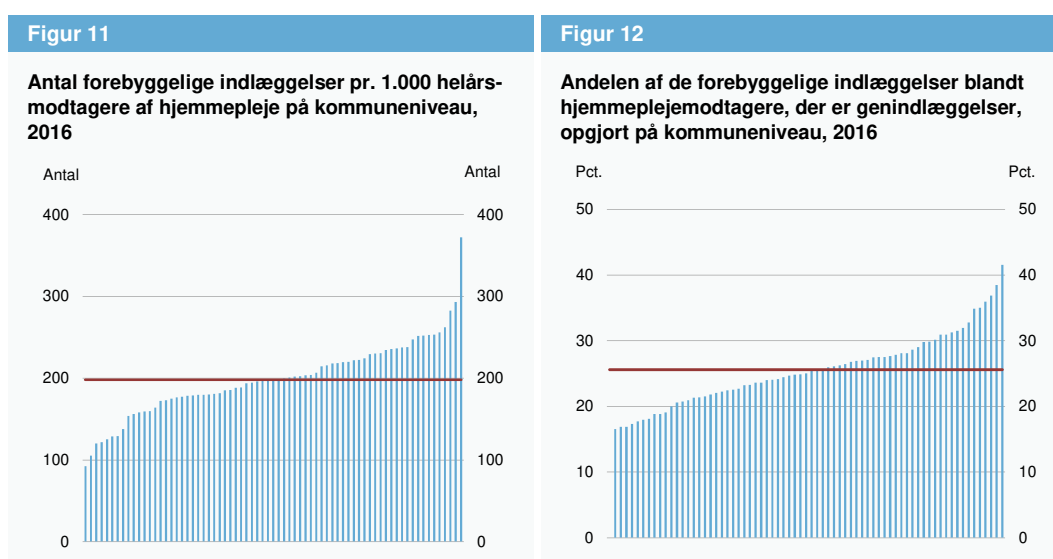
Udviklingen i sammensætningen af hjemmeplejemodtagere skal ses i sammenhæng med, at kommunerne siden 2015 har været forpligtet til at tilbyde rehabiliteringsforløb til potentielle modtagere af hjemmehjælp, hvor det vurderes, at funktionsevnen kan forbedres og gøre borgerne mere selvhjulpne. Såfremt øvelsen er lykkedes, må det formodes at en del af de mindre komplekse borgere som måske tidligere fik praktisk hjælp, nu modtager rehabilitering og måske slet ikke er blevet visiteret til hjemmepleje.

En anden forklaring kan være et ændret serviceniveau i kommunerne: Stigende udgiftspres og ændret demografi med en større andel af ældre i befolkningen kan betyde, at kommunerne har strammet betingelserne for at modtage pleje.

## 5. Forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemodtagere på kommuneniveau

I dette kapitel gennemføres en benchmarkinganalyse af antallet af forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre helårsmottagere af hjemmepleje på kommuneniveau.

Der er stor spredning i antallet af forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 helårsmottagere af hjemmepleje. Figur 11 viser, at kommunen med flest forebyggelige indlæggelser har over 300 forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 helårsmottagere af hjemmepleje, mens kommunen med færrest antal forebyggelige indlæggelser ligger på 100. 54 af de 71 kommuner, der indgår i analysen, ligger med et antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 ældre helårsmottagere af hjemmepleje på mellem 150 og 250.



Anm.: Hver søjle illustrerer én kommune, og den vandrette røde linje viser landsgennemsnittet

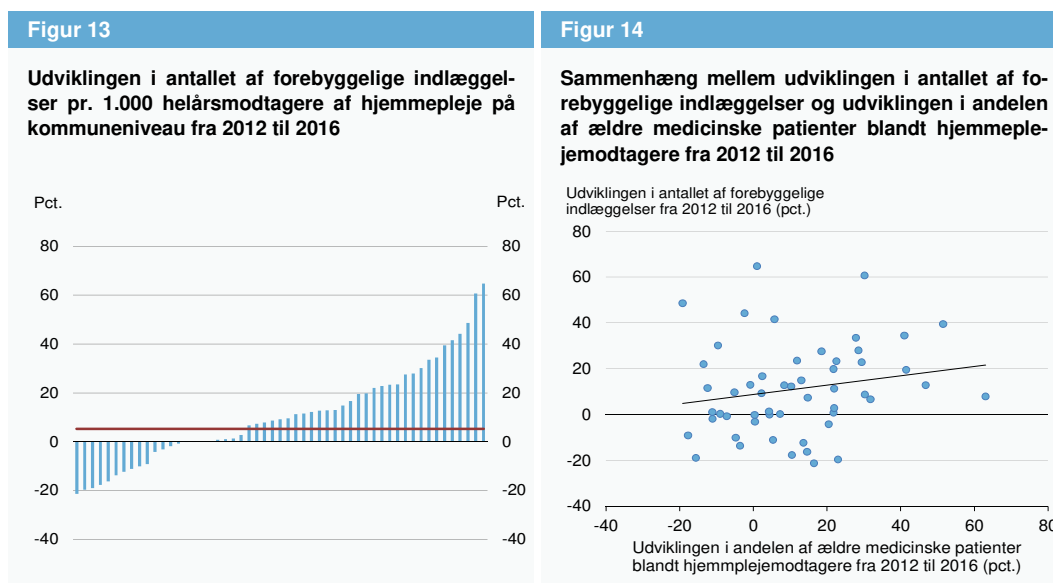
Kilde: Data fra Landspatientregistret 2016 og data for visiteret hjemmepleje 2015 og 2016 fra Danmarks Statistik og egne beregninger.

Som nævnt i kapitel 4 kan de forebyggelige diagnoser være følgevirkninger efter tidligere sygdomsforløb. Kommunerne bør i deres forebyggelsesindsats derfor være opmærksomme på udskrevne patienter. Figur 12 viser, at der er stor spredning i andelen af de forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemottagere, der er genindlæggelser: Én kommune har overhovedet ingen genindlæggelser (dette er dog en lille ø-kommune med et lavt absolut antal af forebyggelige indlæggelser). For kommunen med den største andel genindlæggelser af de forebyggelige indlæggelser, udgør genindlæggelser 42 procent af de forebyggelige indlæggelser.

I figur 13 ses det, at langt de fleste kommuner har oplevet en stigning i antallet af forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemottagere fra 2012 til 2016. Spredningen i udviklingen i antallet af forebyggelige indlæggelser er dog meget stor. Én kommunes antal af forebyggelige indlæggelser er steget med mere end 60 procent på de fire år, mens en anden kommune har opnået et fald på godt 20 procent. På landsplan ses en stigning på 5,3 procent i den undersøgte periode.

Der er en statistisk signifikant og moderat positiv sammenhæng mellem udviklingen i andel ældre medicinske patienter og udviklingen i antal forebyggelige indlæggelser, jf. figur 14. Det stemmer

godt overens med de tidligere resultater, der viste, at en stigning i antallet af forebyggelige indlæggelser formentligt er associeret med en stigning i andelen af ældre medicinske patienter blandt modtagere af hjemmepleje. Det er dog også vigtigt at understrege, at udviklingen i andelen af ældre medicinske patienter ikke forklarer hele udviklingen i antallet af forebyggelige indlæggelser over tid.



Anm.: Hver søjle i figur 13 repræsenterer én kommune, og den røde linje viser landsgennemsnittet. På grund af manglende data i 2012, vises udviklingen kun for 53 af de 71 kommuner.

Kilde: Data fra Landspatientregistret 2012 og 2016 og data for visiteret hjemmepleje 2011, 2012, 2015 og 2016 fra Danmarks Statistik og egne beregninger.

## 5.1 Benchmarking med kontrol for rammevilkår

Forskellene mellem antallet af forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemodtagerne i kommunerne er blandt andet påvirket af de rammevilkår, den enkelte kommune har. I det følgende gennemføres derfor en benchmarkinganalyse på kommuneniveau, hvor der tages højde for de rammevilkår, som det er identificeret har betydning for forebyggelige indlæggelser.

Forebyggelige indlæggelser er defineret som indlæggelser, som i særlig grad er forebyggelige, og derfor kan man argumentere for, at rammevilkårene ikke bør tillægges betydning i vurderingen af, hvor gode kommunerne er til at forebygge disse indlæggelser. Samtidig er der dog næppe tvivl om, at kommunens forebyggelsesopgave på kort sigt er påvirket af disse vilkår. I denne analyse betragtes eksempelvis andelen af hjemmeplejemodtagere, der er ældre medicinske patienter, derfor som et rammevilkår

I tabel 1 ses de to identificerede rammevilkår, der har signifikant betydning for antallet af forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 helårsmodtagere af hjemmepleje i kommunen.

**Tabel 1**

**Modelspecifikation – Forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 helårsmottagere af hjemmepleje**

Forklarende variabel	Fortegn	Fortolkning
Andelen af ældre medicinske patienter blandt hjemmeplejemottagere	Positiv	Jo større andel af ældre medicinske patienter blandt hjemmeplejemottagere, des højere antal forebyggelige indlæggelser
Andelen af hjemmeplejemottagere med kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen	Positiv	Jo større andel af hjemmeplejemottagere med kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen, des flere forebyggelige indlæggelser.

Anm.: For en uddybende modelspecifikation, se bilag 3.

Ældre medicinske patienter er patienter, der ofte lider af en eller flere svære sygdomme. Disse patienter kan også have nedsat funktionsevne fysisk og/eller kognitiv<sup>4</sup>. Denne gruppe af borgere er derfor karakteriseret ved at være en helbredsmæssigt udsat gruppe.

Ligeledes har borgere med kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen også tit et sårbart fysisk helbred. På baggrund af de tidligere resultater i analysen, er det derfor ikke overraskende, at forskelle i omfanget af ældre medicinske patienter blandt hjemmeplejemottagere og andelen af hjemmeplejemottagere med kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen, er med til at forklare noget af forskellen mellem kommunerne i forhold til forebyggelige indlæggelser.

Det er også testet om kommunale forskelle i antal forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemottagere kan forklares af forskelle i gennemsnitsalder, køn, hvilken region, kommunen tilhører, om kommunen er en lille ø-kommune eller ej, tilstedeværelse af nære pårørende, uddannelsesniveau, indkomst og formue. Ingen af disse variable er dog signifikante eller bidrager væsentligt til modellens forklaringskraft, når der er kontrolleret for andelen af ældre medicinske patienter og hjemmeplejemottagere med kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen. Da konklusionerne i benchmarkinganalysen ikke ændres væsentligt ved inddragelse af yderligere variable end de to valgte, er der derfor valgt en forholdsvis simpel model.

En mulig forklaring på fravær af sammenhæng mellem de ovenfor nævnte variable og antallet af forebyggelige indlæggelser kan være, at især variabelen ældre medicinske patienter "opsuger" effekten af andre mulige variable. Når eksempelvis køn ikke har selvstændig betydning, kan det skyldes, at der er forskelle i andelen af medicinske patienter blandt mandlige og kvindelige mottagere af hjemmepleje, og at det er dette, der har betydning fremfor køn i sig selv.

Der er desuden forsøgt kontrolleret for kronisk sygdom. Det har desværre ikke været muligt juridisk at få adgang til Registret for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS), hvilket betyder, at det ikke kan lade sig gøre at beregne andelen af hjemmeplejemottagere med specifikke kroniske sygdomme. I stedet er der forsøgt kontrolleret for andelen af borgere i kommunen med udvalgte kroniske sygdomme. Der er dog ikke nogen klar sammenhæng til antallet af forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemottagere.

Ligeledes er der kontrolleret for afstanden til sygehuset, som i denne analyse er operationaliseret som afstanden fra kommunens rådhus til det sygehus, hvor kommunens hjemmeplejemottagere

<sup>4</sup> "Styrket indsats for den ældre medicinske patient", Sundhedsstyrelsen (2016).



oftest indlægges med en forebyggelig diagnose. Skønt der er stor variation i afstanden til sygehuset kommunerne imellem, bidrager denne sammenhæng heller ikke væsentligt til at forklare forskellene mellem kommunerne, når der er taget højde for andelen af ældre medicinske patienter og borgere med psykiatrisk kontakt blandt hjemmeplejemodtagerne.

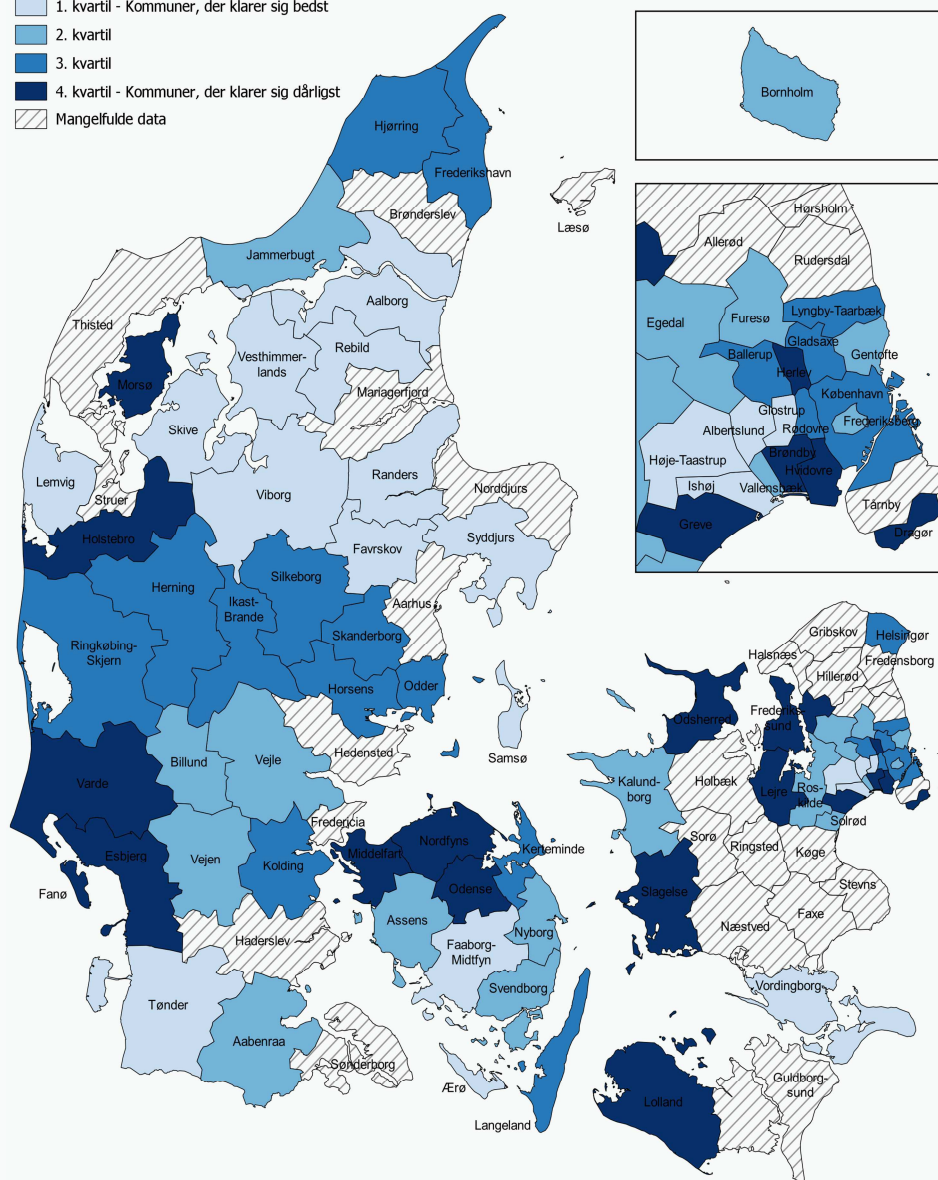
På baggrund af de to ovenævnte signifikante variable, er der jf. metodeafsnittet i kapitel 3 beregnet en benchmarkingindikator for alle kommuner, hvor det forventede niveau beregnet på baggrund af regressionsanalysen holdes op imod det faktiske for hver enkelt kommune.

I figur 15 er kommunerne inddelt i kvartiler (fjerdedele). Kommuner i første kvartil har det laveste antal forebyggelige indlæggelser, i forhold til hvad man kunne forvente på baggrund af kommunernes rammevilkår, mens kommuner i fjerde kvartil har det højeste antal forebyggelige indlæggelser i forhold til det forventede niveau givet kommunens rammevilkår.

Figur 15

**Kommunernes rangering i forhold til forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemodtagere, når der er taget højde for rammevilkår**

- 1. kvartil - Kommuner, der klarer sig bedst
- 2. kvartil
- 3. kvartil
- 4. kvartil - Kommuner, der klarer sig dårligst
- Mangelfulde data



Anm.: Første kvartil dækker over de 25 procent af kommunerne, der har det laveste antal forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemodtagere i forhold til forventet, mens fjerde kvartil dækker over de 25 procent af kommunerne med det højeste antal af forebyggelige indlæggelser blandt ældre hjemmeplejemodtagere i forhold til det forventede niveau.

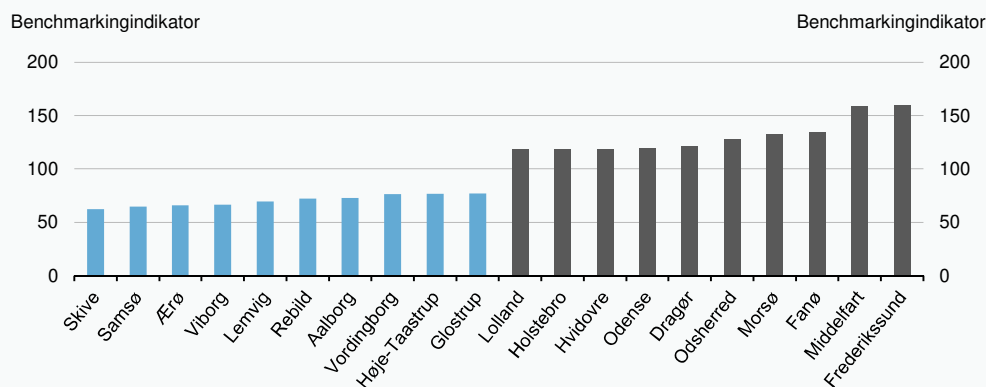
Kilde: Data fra Landspatientregistret 2016 og data for visiteret hjemmepleje 2015 og 2016 fra Danmarks Statistik og egne beregninger.

I figur 16 ses de ti kommuner med henholdsvis det laveste og højeste antal forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemodtagere i forhold til det forventede niveau. Som eksempel har Skive Kommune en benchmarkingindikator på 62, hvilket betyder, at antallet af forebyggelige indlæggelser i Skive Kommune er 38 procent lavere end det forventede antal givet kommunens rammevilkår. Tilsvarende har Morsø Kommune en benchmarkingindikator på 133, hvilket svarer til, at Morsø

Kommunes faktiske niveau af forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemodtagere er 33 procent højere end forventet givet kommunens rammevilkår.

Figur 16

**De ti laveste og højeste benchmarkingindikatorer for forebyggelige indlæggelser blandt ældre hjemmeplejemodtagere i 2016**



Kilde: Data fra Landspatientregistret 2016 og data for visiteret hjemmepleje 2015 og 2016 fra Danmarks Statistik og egne beregninger.

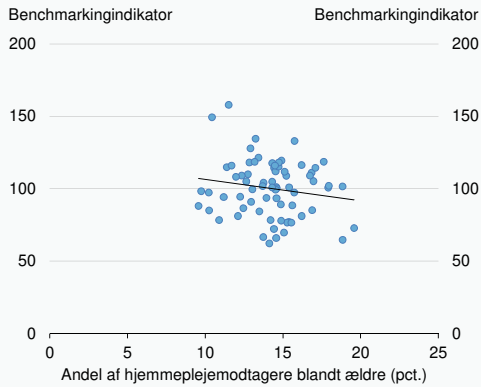
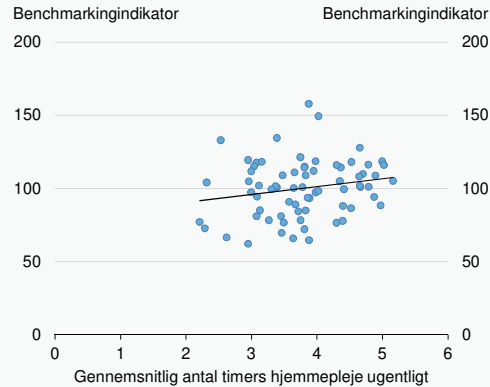
I bilag 1 kan man blandt andet se den enkelte kommunes faktiske og forventede antal af forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemodtagere under hensyntagen til kommunens rammevilkår.

*Resultat af benchmarkinganalysen og sammenhæng med serviceniveau*

En potentiel anke ved resultatet af denne benchmarkinganalyse er, at forskelle i kommunernes præstationer i forhold til at undgå forebyggelige indlæggelser blandt ældre hjemmeplejemodtagere kan skyldes, at kommunerne har et forskelligt serviceniveau på hjemmeplejeområdet.

Et højere serviceniveau kan betyde, at mindre komplekse borgere tilbydes hjemmepleje i forhold til praksis i andre kommuner. Populationen af modtagere af hjemmepleje kan dermed være forskellig fra kommune til kommune. Mindre komplekse borgere kan have færre forebyggelige indlæggelser end mere komplekse borgere, hvilket kan have betydning for resultatet af benchmarkinganalysen.

I figur 17 ses det, at der er en svag negativ sammenhæng mellem andelen af ældre i kommunen, der er i kontakt med hjemmeplejen i løbet af 2016 og kommunens benchmarkingindikator. Sammenhængen er dog ikke signifikant og forskelle i andelen af ældre, der får hjemmepleje, bidrager ikke væsentligt til at forklare forskelle mellem kommunernes omfang af forebyggelige indlæggelser.

**Figur 17****Sammenhæng mellem benchmarkingindikator og andel af ældre, der modtager hjemmepleje****Figur 18****Sammenhæng mellem benchmarkingindikator og det gennemsnitlige antal timers hjemmepleje**

Kilde: Data fra Landspatientregistret 2016 og data for visiteret hjemmepleje 2015 og 2016 fra Danmarks Statistik og egne beregninger.

En anden potentiel anke kan være, at kommuner, der er gode til at forebygge indlæggelser, har afsat flere ressourcer til området og bruger mere tid på pleje af den enkelte hjemmeplejemodtager, end kommuner der ikke klarer sig lige så godt.

Figur 18 viser, at der er en svag sammenhæng mellem det gennemsnitlige antal hjemmehjælpstimer og benchmarkingindikatoren, men denne sammenhæng er heller ikke signifikant og ændrer heller ikke konklusionerne af den ovenstående benchmarkinganalyse. Kommunernes præstationer i benchmarkinganalysen kan således ikke forklares med, at nogle kommuner bruger flere timer på pleje af den enkelte hjemmeplejemodtager end andre.

Endvidere er der testet for, hvorvidt kommunens brug af personlig pleje har betydning for kommunens placering i benchmarkinganalysen. Men heller ikke det, at nogle kommuner har en markant større andel af hjemmeplejemodtagere, der modtager personlig pleje end andre, kan forklare variationen i antallet af forebyggelige indlæggelser mellem kommunerne, når der er kontrolleret for andelen af ældre medicinske patienter og hjemmeplejemodtagere med kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen.

Samlet set er der altså ikke umiddelbart nogen sammenhæng mellem benchmarkingindikatoren og forskellige mål for serviceniveauet. Forklaringen herpå er formentligt, at der i benchmarkinganalysen kontrolleres for hjemmeplejemodtagernes helbredstilstand, som har betydning for omfanget af forebyggelige indlæggelser. Helbredstilstanden må samtidig forventes at have betydning for om borgeren får hjemmepleje, hvilke type hjemmepleje, der er tale om samt antal timer.

Ligeledes er der ingen signifikant sammenhæng mellem, hvor stor en andel af hjemmeplejemodtagerne, der modtager pleje fra private leverandører, og hvordan kommunen klarer sig i benchmarkinganalysen.

## 6. Inspiration til konkrete tiltag

Den kvantitative benchmarkinganalyse viste, at der er store forskelle i, hvor gode kommunerne er til at forhindre indlæggelser med forebyggelige diagnoser blandt hjemmeplejemodtagere. I dette kapitel fokuseres der på praksis blandt nogle af de kommuner, der er bedst til at forebygge indlæggelser blandt modtagere af hjemmepleje, når der tages højde for forskelle i rammevilkår. Formålet er således at give kommunerne inspiration til konkrete tiltag, der kan indgå i det videre arbejde med at nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser.

Kapitlet er baseret på semistrukturerede dybdegående interviews foretaget med ældrechefer, andre relevante ledere og medarbejdere i ældreplejen i fem kommuner: Lemvig, Høje-Taastrup, Aalborg, Vordingborg og Skive. Kommunerne er blandt de ti kommuner, der klarer sig bedst i analysen. Derudover er de valgt ud fra et ønske om variation i forhold til geografi, demografi og størrelse. På baggrund af de fem interviews uddrages initiativer og erfaringer, som ifølge kommunerne selv hænger sammen med deres resultater på området og her skal tjene som inspiration i andre kommuner. Kommunerne kan i varierende grad allerede arbejde med et eller flere af de præsenterede tiltag, men det er vurderingen, at alle kommuner kan have gavn af at forholde sig til hvert enkelt tiltag.

I afsnit 6.1 beskrives betydningen af kommunernes akuttilbud som alternativ til indlæggelse. I afsnit 6.2 behandles hjemmeplejens rolle i den opsporende og forebyggende indsats. I afsnit 6.3 er fokus på tiltag til at sikre samarbejdet mellem den kommunale plejesektor og eksterne aktører. I afsnit 6.4 redegøres for tiltag til sikring af en systematisk implementering af redskaber og indsatser rettet mod risikogrupper, og i afsnit 6.5 beskrives tiltag til sikring af lokal styring og opfølgning i forhold til de forebyggelige indlæggelser. I tabel 2 ses en oversigt over de tiltag, der gennemgås nedenfor:

Tabel 2

### Oversigt over tiltag

#### 6.1 Udvikling af akutberedskab

#### 6.2 Hjemmeplejens rolle og synliggørelse heraf

Tiltag: Synliggør hjemmeplejens rolle overfor medarbejdere

Tiltag: Standardisér og beskriv arbejdsgange og kommunikation

Tiltag: Kompetenceudvikling i hjemmeplejen

#### 6.3 Samarbejde og gode overgange

Tiltag: Samarbejde med de private leverandører af hjemmepleje

Tiltag: Samarbejde med de praktiserende læger og vagtlæger

Tiltag: Gode sektorovergange fra sygehus til kommune

#### 6.4 Indsatser og redskaber

Tiltag: Systematisk indsats overfor risikogrupper

Tiltag: Systematisk implementering af redskaber

Tiltag: Læring og forbedring gennem audits

#### 6.5 Styring og opfølgning

Tiltag: Synliggørelse af potentialer og fastsættelse af måltal

Tiltag: Samlet strategi for nedbringelse af antal forebyggelige indlæggelser

Tiltag: Systematisk databaseret opfølgning

## 6.1 Udvikling af akutberedskab

Den sundhedsfaglige indsats i kommunerne er organiseret omkring hjemmesygeplejen og de kommunale akutfunktioner. Hjemmesygeplejen varetager den normale indsats i forhold til behandling af borgere med behov for sygepleje, mens akuttilbuddene er tilbud til borgere, der har brug for en særlig, midlertidig hjælp, der rækker ud over den hjælp, den øvrige sygepleje tilbyder.

Kommunerne organiserer akutfunktionerne forskelligt: Nogle har akutuddannede sygeplejersker i hjemmesygeplejen eller akutteams bestående af udekørende sygeplejersker, andre har centreret den akutte indsats omkring akutpladser, hvor borgeren "indlægges" til døgnbehandling, og en fjerde løsning er en kombination af nogle af de foregående.

Rettidig akutbehandling i kommunerne kan forebygge indlæggelser. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet kvalitetsstandarder for de kommunale akutfunktioner med krav og anbefalinger til kompetencer, indsatser og tilgængelighed<sup>5</sup>. Det er i forlængelse heraf vigtigt, at de kommunale akutfunktioner har kapacitet til at imødekomme borgernes behov. Mindre kommuner kan i den sammenhæng eventuelt drage fordel af at indgå samarbejde med andre kommuner omkring akutfunktionen.

## 6.2 Hjemmeplejens rolle og synliggørelse heraf

Da hjemmeplejen er den del af ældreplejen, der oftest har kontakt til borgeren, er det en forudsætning for, at det forebyggende arbejde i kommunerne fungerer, at medarbejderne er i stand til at opspore og kommunikere eventuelle forværringer i de ældres helbredstilstand.

### **Tiltag: Synliggør hjemmeplejens rolle overfor medarbejderne**

Det er vigtigt, at medarbejderne forstår betydningen af deres indsats i forhold til at forhindre forebyggelige indlæggelser. Denne forståelse kan den enkelte kommune med fordel understøtte gennem en række indsatser.

I Lemvig Kommune anvendes de daglige morgenmøder eksempelvis som et forum til at kommunikere nødvendigheden af specifikke forebyggende indsatser ud til medarbejderne. Et aktuelt eksempel er en målrettet indsats mod dehydrering (væskemangel), som har været et fokuspunkt på morgenmøderne i løbet af den varme sommer i 2018.

I Aalborg Kommune understreges betydningen af hjemmeplejens indsats i det opsporende og forebyggende arbejde ved at synliggøre de økonomiske konsekvenser for kommunen ved indlæggelse og genindlæggelse. Dette gøres i forbindelse med implementering af opsporende og forebyggende redskaber og indsatser i hjemmeplejen.

---

<sup>5</sup> "Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen", Sundhedsstyrelsen (2017)

### **Tiltag: Standardisér og beskriv arbejdsgange og kommunikation**

Der ligger en vigtig ledelsesmæssig opgave i at sikre, at medarbejderne i hjemmeplejen ved, hvad de skal gøre, når de har kontakt med borgerne. Standardiserede arbejdsgange for ansatte i hjemmeplejen er med til at mindske usikkerheden omkring, hvordan og hvornår medarbejderne skal handle i den konkrete situation. Det kan være gavnligt, at de præcise handlinger i de enkelte situationer beskrives skriftligt, og at materialet er lettilgængeligt for medarbejderen under dennes kontakt med borgeren.

I Aalborg Kommune arbejder man med såkaldte "actioncards" hos de ansatte i hjemmeplejen og sygeplejen, der beskriver, hvornår og hvordan medarbejderen skal handle på baggrund af målte værdier af eksempelvis respirationsfrekvensen eller blodtrykket ved TOBS (Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom, se boks 13). Man har i beskrivelsen af arbejdsgangene taget stilling til for hvilke niveauer, det er nødvendigt at kontakte sygeplejen, lægen eller 112, samt hvornår medarbejderen selv skal lave en opfølgende indsats, og hvor hyppig denne skal være. Det mindsker risikoen for, at medarbejderen bliver i tvivl om, hvornår han/hun skal gøre hvad.

Ligeledes er fast praksis for kommunikation af ændringer i borgerens helbredstilstand vigtig i forhold til at sikre, at de rigtige aktører får de rigtige oplysninger i den rigtige form på det rigtige tidspunkt. Når medarbejderen i hjemmeplejen opdager en forværring i helbredstilstanden er det afgørende, at medarbejderen ikke er i tvivl om, hvordan og til hvem denne observation skal kommunikeres. Uklare kommunikationslinjer eller mangel på systematik i kommunikationen kan betyde, at den forebyggende indsats ikke igangsættes i tide. Det kan føre til en indlæggelse, som ellers kunne have været undgået.

Dette fokus på tilstrækkelig og rettidig videregivelse af oplysninger om helbredstilstanden handler i høj grad om at sikre, at den nødvendige dokumentation er til stede. Formålet er at sørge for, at eksempelvis hjemmesygeplejen har de bedst mulige forudsætninger for at reagere på en forværring i den ældres helbredstilstand. I boks 3 beskrives tiltag til at sikre kvalitetsfyldt dokumentation i Høje-Taastrup Kommune.

#### **Boks 3**

##### **Arbejdet med dokumentationsindsatsen i Høje-Taastrup Kommune**

Udviklingsteamet oplevede, at hjemmeplejen lagde mærke til ændringer, der var relevante for borgerens helbred, men ikke rigtig vidste, hvordan de skulle overleveres. De ansatte i hjemmeplejen manglede et sprog til at videreformidle deres observationer til sygeplejersker og praktiserende læger.

Udviklingsteamet i Høje-Taastrup Kommune satte ind med en auditbaseret indsats i forhold til at sikre en bedre dokumentation af ændringer i borgerens tilstand. Formålet med dokumentationsindsatsen i hjemmeplejen var at sørge for, 1) at medarbejderne i hjemmeplejen forstod, at deres observationer var relevante og afgørende i forhold til at sikre, at hjemmesygeplejen reagerede korrekt i forhold til borgeren, og 2) at medarbejderne i hjemmeplejen lærte, hvordan de skulle kommunikere deres observationer videre til hjemmesygeplejen.

I Høje-Taastrup Kommunes udviklingsteam er der desuden prioriteret ressourcer til personale, der udelukkende fokuserer på at opretholde en kvalitetsfyldt dokumentationsindsats, som både arbejder på at standardisere dokumentationen, men også udfører oplæring, mens opgaven udføres.

### **Tiltag: Kompetenceudvikling i hjemmeplejen**

Det er vigtigt, at kommunen sikrer, at medarbejderne i hjemmeplejen kompetenceudvikles i forhold til opsporing og videreformidling af den ældres helbredstilstand. Dette skal også ses i lyset af den ikke ubetydelige udskiftning af medarbejdere i hjemmeplejen.

Tiltag til kompetenceudvikling kan rette sig mod specifikke forhold, der påvirker sandsynligheden for en forebyggelig indlæggelse. I Lemvig Kommune har man eksempelvis sat ind med kompetenceudvikling af hjemmeplejen i forhold til faldforebyggelse, hvor personalet er blevet undervist i, hvilke opmærksomhedspunkter omkring borgerens og hjemmets tilstand, der er relevante i forhold til forebyggelse af fald. Opmærksomhedspunkterne dækker både over fysiske ting i borgerens miljø, som kan øge risikoen for fald (eksempelvis løse tæpper), men også relevante ting i forhold til borgerens generelle tilstand (eksempelvis borgerens brug af alkohol).

Kompetenceudviklingen kan også omfatte et bredere blik på opsporing, forebyggelse, anvendelse af redskaber og formidling af observationer om forværring i helbredstilstanden hos den ældre. Det har blandt andet Aalborg og Skive Kommuner arbejdet med, jf. boks 4.

#### Boks 4

##### **Kompetenceudvikling i redskaber til kvalificering, undersøgelse og formidling af observationer i Skive og Aalborg Kommuner**

I Skive Kommune lavede man et 7-ugers kursus for de ansatte i ældreplejen, hvor der var fokus på viden om kroniske lidelser, samt et generelt kompetenceløft, der blev fulgt op af læring om opsporing af forhold, der kan føre til indlæggelser med forebyggelige diagnoser. Kurset omhandlede blandt andet:

- På kurset blev de ansatte i ældreplejen undervist i, hvordan deres hverdagsobservationer i hjemmet og eventuelle ændringer i borgerens tilstand skal videreformidles til sygeplejersker, akutsygeplejersker eller praktiserende læger med udgangspunkt i måling af vitale værdier ud fra TOBS-modellen (se boks 13).
- Social- og sundhedsassistenter blev på lige fod med sygeplejersker undervist i TOBS. Men også Social- og Sundhedshjælpere fik indblik i brugen af TOBS. Kommunen lægger vægt på, at undervisning af social- og sundhedshjælperne er vigtig, da det er dem, der har den daglige kontakt med borgeren.

I Aalborg Kommune har man desuden udviklet en egentlig akutuddannelse til alle social- og sundhedsassistenter, så de er i stand til at håndtere og videreformidle undersøgelser af kritisk syge borgere.

## 6.3 Samarbejde og gode overgange

Arbejdet med at forhindre forebyggelige indlæggelser forudsætter ikke alene, at den kommunale hjemmepleje deltager aktivt i forebyggelsesindsatsen, men også at der er en god kommunikation og et godt samarbejde mellem den kommunale ældrepleje og en række eksterne aktører. Inddragelse af pårørende og civilsamfundet kan i denne sammenhæng være særdeles relevant. I det følgende er der dog fokuseret på samarbejdet med de private leverandører af hjemmepleje, sygehuset, samt de praktiserende læger og vagtlæger.

### **Tiltag: Samarbejde med de private leverandører af hjemmepleje**

På hjemmeplejeområdet har borgerne ret til frit valg mellem flere forskellige leverandører. Det betyder, at det ikke nødvendigvis er kommunens egne ansatte, der skal stå for opsporingen og forebyggelsesindsatsen i hjemmeplejen. Kommunerne bør derfor aktivt og kontinuerligt inddrage de private leverandører i det opsporende og forebyggende arbejde.

Det bør således være et krav, at medarbejderne hos de private leverandører har de samme sundhedsfaglige kompetencer som hos den kommunale leverandør og aktivt deltager i de opsporende og forebyggende indsatser i kommunen, således at også de private leverandører har fokus på dokumentation og kommunikation af en forværring i den ældres tilstand. I Vordingborg Kommune har man sat fokus på samarbejdet med de private leverandører, jf. boks 5.



## Boks 5

### Inddragelse af private leverandører af hjemmepleje i det forebyggende arbejde i Vordingborg Kommune

I Vordingborg Kommune arbejdes der aktivt for at inddrage de private leverandører af hjemmepleje i forebyggelses- og opsporingsindsatsen. Med udgangspunkt i godkendelsesmodellen, kræves det, at de private leverandører kan levere de samme sundhedsfaglige ydelser som den kommunale hjemmepleje. Vordingborg Kommune har fokus på følgende områder i forhold til de private leverandører:

- Krav til dokumentationsindsatsen: Vordingborg Kommune har i deres tilsynsvirksomhed med de private leverandører gjort meget ud af at stille krav til dokumentationsindsatsen, da det er afgørende, at hjemmesygeplejen modtager de nødvendige oplysninger.
- Kompetenceudvikling af hele hjemmeplejen: Vordingborg Kommune laver særskilte sundhedsfaglige temadage for de private leverandører. Formålet er at sikre, at plejepersonalet har det samme vidensniveau som det kommunale plejepersonale.
- Ekstra tilsyn: Vordingborg Kommune har i den private pleje såvel som i den kommunale haft ekstra tilsyn, når man har vurderet, at en leverandør endnu ikke har været sikker nok i håndteringen af en konkret plejemæssig problemstilling.

### Tiltag: Samarbejde med praktiserende læger og vagtlæger

De praktiserende læger har ofte den afgørende stemme i forhold til, om en borger skal indlægges eller henvises til et kommunalt tilbud. Borgere, der har behov for en indlæggelse, skal naturligvis indlægges, men det er samtidigt vigtigt, at de praktiserende læger har tillid til, at de kommunale tilbud i mange tilfælde kan udgøre et godt alternativ til en indlæggelse med en forebyggelig diagnose. Det kræver, at der er et godt samarbejde mellem kommunen og de praktiserende læger. Her kan de praktiserende læger med fordel inddrages i det sundhedsfaglige arbejde omkring etablering og udvikling af kommunale tilbud. Det vil dels øge lægernes kendskab til tilbuddene og dels styrke deres tillid til, at tilbuddene udgør et reelt alternativ til en indlæggelse. I Høje-Taastrup Kommune har man arbejdet målrettet med at inddrage de praktiserende læger og udbrede kendskabet til de kommunale tilbud, jf. boks 6.

## Boks 6

### Høje-Taastrup Kommunes samarbejde med de praktiserende læger omkring kommunens akutteam

I 2014 etablerede Høje-Taastrup Kommune et akutteam af sygeplejersker uddannet i akutte indsatser. Akutteamets funktion er at forestå den akutte behandling i hjemmet ved pludseligt opståede helbredsændringer.

- Udviklingen af det kommunale akutte tilbud i samarbejde med de praktiserende læger: Organiseringen af akutteamet blev udviklet i samarbejde med kommunens praksiskonsulent og med involvering af KLU (Kommunalt-Lægelige Udvalg). Involveringen var motiveret dels af ønsket om et højt fagligt niveau i akutteamets arbejde, men også af kommunens erkendelse af, at teamets succes var betinget af de praktiserede lægers tillid til teamets faglighed.
- Involvering af de praktiserende læger efter opstart: Høje-Taastrup Kommune benytter sig udover kontakten til KLU af et nyhedsbrev, der sendes jævnligt med post til de praktiserende læger. Nyhedsbrevet er handlingsorienteret og beskriver kort og præcist, hvornår og hvordan de kommunale tilbud kontaktes. Nyhedsbrevet sendes ud i flere eksemplarer, så man sikrer sig, at alle de praktiserende læger i lægehuset inklusiv turnuslæger har adgang til eget eksemplar. Dette tiltag vurderes at have været med til at udbrede kendskabet og adgangen til akutteamet blandt lægerne.

Det er også vigtigt at strukturere kommunens kontakt til de praktiserende læger omkring specifikke borgere, så de praktiserende læger får de nødvendige oplysninger, der sætter dem i stand til at lave en korrekt lægefaglig vurdering af borgeren. Dermed sikres den mest hensigtsmæssige behandling, og unødige indlæggelser kan undgås. I Skive Kommune kvalificeres kontakten med de

praktiserende læger gennem TOBS, hvor medarbejderne fra kommunen forestår måling af blandt andet puls, respirationsfrekvens, temperatur mm., så den praktiserende læge opnår relevant viden om borgeren, og derfor bedre kan foretage en lægefaglig vurdering.

Samtidig er det vigtigt at have særligt fokus på samarbejdet med vagtlægerne. På den ene side er det ofte vagtlægerne, der må håndtere akut opståede forværringer i den ældres tilstand, og på den anden side er det formentligt vagtlægerne, der har mindst kendskab til den enkelte borger og de eksisterende kommunale tilbud.

I Skive Kommune understøttes dette samarbejde gennem et sundhedshus, hvor blandt andet regionale og kommunale akutfunktioner og vagtlægerne er placeret samme sted, jf. boks 7.

#### Boks 7

##### **Skive Kommunes Sundhedshus**

I Skive Kommune er der etableret et sundhedshus, hvor både sygehuset, relevante afdelinger i Skive Kommune og vagtlæger er placeret i samme bygning. Det betyder, at kommunens akutsygeplejersker og sygeplejeklinik er placeret sammen med vagtlægen og regionens akutklinik.

Tanken er, at man på denne måde sikrer koordination og øger sandsynligheden for, at borgeren får den mest hensigtsmæssige pleje og behandling, uafhængigt af hvor borgeren har sin første kontakt. I Skive Kommune oplever man, at den fysiske placering af vagtlæge, akutklinik og kommunens akutsygeplejersker samme sted betyder, at man bruger hinanden fagligt og ofte vinder mulighederne for aktuelle patienters behandling i kommunalt regi.

Selvom det ikke vil være muligt i alle kommuner at lave samme organisering som i Skive Kommunes Sundhedshus, så indikerer casen relevansen af, at der også er en tæt dialog mellem kommunen og vagtlægerne.

#### **Tiltag: Gode sektorovergange fra sygehus til kommune**

I 2016 var hver fjerde forebyggelige indlæggelse en genindlæggelse. Det illustrerer, at det er afgørende at sikre gode overgange fra sygehus til kommune med henblik på at undgå disse genindlæggelser

Kommunen kan i den forbindelse med fordel udarbejde retningslinjer for det opfølgende besøg efter indlæggelse. Kommunen bør forholde sig til, hvor hurtigt efter indlæggelse, besøget skal gennemføres; hvem, der skal modtage et besøg (er det alle borgere i kontakt med hjemmeplejen eller udvalgte grupper); hvad der skal indsamles oplysninger omkring under besøget (eksempelvis aktuell medicinering, helbredstilstand, plejebenhov i forhold til hjemmesygepleje m.m.); og hvem der skal forestå besøget. I boks 8 beskrives praksis vedrørende opfølgning i hjemmet efter udskrivning i Vordingborg Kommune.

## Boks 8

### ”Tage-imod-besøg” i Vordingborg Kommune

Formålet med ”tage-imod-besøg” er at sikre, at syge borgere ikke oplever et ophold i sygeplejen, der kan medføre en forværring af helbredstilstanden.

Proceduren for ”tage-imod-besøget” er struktureret på følgende vis:

- Senest tre timer efter udskrivning fra sygehuset, akutplads eller aflastningsplads i kommunen får borgeren et besøg af en sygeplejerske. Hvis udskrivningen er sket meget sent på aftenen, kan besøget erstattes af telefonisk kontakt med borgeren eller pårørende samme aften, men så skal der foretages et fysisk besøg dagen efter.
- Det er altid en sygeplejerske, der foretager besøget eller forestår kontakten. Der er en fast procedure i forhold til, hvad sygeplejersken skal igennem på et ”tage-imod-besøg”. Proceduren forholder sig blandt andet til medicinering, kontakt til læge, hjemmepleje og hjælpemidler.

For nogle borgere med komplekse sygdomsforløb kan en opsøgende indsats ved indlæggelse være nødvendig for at undgå efterfølgende genindlæggelser med forebyggelige diagnoser og reducere borgerens plejebehov på længere sigt<sup>6</sup>. I Aalborg Kommune har man udarbejdet en praksis ved indlæggelse af særligt komplekse borgere, jf. boks 9.

## Boks 9

### Opfølgning ved indlæggelse af borgere med komplekse sygdomsforløb i Aalborg Kommune

I Aalborg Kommune er der skærpet opmærksomhed på borgere med komplekse sygdomsforløb. Proceduren er udviklet på baggrund af audits (gennemgang af udvalgte borgerforløb med deltagelse af medarbejderne, se boks 15), der viste, at de bedste forløb for denne type af borgere fandt sted, når hjemmesygeplejersken deltog i udskrivningskonferencen og aldrig ”slap borgeren af syne” på trods af indlæggelse i det regionale sygehusvæsen.

I hjemmesygeplejen er man særlig opmærksom på borgere med en kompleks sygdomshistorik. Når sygeplejen får kendskab til, at en multisyg borger er blevet indlagt, igangsættes umiddelbart derefter en procedure i forhold til at sikre en god hjemtagning af borgeren efter endt indlæggelse og mindske risikoen for genindlæggelser:

- Udskrivningsenheden på sygehuset kontaktes med henblik på at sikre hjemmesygeplejens deltagelse i en udskrivningskonference med det regionale sundhedspersonale, pårørende og borgeren.
- Sygeplejen kontakter afdelingen, hvor borgeren er indlagt, i forhold til 1) at få et indblik i borgerens tilstand og 2) at tilbyde hjælp i forhold til sikring af kontinuerlig pleje og behandling af borgeren ved skift mellem sektorer.
- Det er erfaringen i Aalborg Kommune, at etablering af en læringssituation på sygehuset, hvor hjemmesygeplejen får råd og vejledning i forhold til pleje af specifikke patienter, kan være særdeles gavnligt i forhold til at sikre et stabilt plejeniveau for borgeren.

Endelig bør kommunen hele tiden vurdere, om kontakten mellem sygehus og kommune kan forbedres i forhold til at sikre borgeren den rigtige pleje. I Vordingborg Kommune har man sat fokus på at udbygge kontakten med ambulatorierne, da en stor del af de mest komplekse borgeres behandling på sygehusene foregår ambulant. Tidligere modtog kommunen ikke korrespondancemeddelelser fra ambulatorierne. Det gør man nu, og for særligt sårbare borgere kontakter ambulatorierne visitatoren, så sygeplejen kommer indover ved udskrivning.

<sup>6</sup> Begrebet borgere med komplekse sygdomsforløb dækker over multisyge borgere, der ofte har behandlingsforløb både i det somatiske og psykiatriske sundhedsvæsen.

## 6.4 Indsatser og redskaber

Det er vigtigt for forebyggelsen af indlæggelser at sikre systematiske arbejdsgange og konsistent tilgang til opsporingsindsatsen. Systematik i opgaveløsningen forudsætter blandt andet konsistent brug af redskaber til opsporing af symptomer på et skrantende helbred og etablerede indsatser i forhold til risikogrupper.

### Tiltag: Systematisk indsats overfor risikogrupper

Kommunen bør forholde sig til, om der er grupper af særligt sårbare borgere, for hvem det er relevant at udarbejde målrettede indsatser i forhold til forebyggelse af en helbredsforværring med deraf følgende indlæggelse. Når disse grupper af borgere er identificerede, bør man udvikle en procedure for indsatsen, hvor man forholder sig til, hvad indsatsen skal indeholde, hvem der skal modtage den, og hvordan disse borgere identificeres, samt hvor tit indsatsen skal gennemføres. I boks 10 og 11 beskrives to cases, hvor man i ældreplejen har sat ind med en målrettet forebyggende indsats overfor særligt sårbare grupper af borgere.

#### Boks 10

##### Ugentlige besøg i Skive Kommune hos borgere med stor risiko for at blive indlagt med KOL

I Skive Kommune har man udarbejdet, struktureret og beskrevet proceduren i forhold til forebyggelse af indlæggelser hos sårbare borgere med en KOL-diagnose. Når der er identificeret en borger med risiko for at blive indlagt med KOL, skal sygeplejersken besøge borgeren ugentligt. På baggrund af en arbejdsbeskrivelse udviklet til det specifikke formål, foretages relevante observationer af eksempelvis væskeindtag og ændrede søvnvaner samt målinger af vitale værdier. Samtidig er der udarbejdet en behandlingsplan i samarbejde med egen læge og/eller regionalt sundhedspersonale, som systematiserer behandlingen i forebyggende behandlingsforløb.

I Skive Kommune er der desuden ansat en sygeplejerske til at støtte op om hjemmesygeplejens indsats for at sikre den rette behandling af borgere med KOL. Det er oplevelsen i Skive Kommune, at den systematiske indsats med ugentlige besøg og observationer også har skabt læring for borgeren, der oftere selv bliver opmærksom på symptomer, og selv indleder kontakten med egen læge.

#### Boks 11

##### Faldforebyggelse i Lemvig Kommune

I Lemvig Kommune er forebyggelse af fald ét af fokusområderne i forhold til de forebyggelige indlæggelser. Som et led i arbejdet med at forebygge gentagne fald og indlæggelser, er der udarbejdet en procedure for, hvordan sygeplejen skal følge op i forhold til borgere, der har oplevet fald.

Når en borger er faldet (enten ved første fald eller ved fald, der skønnes at kunne være afgørende for borgerens generelle livssituation), gennemfører sygeplejen en udredning, der har til formål at fastslå årsagen til faldet. På den baggrund udarbejdes en handleplan med forebyggende foranstaltninger i forhold til at undgå fremtidige fald. I udredningen fokuserer sygeplejersken på relevante parametre som borgerens generelle helbred, ernæringstilstand, syn m.m.

Da de forebyggelige diagnoser ofte findes hos borgere med et allerede skrantende helbred, kan det være hensigtsmæssigt at tænke forebyggelse af forebyggelige diagnoser ind i allerede eksisterende indsatser, der retter sig mod borgere med eksempelvis kroniske lidelser eller uddannelse af personale i berøring med disse borgere.

I boks 12 beskrives et udpluk af indsatser, der kan tænkes ind i den forebyggende indsats i forhold til indlæggelser med forebyggelige diagnoser:

## Boks 12

### Andre forebyggende indsatser

**Lærings- og mestringskursus:** Her mødes borgeren med andre med samme diagnose (ofte målrettet kroniske diagnoser som KOL og diabetes). Der deles erfaringer i forhold til at leve med sygdommen. Borgeren lærer redskaber til håndtering af bivirkninger som træthed, smerter, stress med flere.

**Fælles skolebænk:** Kurser centreret omkring en kronisk lidelse, hvor både plejepersonale fra kommune og sygehus deltager i undervisningen. Kurserne fokuserer på undervisning i behandling og pleje målrettet personale i berøring med denne type af borgere. Erfarne patienter bidrager nogle steder med deres erfaringer som modtager af pleje og behandling.

**Nøglepersoner:** Kommunerne arbejder med nøglepersoner indenfor diagnosegrupper som KOL, fald og sår. Disse personer bliver ofte sat i spil enten direkte i forhold til vurdering af en specifik borger eller indirekte i forhold til støtte og kompetenceudvikling af det øvrige personale.

**Telemedicin:** Eksempelvis for sårbehandling er der etableret telemedicinske løsninger, hvor hjemmesygeplejersken kan tage et billede af såret og derefter sende billedet til specialister på et sygehus eller en relevant nøgleperson i kommunen, som så kan vurdere såret og henvise til behandling. En sådan løsning kan være med til at forebygge forværring af helbredstilstanden med efterfølgende indlæggelse.

**Rehabilitering:** Flere kommuner nævner, at rehabilitering efter § 83a i Serviceloven også kan virke forebyggende i forhold til forebyggelige indlæggelser. Eksempelvis kan rehabilitering i forhold til KOL-patienter være med til at forhindre indlæggelser med forebyggelige diagnoser.

### Tiltag: Systematisk implementering af redskaber

Sundhedsstyrelsen anbefaler systematisk brug af redskaber til tidlig opsporing af sygdomstegn, og der er således allerede en række redskaber, som kan og bør anvendes i arbejdet med at forhindre forebyggelige indlæggelser. Nedenfor i boks 13 beskrives eksempler på sådanne værktøjer.

## Boks 13

### Redskaber benyttet til opsporing og undersøgelse

#### *Ændringskemaet*

Formålet med ændringskemaet er at observere, dokumentere og videregive selv små ændringer i forhold til borgerens habitustilstand. Ændringer kan være tegn på begyndende sygdom. Ændringskemaet indeholder områderne: *Fysiske klager, Hjemmet, Hverdagsaktiviteter, Psykisk og socialt, Spise og drikke samt Medicinindtagelse.*

#### *TOBS*

Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom (TOBS) benyttes til sundhedsfaglig kvalificering af hverdagsobservationer. TOBS er udviklet til primærsektoren, og formålet er på et tidligt tidspunkt at opdage forværringer i borgerens helbred og kvalificere disse observationer. Ved TOBS måles puls, bevidsthed, temperatur, respiration og systolisk blodtryk.

#### *ABCDE*

ABCDE er en systematisk tilgang, som kan anvendes til vurdering af situationens alvor. Metoden fokuserer på *A=Airway* (luftveje), *B=Breathing* (vejtrækning), *C=Circulation* (kredsløb), *D=Disability* (neurologisk status) og *E=Exposure/Environment* (eksponering og omgivelser). Metoden er ikke kun en undersøgelse, men omfatter også simple, men livreddende behandlingstiltag.

#### *Triagering*

Triagering er en metode til at foretage en tydelig prioritering og igangsætte rettidige indsatser vedrørende pleje og behandling. Triagering skal sikre, at patienterne bliver vurderet (og behandlet) i rækkefølge efter alvorligheden af den enkelte patients sygdomsbillede vurderet ud fra fastlagte faglige kriterier.

Kilde: "Tidlig opsporing af forringet helbredstilstand og nedsat funktionsevne hos ældre mennesker", Sundhedsstyrelsen (2017) og "ABCDE – en systematisk tilgang til patienter med kritisk sygdom", Ugeskrift for læger (november 2010).

Mange kommuner har taget ét eller flere af disse værktøjer i brug i forhold til opsporing og forebyggelse. Nærværende afdækning af praksis har dog vist, at det kan være en udfordring at sikre korrekt brug af nye redskaber og prioritering af eksempelvis triageringsmøder. Det understreger behovet for, at redskaberne implementeres "i bund". I en sektor med meget udskiftning blandt medarbejderne og i den decentrale ledelse, er det vigtigt, at man gentager implementeringsforløb for at holde fokus på de forebyggende indsatser blandt erfarne medarbejdere og introducere redskaberne for nye ansatte.

I boks 14 beskrives det, hvordan Aalborg Kommune har arbejdet med implementering af triageringsmøder.

#### Boks 14

##### Implementering af triageringsmøder lokalt i hjemmeplejen i Aalborg Kommune

I Aalborg Kommune er man bevidst om, at det tager tid og ressourcer, før et initiativ er fuldt implementeret. Nedenfor gennemgås processen for implementering af triageringsmøder i ældreplejen i Aalborg Kommune. Hvert punkt repræsenterer et trin i processen i implementering af triageringsmøder:

- Der blev etableret en styregruppe med det overordnede ansvar for implementeringen af triageringsværktøjet.
- Der blev dannet lokale "implementeringsteams" bestående af repræsentanter for den lokale ledelse og medarbejdere. Teamet var med hjælp fra en udviklingssygeplejerske ansvarlige for implementeringen af værktøjet i deres område.
- Hvert implementeringsteam skulle lave en implementeringsplan på typisk 12 uger med ugentlig evaluering under hele forløbet.
- Tre måneder efter indførelsen af triageringsværktøjet faciliterede udviklingssygeplejerskerne en audit af brugen af værktøjet (se boks 15). Denne audit havde til formål at sikre læring hos medarbejderne med udgangspunkt i deres eget arbejde med værktøjet og konkrete cases. Det var ledelse og medarbejdere, der i fællesskab vurderede, om triageringsværktøjet blev brugt efter hensigten. På baggrund heraf udarbejdede de en handleplan til ændring af praksis med udgangspunkt i det, de ikke synes, de lykkedes med. Handleplanen vedrørte hjemmeplejen og samarbejdet med sygeplejen.

##### Tiltag: Læring og forbedring gennem audits

Audit er et velegnet værktøj til at generere viden ud fra specifikke borgerforløb. Ved audit inddrages medarbejderne i vurderingen af handlingsmønstre, hvilket kan danne baggrund for læring, som ultimativt kan forbedre indsatsen i forhold til de forebyggelige indlæggelser. I boks 15 beskrives Aalborg Kommunes brug af audit.

**Brug af audit i syge- og hjemmeplejen i Aalborg Kommune**

Siden 2014 har Aalborg Kommune benyttet kvalitative audits som det afgørende redskab i forhold til at etablere og evaluere praksis i organisationen. Formålet med audit er at observere, forstå og endeligt korrigere praksis i sygeplejen og hjemmeplejen. Audit benyttes fx til evaluering af redskaber, der er implementeret i sygeplejen og hjemmeplejen ved gennemgang af udvalgte borgerforløb, og ændring af praksis gennem udvikling af handleplaner med udgangspunkt i auditresultaterne.

Audits gennemføres altid med deltagelse af relevante medarbejdere i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen. Men der gennemføres også audits til sikring af bedre tværsektorielle borgerforløb med deltagelse af eksterne aktører som vagtlæge og/eller praktiserende læge, ligesom der også har været gennemført audits i samarbejde med Aalborg Universitetshospital.

Med disse audits, er der skabt en kultur, hvor medarbejderne tænker i alternativer til indlæggelse. Medarbejdere etablerer nu selv audits, når de ser noget, de finder uhensigtsmæssigt. Dermed initierer medarbejderne selv et forbedringsarbejde i forhold til praksis. Aalborg Kommune fortæller, at auditeringsprocessen har skabt et nyt fælles sprog og mening i det forebyggende arbejde. Forståelsen mellem praktiserende læger, vagtlæger og det kommunale plejepersonale og for deres respektive opgaver er ligeledes øget, hvilket har resulteret i bedre kommunikation mellem parterne.

## 6.5 Styring og opfølgning

Som de foregående afsnit har vist, er der en række håndtag, kommunerne kan skrue på for at reducere omfanget af forebyggelige indlæggelser. Det er imidlertid vigtigt, at der også er et styringsmæssigt perspektiv i arbejdet med at forhindre forebyggelige indlæggelser.

Det er i høj grad et ledelsesmæssigt ansvar at sikre dette styringsperspektiv. I forlængelse heraf er det vigtigt, at også det politiske niveau inddrages, så der igennem hele styringskæden fra det politiske niveau, over det forvaltningsmæssige niveau til det udførende niveau sikres et koordineret og samstemt fokus på at forhindre forebyggelige indlæggelser.

Nærværende afdækning af praksis har i den forbindelse indikeret, at der er et uudnyttet potentiale for et mere styringsorienteret fokus på forebyggelige indlæggelser, hvor data eksempelvis kan være med til at skabe større gennemsigtighed og identificere forbedringspotentialer. En tydeliggørelse, der kan målrette den sygeplejefaglige indsats mod udsatte grupper af borgere.

**Tiltag: Synliggørelse af potentialer og fastsættelse af måltal**

I den enkelte kommune bør både politikere og ledere forholde sig aktivt til niveauet af forebyggelige indlæggelser. Nærværende benchmarkinganalyse giver kommunen et grundlag til at vurdere egen indsats i forhold til andre kommuner. Samtidig kan analysen danne grundlag for formulering af målsætninger i forhold til forebyggelige indlæggelser. I boks 16 beskrives fokuspunkter i forhold til identifikation af forbedringspotentialer og fastsættelse af måltal med udgangspunkt i denne benchmarkinganalyse.

## Boks 16

### Relevante spørgsmål til drøftelse og etablering af måltal

På baggrund af benchmarkinganalysen er der en række spørgsmål, som kommunen bør stille sig selv. Svarene på disse spørgsmål vil samtidig være med til at afdække, hvor der er potentialer for forbedringer:

- Hvordan placerer kommunen sig i benchmarkinganalysen?
- Hvordan placerer kommunen sig i forhold til kommuner med lignende rammevilkår? Ens rammevilkår svarer til et sammenligneligt forventet niveau af forebyggelige indlæggelser (se bilag 2).
- For hvilke diagnoser er antallet af forebyggelige indlæggelser væsentligt højere end for kommuner med samme rammevilkår?

På den baggrund kan kommunen identificere, hvor der er særlige potentialer for at forbedre indsatsen, hvilket kan danne grundlag for formulering af konkrete målsætninger:

- Fastsæt en målsætning for det samlede antal af forebyggelige indlæggelser og dermed også udviklingen i antal forebyggelige indlæggelser. Sæt et tidsperspektiv på målsætningen.
- Fastsæt desuden målsætninger for udviklingen i antal forebyggelige indlæggelser inden for de forskellige forebyggelige diagnoser.

Som baggrundstæppe for arbejdet med målsætningerne kan det være fordelagtigt at synliggøre de økonomiske konsekvenser og potentialer, der er forbundet med forebyggelige indlæggelser. Udgifterne til at styrke arbejdet med at forebygge indlæggelserne kan således være en god investering i forhold til at de økonomiske konsekvenser, der kan være forbundet med forebyggelige indlæggelser. Dels er der udgifter til kommunal medfinansiering som følge af indlæggelserne, og dels vil flere ældre ofte have et større plejebehov efter en indlæggelse.

I Aalborg Kommune er synliggørelse af de økonomiske besparelser ved indførelse af forebyggende indsatser en fast del af beslutningsgrundlaget ved investering i indsatser, jf. boks 17.

## Boks 17

### Synliggørelse af det økonomiske potentiale ved implementering af TOBS i hjemmeplejen i Aalborg Kommune.

Udover den direkte besparelse ved brug af TOBS i hjemmeplejen, som blev opgjort til en reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser i omegnen af 10 procent (tal baseret på erfaringer fra plejecentrene), blev der sat fokus på de indirekte gevinster ved forebyggelse af indlæggelser. Her analyserede man den typiske udvikling i plejebehov op til og efter en indlæggelse. Kommunen erfarede ved analyse af historiske indlæggelsesforløb, at der op til og i særlig grad efter en indlæggelse er et øget plejebehov. En forøgelse der kan undgås, hvis det lykkes at opspore helbredsforværringen i tide gennem fokus på opsporingsindsatsen i hjemmeplejen.

Ved implementering af TOBS i hjemmeplejen har synliggørelse af den indirekte effekt af forebyggelse af indlæggelser i form af et reduceret plejebehov været med til at sikre, at man i hjemmeplejen finder det fornuftigt udover plejeopgaven at påtage sig den sundhedsfaglige opsporingsopgave.

### Tiltag: Samlet strategi for nedbringelse af antal forebyggelige indlæggelser

For at kunne arbejde fokuseret med at opnå de fastsatte målsætninger bør der være fokus på at igangsætte egentlige initiativer, som har til formål at reducere omfanget af forebyggelige indlæggelser.



Det er i den forbindelse oplagt at forholde sig til, i hvilket omfang kommunen på nuværende tidspunkt arbejder med de tiltag, der er præsenteret tidligere i dette kapitel. Vurderingen heraf kan eksempelvis tage udgangspunkt i spørgsmålene i boks 18.

#### Boks 18

##### Identifikation af relevante indsatser

Med udgangspunkt i resultaterne af den indledende analyse, bør man overveje, hvilke tiltag, der er mest hensigtsmæssige i forhold til at opnå målsætningen om reduktion af antallet af forebyggelige indlæggelser. Relevante spørgsmål i denne sammenhæng kan være:

- Hvor i det opsporende arbejde er det, at vi ikke fanger helbredsforværringen?
- Er der specifikke tilstande, som vores hjemmepleje ikke er opmærksomme på, eller hvor der ikke er en tilfredsstillende videregivelse af oplysninger om en helbredsforværring til sygeplejen?
- Hvis der både er et værktøj til og mulighed for videregivelse af observationer omkring borgernes helbred med relevans for denne diagnose, benyttes de så korrekt, eller bør vi gennemføre et implementeringsforløb?
- Hvordan ser det ud med opsporings- og forebyggelsesindsatsen hos de(n) private leverandør(er) af hjemmepleje? Har de ansatte hos de(n) private leverandør(er) de rette kompetencer i forhold til løsningen af de opsporende og forebyggende opgaver?
- Har vi i tilstrækkelig grad etableret systematiske arbejdsgange for den opfølgende indsats ved indlæggelser?
- Kan vi sætte ind med forebyggende indsatser, der retter sig specifikt mod grupper af borgere, der er i risiko for at blive indlagt med de diagnoser, hvor vi har et højt antal af forebyggelige indlæggelser?
- Fungerer det kommunale akuttilbud, som det bør? Hvis ikke, er det så et kompetence- eller kapacitetsspørgsmål, eller er der problemer i forhold til samarbejdet med hjemmeplejen/sygeplejen eller eksterne aktører?
- Er der forhold i samarbejdet med de praktiserende læger/vagtlægerne/sygehuset, der bør styrkes i forhold til at undgå forebyggelige indlæggelser?

Arbejdet med at vurdere den nuværende situation, fastsætte målsætninger, identificere relevante indsatser og etablere en opfølgning på udviklingen kan med fordel forankres i en samlet strategi for reduktion af forebyggelige indlæggelser. Strategien bør vedtages politisk og sætte retningen for arbejdet med forebyggelige indlæggelser på alle niveauer i organisationen.

##### Tiltag: Systematisk databaseret opfølgning

Afdækningen af praksis har vist, at der er begrænset brug af løbende ledelsesinformation i arbejdet med forebyggelige indlæggelser. Hvad enten det sker som del af ovennævnte strategi eller ej, bør der være fokus på at etablere relevant ledelsesinformation om forebyggelige indlæggelser.

Etablering af denne ledelsesinformation vil i sig selv øge fokus på de forebyggelige indlæggelser, og er samtidig en forudsætning for at følge op på, hvorvidt målsætningerne på området realiseres.

I tabel 3 beskrives eksempler på relevant opfølgning på aktivitetsbaserede måltal. Inddelingerne kan give anledning til opfølgende analyse og eventuel ændring i praksis. Opfølgning på måltal og ledelsesinformation bør jævnligt forelægges det politiske niveau og være en del af dialogen mellem politikere og ledelse. Men det bør også være en del af dialogen mellem den centrale ledelse og område- og fagledere. Det handler i høj grad om at sikre, at der er anledninger, hvor ledelsesinformationen kan drøftes, hvad enten det er særskilte møder, drøftelser i allerede eksisterende mødefora eller andet.

**Tabel 3**

**Relevante nøgletal om forebyggelige indlæggelser**

<b>Nøgletal</b>	<b>Formål</b>
Udviklingen i antallet af forebyggelige indlæggelser i kommunen	Monitorering af det overordnede niveau af indlæggelser. Ændring over tid bør give anledning til analyser af årsagerne til ændringen.
Udviklingen i diagnoseopdelte opgørelser af forebyggelige indlæggelser	En opdeling af opgørelsen af forebyggelige indlæggelser på diagnoser kan præcisere skridt i forhold til at afdække, hvad den bagvedliggende årsag til indlæggelserne er og kvalificere forebyggende tiltag.
Udviklingen i antallet af forebyggelige indlæggelser fordelt på afdelinger/enheder/områder i organisationens udførende led	Områdeopdelte opgørelser gør det nemmere at præcisere, hvor i organisationen, der er et problem, hvilket især kan være et nyttigt værktøj i større kommuner. Det kan også bruges til vurdering af, hvor i organisationen, der skal sættes ind med et opsøgende arbejde i forhold til eksempelvis de praktiserende læger.
Opdeling af de forebyggelige indlæggelser på, hvorvidt det er sket for borgere med kontakt til private eller kommunale leverandører af pleje	Ofte kan fokus være begrænset til de kommunale leverandører. Ved monitorering af indlæggelser i forhold til private leverandører, kan man få et klarere billede af, hvor indlæggelsesmønstret er problematisk og præcisere tiltag til at forbedre det.
Opdeling af de forebyggelige indlæggelser på indlæggelses-/henvisningstidspunkt	Opdeling af de forebyggelige indlæggelser i forhold til indlæggelses-/henvisningstidspunkt kan give et billede af, hvornår der indlægges: Er der eksempelvis uforholdsmæssig mange indlæggelser om natten eller i weekenden, kan det evt. skyldes en mangelfuld kontakt til vagtlægen eller måske en utilstrækkelig bemanning eller manglende kompetencer i aften- og/eller nattimerne.
Opdeling af de forebyggelige indlæggelser på, om det er genindlæggelser eller ej	Ved at fokusere på, om der er tale om genindlæggelser eller ej, kan kommunen få et mere præcist billede af, om indlæggelserne sker efter foregående indlæggelser eller ej. Hvis en stor del af indlæggelserne er genindlæggelser, bør man sætte ind med indsatser i forhold til at styrke den opfølgende indsats efter endt indlæggelse.

## Bilag

I det efterfølgende præsenteres analysens tilhørende bilag, som der løbende er refereret til i analysen. Bilagene med figurer om hvordan den enkelte kommune, region eller sygehus placerer sig er ikke særskilt tilgængeliggjort, da der i stedet refereres til de tilgængeliggjorte bilag med tabeller på kommune-, region- eller sygehusniveau hvori alle de tal, der ligger til grund for de udeladte figurbilag, kan findes.

---

# Bilag 2: Kommunespecifikke nøgletal

Oktober 2018



Økonomi- og  
Indenrigsministeriets  
**BENCHMARKINGENHED**

Publikationen kan hentes på hjemmesiden for  
Økonomi- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed:  
[www.oimb.dk](http://www.oimb.dk)

Henvendelse om publikationen kan ske til kontaktpersonen  
på analysen, som fremgår af hjemmesiden.

## Indhold

1. Forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemodtagere .....	4
2. Forebyggelige indlæggelser opdelt på diagnoser .....	6
3. Forebyggelige genindlæggelser.....	8

*Der er i juni 2022 ændret i de to sidste kolonner i tabel 3, hvor overskrifterne har været byttet rundt. Overskrifterne er nu korrekte.*

# 1. Forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemodtagere

Tabel 1

## Forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 helårsmodtagere af hjemmepleje

Kommune	2012	2013	2014	2015	2016	Forventet 2016*	Benchmarking-indikator
Albertslund	242	217	270	319	202	259	78
Assens	175	220	205	189	177	178	99
Ballerup	163	174	211	230	202	200	101
Billund	284	370	358	235	230	234	98
Bornholms	190	180	193	215	214	248	86
Brøndby	229	-	234	273	282	247	114
Dragør	-	-	-	219	229	189	121
Egedal	170	129	169	151	175	198	88
Esbjerg	251	250	247	242	251	225	112
Fanø	195	156	126	286	262	195	134
Favrskov	-	209	195	192	177	209	85
Frederiksberg	194	181	139	217	218	216	101
Frederikshavn	176	149	158	152	158	155	102
Frederikssund	232	272	336	340	372	233	160
Furesø	141	144	192	212	188	207	91
Faaborg-Midtfyn	173	185	175	142	154	182	84
Gentofte	-	206	197	194	172	184	93
Gladsaxe	200	175	197	199	222	220	101
Glostrup	227	-	190	222	179	232	77
Greve	200	173	204	216	198	173	115
Helsingør	220	242	279	289	253	230	110
Herlev	206	172	238	238	253	215	118
Herning	189	-	182	142	207	190	109
Hjørring	195	-	-	-	194	179	109
Holstebro	-	-	-	234	256	217	118
Horsens	-	250	-	-	237	218	109
Hvidovre	210	-	-	-	252	213	119
Høje-Taastrup	205	166	214	220	180	235	77
Ikast-Brande	-	177	157	188	185	176	105
Ishøj	197	185	184	238	189	233	81
Jammerbugt	-	-	-	182	179	178	101
Kalundborg	161	200	199	201	181	186	97
Kerteminde	146	-	-	-	204	195	105
Kolding	244	268	246	223	236	212	112
Københavns	218	208	194	222	234	211	111
Langeland	-	-	-	-	203	195	104
Lejre	185	164	207	-	215	186	116
Lemvig	-	-	-	-	138	198	70

Kommune	2012	2013	2014	2015	2016	Forventet 2016*	Benchmarking-indikator
Lolland	236	-	216	-	238	201	118
Lyngby-Taarbæk	-	-	-	-	185	183	101
Middelfart	207	212	250	248	293	185	159
Morsø	-	-	162	178	197	149	133
Nordfyns	132	179	177	160	196	172	114
Nyborg	194	193	182	162	156	175	89
Odder	218	219	229	190	235	216	109
Odense	179	185	182	211	199	167	119
Odsherred	172	240	229	215	247	194	128
Randers	137	-	-	-	164	202	81
Rebild	101	106	161	128	129	179	72
Ringkøbing-Skjern	108	121	-	-	179	173	103
Roskilde	-	-	207	205	220	220	100
Rødovre	206	183	-	178	224	213	105
Samsø	-	140	89	-	92	143	65
Silkeborg	235	238	192	198	194	190	102
Skanderborg	-	175	152	192	199	184	108
Skive	-	-	95	101	105	169	62
Slagelse	173	183	203	212	222	191	116
Solrød	184	173	180	-	181	186	97
Svendborg	160	173	149	151	160	181	88
Syddjurs	-	-	-	178	173	222	78
Tønder	138	153	157	130	180	212	85
Vallensbæk	194	225	274	257	219	233	94
Varde	210	198	-	-	231	201	115
Vejen	-	214	222	203	218	219	99
Vejle	198	208	204	202	201	213	94
Vesthimmerlands	141	105	100	-	128	164	78
Viborg	-	-	-	120	125	188	66
Vordingborg	149	-	-	143	159	209	76
Ærø	100	-	-	-	122	185	66
Aabenraa	198	203	184	194	198	212	94
Aalborg	139	145	118	127	120	165	73
<b>Landsgennemsnit</b>	<b>188</b>	<b>194</b>	<b>188</b>	<b>197</b>	<b>198</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

Anm.: \* angiver det antal af forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 helårsmodtagere af hjemmepleje, man kunne forvente givet kommunens rammevilkår.

Kilde: Data fra Landspatientregistret 2012-2016 og data for visiteret hjemmepleje 2011-2016 fra Danmarks Statistik og egne beregninger.



## 2. Forebyggelige indlæggelser opdelt på diagnoser

**Tabel 2**

**Forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 helårsmodtagere af hjemmepleje i 2016 opdelt på diagnosegruppe**

Kommune	Lungebetændelse, akut bronkitis	Knoglebrud	Kronisk nedre luftvejssygdom	Væskemangel	Øvrige diagnoser
Albertslund	65	29	23	29	57
Assens	59	35	35	32	16
Ballerup	60	43	37	18	43
Billund	89	32	61	26	22
Bornholms	61	47	54	21	31
Brøndby	85	48	66	35	48
Dragør	54	27	51	60	36
Egedal	65	32	23	21	34
Esbjerg	79	51	63	29	30
Fanø	-	-	-	-	-
Favrskov	45	53	28	21	31
Frederiksberg	45	41	57	35	40
Frederikshavn	40	45	38	16	19
Frederikssund	105	58	72	58	80
Furesø	44	57	25	21	42
Faaborg-Midtfyn	39	34	22	40	18
Gentofte	47	38	26	23	38
Gladsaxe	79	38	30	29	46
Glostrup	38	32	19	36	55
Greve	51	60	28	28	32
Helsingør	77	47	45	27	57
Herlev	97	26	45	39	45
Herning	55	41	63	13	35
Hjørring	53	48	50	21	22
Holstebro	76	49	80	15	35
Horsens	65	49	56	18	50
Hvidovre	63	35	67	29	58
Høje-Taastrup	47	34	14	23	62
Ikast-Brande	57	58	29	15	26
Ishøj	40	26	57	26	40
Jammerbugt	52	48	28	21	31
Kalundborg	44	36	60	22	19
Kerteminde	61	51	49	32	10
Kolding	89	51	41	17	39
Københavns	64	40	53	34	44
Langeland	50	50	47	40	17
Lejre	78	36	38	36	28
Lemvig	45	36	29	9	20

Kommune	Lungebetændelse, akut bronkitis	Knoglebrud	Kronisk nedre luftvejssygdom	Væskemangel	Øvrige diagnoser
Lolland	53	52	47	40	47
Lyngby-Taarbæk	40	50	26	25	44
Middelfart	102	60	65	32	35
Morsø	45	60	45	32	15
Nordfyns	62	47	35	32	20
Nyborg	45	37	22	33	19
Odder	60	78	46	12	39
Odense	62	46	42	29	19
Odsherred	73	34	57	55	29
Randers	39	43	45	13	24
Rebild	23	36	40	7	23
Ringkøbing-Skjern	48	52	31	22	26
Roskilde	67	38	39	33	44
Rødovre	69	47	43	29	37
Samsø	-	-	-	-	-
Silkeborg	56	45	48	9	35
Skanderborg	49	47	51	10	41
Skive	20	53	8	8	16
Slagelse	50	53	34	56	29
Solrød	48	38	24	38	34
Svendborg	36	45	30	39	9
Syddjurs	42	48	39	10	33
Tønder	48	39	45	35	13
Vallensbæk	34	51	46	55	34
Varde	77	54	34	24	41
Vejen	89	37	59	18	16
Vejle	70	43	30	13	45
Vesthimmerlands	26	41	32	7	22
Viborg	24	50	15	11	25
Vordingborg	39	47	26	27	21
Ærø	-	-	-	-	-
Aabenraa	57	48	37	34	21
Aalborg	22	48	22	13	15
<b>Landsgennemsnit</b>	<b>55</b>	<b>45</b>	<b>41</b>	<b>26</b>	<b>32</b>

Anm.: For Fanø, Samsø og Ærø Kommune er de forebyggelige indlæggelser af diskretionshensyn ikke opdelt på diagnosniveau.  
Kilde: Data fra Landspatientregistret 2016 og data for visiteret hjemmepleje 2015 og 2016 fra Danmarks Statistik og egne beregninger.

### 3. Forebyggelige genindlæggelser

**Tabel 3**

**Forebyggelige genindlæggelser pr. 1.000 helårsmottagere af hjemmepleje**

Kommune	Andel forebyggelige genindlæggelser (Pct.)	Antal pr. 1.000 helårsmottagere, i alt	Antal pr. 1.000 helårsmottagere, ej samme diagnose**	Antal pr. 1.000 helårsmottagere, samme diagnose**
Albertslund	18	36	36	-
Assens	32	56	36	20
Ballerup	24	49	33	15
Billund	24	54	54	-
Bornholms	31	66	41	25
Brøndby	26	74	60	14
Dragør	37	84	72	12
Egedal	32	55	38	17
Esbjerg	31	78	44	33
Fanø	38	101	101	-
Favrskov	21	38	17	21
Frederiksberg	26	58	40	18
Frederikshavn	18	28	19	9
Frederikssund	36	134	91	43
Furesø	22	42	33	9
Faaborg-Midtfyn	24	37	24	13
Gentofte	17	29	18	11
Gladsaxe	30	66	53	13
Glostrup	19	34	34	-
Greve	25	49	35	14
Helsingør	31	79	58	21
Herlev	24	62	49	13
Herning	28	57	33	24
Hjørring	26	50	34	16
Holstebro	33	84	50	34
Horsens	27	64	40	24
Hvidovre	30	75	55	20
Høje-Taastrup	35	63	49	14
Ikast-Brande	18	33	33	-
Ishøj	35	66	52	14
Jammerbugt	23	40	25	16
Kalundborg	26	47	36	11
Kerteminde	24	49	31	19
Kolding	25	58	44	15
Københavns	27	63	47	16
Langeland	23	47	31	17
Lejre	26	56	34	22
Lemvig	17	23	14	9

Kommune	Andel forebyggelige genindlæggelser (Pct.)	Antal pr. 1.000 helårsmodtagere, i alt	Antal pr. 1.000 helårsmodtagere, ej samme diagnose*	Antal pr. 1.000 helårsmodtagere, samme diagnose*
Lolland	28	66	53	13
Lyngby-Taarbæk	23	42	29	13
Middelfart	30	88	50	38
Morsø	22	43	30	13
Nordfyns	25	49	32	17
Nyborg	27	42	33	9
Odder	21	48	32	16
Odense	25	51	35	16
Odsherred	29	71	57	14
Randers	24	39	31	8
Rebild	22	28	18	10
Ringkøbing-Skjern	28	49	30	20
Roskilde	23	51	39	12
Rødovre	28	63	52	11
Samsø	0	0	0	0
Silkeborg	27	53	37	16
Skanderborg	21	42	22	20
Skive	21	22	14	8
Slagelse	27	60	43	17
Solrød	42	75	51	24
Svendborg	19	30	25	5
Syddjurs	22	39	25	14
Tønder	19	34	19	15
Vallensbæk	17	38	38	-
Varde	29	67	46	21
Vejen	28	60	35	25
Vejle	25	50	31	19
Vesthimmerlands	17	21	13	8
Viborg	26	32	23	9
Vordingborg	22	34	25	9
Ærø	20	24	24	-
Aabenraa	28	56	40	15
Aalborg	21	25	20	5
<b>Lands gennemsnit</b>	<b>26</b>	<b>51</b>	<b>35</b>	<b>15</b>

Anm.: \* Samme diagnose referer til, at genindlæggelsen aktionsdiagnosen er fra samme diagnosegruppe som aktionsdiagnosen ved indlæggelsen før. For Albertslund, Billund, Fanø, Glostrup, Ikast-Brande, Vallensbæk og Ærø Kommune gælder det, at antallet af genindlæggelser med samme diagnose ikke er oplyst af diskretionshensyn, og derfor er alle genindlæggelser samlet i "ej samme diagnose".

Kilde: Data fra Landspatientregistret 2016 og data for visiteret hjemmepleje 2015 og 2016 fra Danmarks Statistik og egne beregninger.

# Bilag 3: Metode

Oktober 2018



Økonomi- og  
Indenrigsministeriets  
**BENCHMARKINGENHED**

Publikationen kan hentes på hjemmesiden for  
Økonomi- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed:  
[www.oimb.dk](http://www.oimb.dk)

Henvendelse om publikationen kan ske til kontaktpersonen  
på analysen, som fremgår af hjemmesiden.

## Indhold

1. Data for forebyggelige indlæggelser.....	4
2. Data for visiteret hjemmepleje .....	5
3. Forklarende variable.....	6
3.1 Den ældre medicinske patient.....	6
3.2 Borgere med psykiatrisk kontakt.....	6
4. Model.....	7
5. Afdækning af praksis til inspiration i kommunerne .....	8

# 1. Data for forebyggelige indlæggelser

Forebyggelige diagnoser i overensstemmelse med nationale opgørelser er defineret som<sup>1</sup>:

- Gastroenteritis (tarminfektion) (DA09)
- Ernæringsbetinget anæmi (DD50-53)
- Væskemangel (DE869)
- Lungebetændelse og akut bronkitis (DJ12-15, DJ18, DJ20-22)
- Kronisk nedre luftvejssygdom (DJ40-47)
- Forstoppelse (DK590)
- Tryksår (DL89)
- Blærebetændelse (DN30 – undtagen DN303 og DN304)
- Knoglebrud (DS02, DS12, DS22, DS32, DS42, DS52, DS62, DS72, DS82, DS92)
- Sociale og plejemæssige forhold (DZ59, DZ74-DZ75).

Data for somatiske indlæggelser findes i Landspatientregistret (LPR). På baggrund af de indberettede data for 2012-2016 er antallet af forløb fundet som tidsmæssigt sammenhængende afdelingsudskrivninger på et sygehus med indlæggelsesdato i det givne år (for 2016 skal indlæggelsesforløbet have indlæggelsesdato mellem den 1.januar 2016 og den 31.december 2016).

Forløb, hvor den første indlæggelse er karakteriseret ved at have en aktionsdiagnose, der er én af de ovennævnte diagnoser, og hvor den indlagte person er en hjemmeplejemodtager over 65 år, er medtaget i opgørelsen af forebyggelige indlæggelser blandt ældre hjemmeplejemodtagere.

I LPR hos Danmarks Statistik er der udelukkende data med afsluttede indlæggelser, hvilket vil sige, at indlæggelser, der er påbegyndt i 2016, men som ikke er afsluttet i 2016, ikke indgår i data.

Forebyggelige genindlæggelser er i denne analyse defineret som forebyggelige indlæggelser, der falder tidligst dagen efter og senest 30 dage efter en udskrivning. Hvis der er flere indlæggelser senest 30 dage før den forebyggelige indlæggelse, er det den tidsmæssigt tættest på genindlæggelsen, der tages udgangspunkt i, når aktionsdiagnosen på indlæggelsen og genindlæggelsen sammenlignes i forhold til, om genindlæggelsen har samme diagnose som indlæggelsen.

I 2016 skiftede Herlev og Gentofte Hospital (den 21.maj 2016) og Rigshospitalet (den 5.november 2016) patientadministrativt system til Sundhedsplatformen. Det er forsøgt afdækket, om aktiviteten i de forebyggelige indlæggelser i 2016 har været anderledes i de pågældende måneder for de to hospitaler. Der er en lille, men ikke markant aktivitetsændring. Der er ikke foretaget korrektioner i data på baggrund af denne ændring.

---

<sup>1</sup> Eksempelvis "Indblik i Sundhedsvæsenets resultater 2016", Sundhedsministeriet (2016). Udtrykkene i parentes er SKS-koderne, der benyttes som diagnosekoder i LPR.



## 2. Data for visiteret hjemmepleje

I analysen benyttes individdata for visiteret hjemmepleje til at identificere modtagere af hjemmepleje. Data for leveret hjemmepleje benyttes ikke, da dækningsgraden af data tilgængeligt i Danmarks Statistik er væsentlig mere begrænset end data for visiteret hjemmepleje.<sup>2</sup>

Der arbejdes med indlæggelser i et helt kalenderår. En forebyggelig indlæggelse kan kobles med en hjemmeplejemodtager, hvis personen, der indlægges, er visiteret til hjemmepleje i måneden inden indlæggelsen. For indlæggelser i kalenderåret 2016 arbejdes der derfor med data for visiteret hjemmepleje i december 2015 til november 2016.

En kommune indgår i analysen, hvis der er indberettet data for visiteret hjemmepleje i december 2015 og i 2016. I perioden december 2015 til november 2016 skal der være indberetninger for alle måneder, for at data vurderes komplet nok til at blive benyttet i analysen.

På baggrund af disse krav udelukkes 27 kommuner fra analysen. Kommunerne, der udelukkes fra analysen på grund af manglende data, er: Brønderslev, Struer, Thisted, Mariagerfjord, Norddjurs, Aarhus, Læsø, Hedensted, Fredericia, Haderslev, Sønderborg, Gribskov, Halsnæs, Hillerød, Fredensborg, Hørsholm, Allerød, Rudersdal, Tårnby, Holbæk, Sorø, Ringsted, Køge, Stevns, Faxe, Næstved og Guldborgsund.

Borgere, der har modtaget mindre end 15 minutters praktisk hjælp og ingen personlig hjælp, sorteres fra i analysen, da det antages, at disse muligvis kun får madservice. Ligeledes er borgere kun medtaget, hvis de bor i den kommune, hvorfra der leveres hjemmehjælp til dem.

Data for visiteret hjemmepleje indberettes én gang om måneden via EOJ-systemet. Indberetningen er et øjebliksbillede på et tidspunkt i løbet af måneden, og derfor kan det være et problem i forhold til data, hvis en modtager har været indlagt på dette tidspunkt. For at kompensere for de manglende indberetninger, betragtes måneder, hvor en hjemmeplejemodtager har været indlagt (enten på et somatisk eller et psykiatrisk hospital), og hvor borgeren har været modtager af hjemmepleje både måneden før og efter indlæggelsen, også som måneder med visiteret hjemmepleje.

Da der er tale om visiteret hjemmepleje, og indberetningerne ikke altid er opdaterede på indberetningstidspunktet, sorteres indberetninger fra, hvor borgeren er død inden månedsstart.

I juli 2018 blev data for visiteret hjemmepleje opdateret. Her kunne Lemvig Kommune ikke godkende deres data i forhold til det visiterede minuttal. Data for Lemvig Kommune er dog medtaget i denne analyse, da oplysninger om det visiterede minuttal kun benyttes i en enkelt delanalyse, og ikke har betydning for hovedresultaterne.

---

<sup>2</sup> I 2016 er der kun data for leveret hjemmepleje for godt 80 pct. af de kommuner, der er data for visiteret hjemmehjælp for. Endvidere er der for ca. 40 procent af kommuner, hvor der er data for både visiteret og leveret hjemmepleje, data for leveret hjemmepleje for under 90 pct. af de personer, der er registreret visiteret hjemmepleje for.

## 3. Forklarende variable

### 3.1 Den ældre medicinske patient

Operationaliseringen af hvorvidt en person er ældre medicinsk patient er i overensstemmelse med operationaliseringen benyttet af Sundhedsdatastyrelsen i "Ældre medicinske patienters kontakt med det regionale sundhedsvæsen og den kommunale pleje".<sup>3</sup>

Ældre medicinske patienter i 2016 er defineret som personer, der er fyldt 65 år ved indgangen til 2016, og som i 2015 har haft minimum én indlæggelse på en medicinsk afdeling. Medicinske afdelinger er afdelinger med speciale 1-20 eksklusiv 15. Indlæggelser, hvor aktionsdiagnosen er kræft (diagnosekoderne DC\*) eller hvor sygehusindlæggelsen har fundet sted på onkologisk afdeling, sorteres fra.

I operationaliseringen af den ældre medicinske patient, sorteres indlæggelser med aktionsdiagnose tilhørende de forebyggelige diagnoser fra. Tilsvarende er diagnosegruppen DZ\* "Klassifikation af sygdomme og helbredstilstande" også sorteret fra i analysen ved identifikation af ældre medicinske patienter, da flertallet af observationerne er undersøgelsesdiagnoser, hvor det ikke kan udelukkes, at der er tale om en forebyggelig tilstand.

### 3.2 Borgere med psykiatrisk kontakt

Hvorvidt en hjemmeplejemodtager har haft psykiatrisk kontakt eller ej er opgjort på data fra Landspatientregistret. Hvis en modtager af hjemmepleje har haft ambulant eller stationær kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen i løbet af 2015, indgår personen i andelen af hjemmeplejemodtagere med psykiatrisk kontakt.

---

<sup>3</sup> "Ældre medicinske patienters kontakt med det regionale sundhedsvæsen og den kommunale pleje", Sundhedsdatastyrelsen (2016)

## 4. Model

Der er i denne analyse derfor benyttet OLS-regression på kommuneniveau.

Tabel 1

### Regressionsanalyse af forebyggelige indlæggelser

Afhængig variabel	
Antallet af forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 helårsmodtagere af hjemmepleje	
Forklarende variable	
Andelen af ældre medicinske patienter blandt hjemmeplejemodtagere	511,27 (111,54)
Andelen af hjemmeplejemodtagere med kontakt til det psykiatriske sygehusvæsen	727,43 (250,09)
Konstant	66,74 (26,35)
Observationer	71
R <sup>2</sup>	0,28

Kilde: Egne beregninger

#### Anmærkninger til modelspecifikationer:

- Tabel 1 viser parameterestimer og standardfejlene i parentes på baggrund af data fra 2016.
- De forklarende variabel, der er medtaget i analysen, er signifikante på minimum et 5-procents signifikansniveau. Ingen af de ekskluderede variable var dog signifikante på et 10-procents signifikansniveau.
- Fortolkning af koefficienten for andelen af ældre medicinske patienter blandt hjemmeplejemodtagere: Forskellen, på at der ikke er nogen ældre medicinske patienter blandt hjemmeplejemodtagerne i kommunen, og at alle hjemmeplejemodtagere er ældre medicinske patienter, er ifølge modellen 511 forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 helårsmodtagere årligt.
- Fortolkning af koefficienten for andelen hjemmeplejemodtagere med psykiatrisk kontakt: Forskellen, på at ingen hjemmeplejemodtagere i kommunen har kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen, og at alle hjemmeplejemodtagere kommunen har kontakt med det psykiatriske sygehusvæsen, er ifølge modellen 727 forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 helårsmodtagere årligt.

## 5. Afdækning af praksis til inspiration i kommunerne

Afdækningen af praksis i fem af de kommuner, der klarer sig bedst i forhold til at undgå forebyggelige indlæggelser, tager udgangspunkt i fem semistrukturerede gruppeinterviews med relevante ledere og medarbejdere. De interviewede kommuner er: Høje-Taastrup, Lemvig, Skive, Vordingborg og Aalborg Kommuner.

Interviewene tager udgangspunkt i spørgsmål indenfor syv temaer:

- Organisering
- Arbejdsgange
- Fagligt fokus i ældreplejen
- Redskaber
- Forebyggelse
- Samarbejder
- Styring og politisk fokus

På baggrund af interviewene blev der identificeret fællestræk og forskelle i værdier, praksis og organisering i kommunerne, samt konkrete cases, der fungerer som eksempler på tiltag, der kan bidrage til en bedre forebyggelse i kommunerne. Det er med udgangspunkt i dette arbejde, at kapitel 6 er udarbejdet.

Efter udarbejdelsen af kapitel 6 er cases og eksempler på praksis i de enkelte kommuner blevet sendt til review i de relevante kommuner.